

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年10月1日
記入者名	山下修治
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人／ <input type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやえめらるどのさと 株式会社エメラルドの郷	
主たる事務所の所在地	〒542-0081 大阪府中央区南船場 2-6-28 ユタカビル 3 階	
連絡先	電話番号	06-6210-1682
	FAX番号	06-6210-1683
	メールアドレス	@
	ホームページアドレス	<a href="https://emerald-sato.jp/">https://emerald-sato.jp/</a>
代表者	氏名	関 隆彦
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 17年 11月 25日	
主な実施事業	※別添 1 (事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) らいふぱーとなーつつみ ライフパートナー堤	
所在地	〒814-0153 福岡県福岡市城南区樋井川 6 丁目 13-26	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	西鉄バス「片江営業所」より「桧原営業所」行乗車、「横内」バス停下車徒歩 3 分
連絡先	電話番号	092-407-1125
	FAX番号	092-407-1126
	ホームページアドレス	<a href="https://emerald-sato.jp/">https://emerald-sato.jp/</a>
管理者	氏名	山下修治
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 29年 9月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年 11月 1日

### (類型)【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,197.18 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
所有関係	契約期間	1 あり (平成 29 年 11 月 1 日 ～平成 59 年 10 月 31 日)				
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	1,523.36 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,523.36 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
3 木造						
4 その他 ( )						
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり (平成 29 年 11 月 1 日 ～平成 59 年 10 月 31 日)				
所有関係	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
	居室の状況	1 全室個室				
		居室区分 【表示事項】	2 相部屋あり			
	最少		人部屋			
	最大	人部屋				
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
タイプ 1	有/無	有/無	16.08 m <sup>2</sup>	48	一般居室個室	
タイプ 2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ 3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ 4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ 5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他（ ）			ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし				
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
その他						

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	施設に係る初期費用を抑え、 誰もが安価な価格で安心して暮らせる施設を 運営していく。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様第一主義にて 満足して頂くよう努めています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

##### (医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人兎月会如月福岡クリニック
		住所	福岡市南区大楠 1-32-14 きさらぎビル 4 階
		診療科目	内科
		協力内容	往診、健康相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人博真会 のぞみ歯科空港東	
	住所	福岡県糟屋郡志免町別府 3 丁目 5 番 11 号	
	協力内容	往診	

##### (入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	身元引受人（連帯保証人）を定める場合	

	<p>一．身元引受人（連帯保証人）は、入居契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うものとする。</p> <p>二．前項の身元引受人（連帯保証人）の負担は、入居契約書に記載する極度額を限度とする</p> <p>極度額＝Aタイプ 760,040 円、限度額 Bタイプ 782,040 円  （契約締結時の入居料（家賃、管理費、水光熱費、食費）×6ヶ月分）</p>	
契約の解除の内容	<p>①入居者が死亡したとき</p> <p>②事業者が第21条に基づき解除を通告し、2カ月が経過したとき</p> <p>③入居者が第22条に基づき解約を行ったとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>②月払いの利用料その他の支払いをしばしば遅延するとき</p> <p>③禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</p> <p>④建物、付属設備品又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</p> <p>⑤入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき</p>
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p>1 あり（内容： 7泊まで、1泊 5,000円 ）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	48人	
その他		

## 5. 職員体制

### (職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				18
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				2
調理員				6
事務員				2
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

### (資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	10	2	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

### (資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			

言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 17時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2人	0人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし					
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 <input type="checkbox"/> なし						

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 3 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	4 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 <input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 <input type="checkbox"/> あり    2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 <input type="checkbox"/> あり    2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 3 <input checked="" type="checkbox"/> 水光熱費：不在期間が10日以上の場合に限り、日割り計算で減額 管 理 費：不在期間が10日以上の場合、最低管理費4,000円を除き、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	消費税改定時及び公共料金の著しく高騰した場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて改定

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	16.09 m <sup>2</sup>	16.09 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	147,000 円	147,000 円	
月額費用の合計		127,340 円	130,340 円	
家賃		49,000 円	52,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費 (税込)	48,840 円	48,840 円
		管理費	18,500 円	18,500 円
		介護費用	円	円
		光熱水費 (税込)	11,000 円	11,000 円
	その他	円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> <p>※欠食時の返金は、割引後の価格で行います。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	弊社の賃貸料入り算出。西向き 49,000 円、東向き 52,000 円。
敷金	家賃の3ヶ月分 未払いの債務等、ハスクリーニング費、原状回復費は相殺とし、残額を返還。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	人件費、共有部の水光熱費等より算出
食費	定価 朝食 410 円 昼食 650 円 夕食 650 円 1日3食 1,730 円 1ヶ月 51,300 円 1ヶ月喫食の場合 朝食 394 円 昼食 617 円 夕食 617 円 1日3食 1,628 円 1ヶ月 48,840 円 (参考価格・税込)

	軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、上記「朝食・昼食・夕食」とする。
光熱水費	弊社の他社施設を参考に算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2（提供するサービスの一覧表）

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### （入居者の人数）

性別	男性	14 人
	女性	34 人
年齢別	65 歳未満	2 人
	65 歳以上 75 歳未満	6 人
	75 歳以上 85 歳未満	13 人
	85 歳以上	27 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	13 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	8 人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	27 人
	5 年以上 10 年未満	12 人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

### （入居者の属性）

平均年齢	85.0 歳
入居者数の合計	48 人
入居率※	100%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	0人
	他の有料老人ホーム	0人
	介護保険施設 (※)	0人
	その他の社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	7人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)
※介護保険施設・・・介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム), 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設及び介護医療院		

**8. 苦情・事故等に関する体ワード**

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称1		ライフパートナー堤
電話番号		092-407-1125
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		
窓口の名称2		株式会社エメラルドの郷
電話番号		06-6210-1682
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	定休
	日曜・祝日	定休
定休日		土日祝、年末年始

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 三井住友海上賠償責任保険
	2 なし	

介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

**(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)**

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし			

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
2 代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）

別添2（提供するサービスの一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添2 提供するサービスの一覧表【住宅型・健康型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅】

	個別の利用料で、実施するサービス				備考
	(利用者が全額負担)	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス					
食事介助	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり			
おむつ代	なし	あり	○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり			
特浴介助	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり			
機能訓練	なし	あり			
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	○	入居契約書別紙1参照	通院の往復と診察の立会い（立会いは希望による）
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	○	入居契約書別紙1参照	通院の往復と診察の立会い
生活サービス					
居室清掃	なし	あり			
リネン交換	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり			
居室配膳・下膳	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり			
おやつ	なし	あり	○		
理美容師による理美容サービス	なし	あり			
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり		入居契約書別紙1参照	日用品のみの購入（定期的に行う）
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり		入居契約書別紙1参照	〃
役所手続き代行	なし	あり		入居契約書別紙1参照	内容により行わない場合もある。
金銭・貯金管理	なし	あり	○		任意により預かる。（管理規程参照）
健康管理サービス					
定期健康診断	なし	あり	○	実費	年2回の機会提供
健康相談	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	○		
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり		入居契約書別紙1参照	
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり		入居契約書別紙1参照	緊急時など家族が来るまでの時間
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり		入居契約書別紙1参照	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり		入居契約書別紙1参照	
入院中の見舞い訪問	なし	あり			
その他のサービス※4					

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4：その他のサービス欄は、上記以外のサービスがある場合に、必要に応じて記入すること。