

## 重要事項説明書

記入年月日	2019年6月30日
記入者名	■■■■
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ あてーね	
	有限会社 アテーネ	
主たる事務所の所在地	〒892-0871 鹿児島市吉野町8859番地5号	
連絡先	電話番号	099-246-3407
	FAX番号	099-246-3408
	ホームページアドレス	<a href="http://oasiscare.jp/">http://oasiscare.jp/</a>
代表者	氏名	日高 憲太郎
	職名	代表取締役
設立年月日	平成21年 4月 30日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほむ おあしすけあよしの
	住宅型有料老人ホーム オアシスカケア吉野

所在地	〒892-0871 鹿児島市吉野町8859番地5号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	南国交通 吉野町松十文字バス停留所から徒歩5分
連絡先	電話番号	099-246-3407
	FAX番号	099-246-3408
	ホームページアドレス	<a href="http://oasiscare.jp/">http://oasiscare.jp/</a>
管理者	氏名	■■■■■
	職名	施設長
建物の竣工日		平成21年4月16日
有料老人ホーム事業の開始日		平成21年6月10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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	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	527,56 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
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 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	141,91 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	141,91 m <sup>2</sup>

	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	9.22㎡	8	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			

※「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所
	便房		うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	ヶ所	個室	0ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における	ヶ所	チェアー浴	0ヶ所

	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他( )	0ヶ所
	食堂	1 あり 2 なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし		
	エレベーター	1 あり(車椅子対応) 2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記1・2に該当しない) 4 なし		
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし		
	火災通報設備	1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	1 あり 2 なし		
	防火管理者	1 あり 2 なし		
	防災計画	1 あり 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	1.利用者の心身の特徴・特性や育ってきた環境など踏まえ、利用者の希望や解決すべき課題等把握し、その利用者が有する能力に応じ、少しでも自立した日常生活を送られるように支援する。			
サービスの提供内容に関する特色	定員8名の少人数対応。自立を促しながら必要な支援を行います。			
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	

#### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし

	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他( )			
協力医療機関	1	名称	江川内科消化器科医院		
		住所	鹿児島市小川町2-2		
		診療科目	内科 胃腸科		
		協力内容	外来受診が出来ない場合の往診、緊急時の対応		
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力内容			
協力歯科医療機関		名称	新上橋さくら歯科		
		住所	鹿児島市鷹師2丁目3-13 元木ビル1F		
		協力内容	外来受診が出来ない場合の往診、緊急時の対応		

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他( )				
判断基準の内容					
手続きの内容					
追加的費用の有無	1	あり	2	なし	
居室利用権の取扱い					

前払金償却の調整の有無		1	あり	2	なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1	あり	2	なし
	便所の変更	1	あり	2	なし
	浴室の変更	1	あり	2	なし
	洗面所の変更	1	あり	2	なし
	台所の変更	1	あり	2	なし
	その他の変更	(変更内容)			
	1	あり			
	2	なし			

(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					
契約の解除の内容	入居契約書第28条・29条・30条に基づく				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第9条			
	解約予告期間	90日			
入居者からの解約予告期間	30日				
体験入居の内容	1	あり	(内容：1日5,000円(3食付) )		
	2	なし			
入居定員	8 人				
その他					

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	13	4	9	
介護職員	11	4	7	
看護職員	2	0	2	

機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	0	0	0
介護福祉士	6	3	3
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	0	0	0

(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	2	0	2
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時30分～9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	資格等の名称	初任者研修								
	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	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
に業務に就いた従業員の内、経験年数	1年未満	0	0	1	5	0	0	0	0	0
	1年以上									
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上									
	5年未満	0	0	1	2	1	0	0	0	0
	5年以上									
	10年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	0
10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
従業員の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	
	手続き	

(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	要介護1		
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	9.22㎡	㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	60,000円	円	
月額費用の合計		123,680円	円	
家賃		50,000円	円	
サービス費用	※1 特定施設入居者生活介護の費用		円	
	介護保険外※2	食費	38,880円	円
		管理費	24,000円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	10,800円	円

	その他	0円	0円
※1	介護予防・地域密着型の場合を含む。		
※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）		

**（利用料金の算定根拠）**

費目	算定根拠
家賃	周辺賃貸住宅家賃相場
敷金	家賃の1.2ヶ月分
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	
食費	朝食324円、昼食432円、夕食540円、トータル1,296円
光熱水費	運営開始時以降の月平均額より
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料等 ※放送受信料等	

**（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）**

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
※ 特定施設入居者生活介護 に対する自己負担	
※ 特定施設入居者生活介護 における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了

前払金の保全先	1	連帯保証を行う銀行等の名称	
	2	信託契約を行う信託会社等の名称	
	3	保証保険を行う保険会社の名称	
	4	全国有料老人ホーム協会	
	5	その他（名称： _____）	

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		1 人
	女性		6 人
年齢別	65歳未満		0 人
	65歳以上75歳未満		1 人
	75歳以上85歳未満		1 人
	85歳以上		5 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		0 人
	要介護2		0 人
	要介護3		2 人
	要介護4		3 人
	要介護5		2 人
入居期間別	6ヶ月未満		0 人
	6ヶ月以上1年未満		0 人
	1年以上5年未満		5 人
	5年以上10年未満		3 人
	10年以上15年未満		0 人
	15年以上		0 人

（入居者の属性）

平均年齢	92歳
入居者数の合計	7人
※ 入居率	88%

※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
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	1人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(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		住宅型有料老人ホーム オアシスケア吉野
電話番号		099-246-3407
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		なし
窓口の名称		鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課
電話番号		099-286-2703
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日		土曜, 日曜, 祝日, 12月28日~1月3日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(この内容) 対入居者50万円/1事故・期間中5億円、対物500万円(1事故・期間中)、管理財物100万円(1事故・期間中) 見舞金
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(この内容) 直ちに、利用者ご家族等及び関係行政機関に報告すると共に、損保会社に連絡。ご家族等に
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	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	1 あり 2 なし 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 2 なし	

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 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	入居者個室130㎡未満である。高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律（平成23年法律第74号。以下「改正法」という。）の施行（平成23年10月20日）の際現に改正法による改正前の高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条に規定する高齢者円滑入居賃貸住宅の登録を受けている高齢者専用賃貸住宅であった有料老人ホームであり、入居者個室130㎡以上の基準適用なし。
「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
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（別を実施する介護サービス一覧表）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 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。

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備考
介護サービス	なし	なし	なし	
食事介助	あり	あり	あり	あり
排泄介助・おむつ交換	あり	あり	あり	あり
おむつ代	あり	あり	あり	あり
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり	あり	あり
特浴介助	あり	あり	あり	あり
身辺介助（移動・着替え等）	あり	あり	あり	あり
機能訓練	あり	あり	あり	あり
通院介助（協力医療機関）	あり	あり	あり	あり
通院介助（協力医療機関外）	あり	あり	あり	あり
生活サービス	なし	なし	なし	
居室清掃	あり	あり	あり	あり
リネン交換	あり	あり	あり	あり
日常の洗濯	あり	あり	あり	あり
居室配膳・下膳	あり	あり	あり	あり
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	あり	あり	あり
おやつ	あり	あり	あり	あり
理美容師による理美容サービス	あり	あり	あり	あり
買い物代行（通常の利用区域）	あり	あり	あり	あり
買い物代行（上記以外の区域）	あり	あり	あり	あり
役所手続き代行	あり	あり	あり	あり
金銭・貯金管理	あり	あり	あり	あり
健康管理サービス	なし	なし	なし	
定期健康診断	あり	あり	あり	あり
健康相談	あり	あり	あり	あり
生活指導・栄養指導	あり	あり	あり	あり
服薬支援	あり	あり	あり	あり
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	あり	あり	あり
入退院時・入院中のサービス	なし	なし	なし	
移送サービス	あり	あり	あり	あり
入退院時の同行（協力医療機関）	あり	あり	あり	あり
入退院時の同行（協力医療機関以外）	あり	あり	あり	あり
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	あり	あり	あり
入院中の見舞い訪問	あり	あり	あり	あり

