

重要事項説明書

記入年月日	2021年12月1日
記入者名	荒谷 友治
所属・職名	施設管理者

※ 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の場合は、重要事項説明書の1から3まで及び6の項目については、「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）」で示されている「登録事項等についての説明」をもってこれに代えることができます。その場合、1から3まで及び6の項目については、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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃゆうしん 株式会社 雄信	
主たる事務所の所在地	〒634-0831 奈良県橿原市曾我町 788-1	
連絡先	電話番号	06-6966-1500
	FAX番号	06-6966-1885
	メールアドレス	info@kaigoken.com
	ホームページアドレス	http://www.yushin-y.com
代表者	氏名	島内 紀行
	職名	代表取締役
設立年月日	令和 1 年 6 月 18 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ーむすまいるますが 住宅型有料老人ホームスマイル真菅	
所在地	〒634-0831 橿原市曾我町 788-1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄真菅駅
	交通手段と所要時間	近鉄大阪線真菅駅徒歩 6 分
連絡先	電話番号	0744-20-2007
	FAX番号	0744-20-2008
	メールアドレス	info@kaigoken.com
	ホームページアドレス	http://www.yushin-y.com
管理者	氏名	荒谷 友治
	職名	施設長
建物の竣工日		令和2年1月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年3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	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	995.10 m ²					
	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（普通賃借・定期賃借）					
		抵当権の有無	① あり 2 なし				
		契約期間	① あり（2020年2月1日～2050年1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	1079.86 m ²				
		うち、老人ホーム部分	1069.40 m ²				
	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（普通賃借・定期賃借）						
	抵当権の設定			① あり 2 なし			
	契約期間	① あり（2020年2月1日～2050年1月31日） 2 なし					
		契約の自動更新	① あり 2 なし				
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
② 相部屋あり							
最少			1人部屋				
最大			2人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
タイプ1		有／無	有／無	18.00 m ²	30	一般居室個室	
タイプ2		有／無	有／無	29.00 m ²	1	一般居室相部屋	
タイプ3		有／無	有／無	m ²			
タイプ4		有／無	有／無	m ²			
タイプ5		有／無	有／無	m ²			
タイプ6		有／無	有／無	m ²			
タイプ7		有／無	有／無	m ²			
タイプ8		有／無	有／無	m ²			
タイプ9		有／無	有／無	m ²			
タイプ10		有／無	有／無	m ²			

※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他（ ）	2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	
緊急通報装 置	居室	便所	浴室	その他（ ）
	① あり	① あり	① あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 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	高齢者が安全で快適に、且つ自由な生活環境を維持できるように配慮した運営を行う。生活にあたっては、個人の尊厳が確保できるように、また、サポート体制が必要になった場合は訪問介護サービスを受けられる体制を支援する。
サービスの提供内容に関する特色	見守りとコミュニケーションを重視したサービス
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
		(Ⅲ) 1 あり 2 なし
	介護職員処 遇改善加算	(Ⅰ) 1 あり 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり 2 なし
		(Ⅲ) 1 あり 2 なし
		(Ⅳ) 1 あり 2 なし
		(Ⅴ) 1 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ) 1 あり 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり 2 なし

	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	①要支援・要介護の認定を受けた方 ②共同生活を営める方 ③自傷・他害行為の無い方	
契約の解除の内容	①入居者が死亡したとき ②事業者が第 31 条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき ③入居者が第 32 条に基づき解約を行ったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど、不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき、又は 2 ヶ月以上滞納したとき ③第 20 条の規定に違反したとき ④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、且つ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事ができないとき ⑤第 37 条の規定に基づき相当の理由なく、身元引受人を定められないとき ⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき
	解約予告期間	30 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 泊 8,800 円（最長 7 日まで）食事代は別途かかります） 2 なし	
入居定員	32 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	1	0	1	
直接処遇職員	10	0	10	
介護職員	10	0	10	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	4	0	4	
事務員	1	1	0	
その他職員	4	0	4	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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	0	0	0
介護福祉士	7	0	7
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	3	0	3
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			
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 (	20 時～	7 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※	a 1.5 : 1 以上	b 2 : 1 以上
	【表示事項】	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				4	3								
前年度 1 年間の退職者数				4	3								
数に 業務に に従事 した 職員の 経験年 数	1 年未満			1	1								
	1 年以上 3 年未満			2									
	3 年以上 5 年未満			0	1								
	5 年以上10年未満			4	0								
	10年以上			3	0								
従業者の健康診断の実施状況			① あり 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】		① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 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 月払い方式	
		4 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 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 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		1 減額なし 2 日割り計算で減額 ③ 家賃は全額負担です。食費は食材発注の都合により連絡を受けてから5日目までの費用は発生しますのでご了承ください。建物管理費は発生しますが、30日以上長期不在は生活管理費は不要です。電気代は、長期不在でも基本料金が発生します。	
利用料金 の改定	条件	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある	
	手続き	改定にあたっては、事業者は入居者様及び身元引受人様等へ事前に通知します。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		要介護者用	要支援者用
入居者の状況	要介護度	要介護 1～5	要支援 1～2
	年齢	65 歳以上	65 歳以上
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²
	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	なし	なし
	敷金	150,000 円	150,000 円
月額費用の合計		137,270 円	143,870 円
家賃		55,000 円	55,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		なし
	介護保険外※ ²	食費 48,600 円 (1日3食で30日の場合) 内訳：朝 324 円/1食 内訳：昼 648 円/1食 内訳：夜 648 円/1食	48,600 円 (1日3食で30日の場合) 内訳：朝 324 円/1食 内訳：昼 648 円/1食 内訳：夜 648 円/1食
		建物管理費 12,000 円	12,000 円

		生活管理費	19,800 円	26,400 円
		電気代	基本料金 1,650 円 +居室使用分実費	基本料金 1,650 円 +居室使用分実費
		災害備蓄費	220 円	220 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。）をいう。 【備考】水道料金は建物管理費に含まれます。				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	家賃の 約 3 ヶ月分
敷金	建物の賃借料を基礎として、1 室あたりの家賃を算出
介護費用	厨房人件費、食材費、消耗品費、機器償却費
管理費	建物維持管理費
食費	生活支援サービスを提供する費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
光熱水費	実費
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	「別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表」のとおり

（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	入居日の翌日
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	11 人
	女性	19 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	7 人
	85 歳以上	19 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	7 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	22 人
	5 年以上 10 年未満	0 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	85.2 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	93%
※ 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	2人
	医療機関	0人
	死亡	3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		株式会社 雄信
電話番号		06-6966-1500
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝

(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) 事業者総合保険
	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) 事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します。
	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	年に一回
		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	年に一回
		評価機関名称	株式会社介護事業研究会
		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 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、当該規定 対象外	
合致しない事項がある場合 の内容	中廊下幅が 2.7m 以上ない。非常時は職員が適宜対応し、救助等を実施する。	
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合	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)	

性	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（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

別添 2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

※_____様

説明年月日 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 事業主体が奈良県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名 称	所在地
< 居宅サービス >					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ヘルパー ステーション真菅	奈良県橿原市曾 我町788-1
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
< 地域密着型サービス >					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
< 居宅介護予防サービス >					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ヘルパー ステーション真菅	奈良県橿原市曾 我町788-1
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
< 地域密着型介護予防サービス >					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
< 介護保険施設 >					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>						
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接			
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接			
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接			

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							なし	あり
	特定施設入居者生活介護費 で、実施するサービス（利用 者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）		包含※ 2	都度※2	料金※3	備 考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	12,000 円/月	配膳・下膳、介助を本人の身体的状況と希望に合わせて食堂又は居室において機能低下に陥らないような工夫を考慮して行う。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	12,000 円/月	定時に、本人の身体的状況と希望を考慮して機能低下に陥らない方法で行う。
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	12,000 円/月	清拭は各居室で行う。入浴は身体的状況に合わせて個室か特浴にて行う。本人の身体的状況と希望を考慮して、安全な方法で行う。
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	12,000 円/月	モーニングケア・ナイトケア:本人の身体的状況と希望に合わせて適時行う。
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○		生活リハビリ参照
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	500 円/15 分	本人の希望又は医師により受診が必要と認められた場合は交通費及び医療費の本人負担により医療機関を受診する。 付添の希望がない状態で身体的に付添が必要と判断したときは家族に付き添っていただくか、当ホームのサービスを利用して頂くよう説明する。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	6,000 円/月	週 2 回以上(必要により回数を増やす)
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	6,000 円/月	上記リネン交換に含む
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	6,000 円/月	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	12,000 円/月	希望により 1 日 3 回行う。体調不良時無料。
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		○	実費 (理美容院への付添 又は送迎が必要な 場合は別途請求)	理美容師の派遣によりホームで行う場合に希望があった時、もしくは理美容院に行く場合のいずれも実費を本人負担とする。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500 円/15 分(交通 費別途請求)	半径 2km 圏内
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	500 円/15 分(交通 費別途請求)	
金銭・貯金管理			なし	あり		○	3,600 円/月	ホームの金庫で小口現金を預かる。必要に応じて出し入れし、出納帳で家族様に報告する。

健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	医療を受診していない入居者様に限りホームの協力医療機関により、ホームにおいて年2回実施する。
健康相談	なし	あり	なし	あり		○		協力医療機関によって随時実施する。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○	実費	生活指導:医師により必要と認められた場合は、本人又は家族に説明の上、ホーム職員が行う。栄養指導:医師により必要と認められた場合は本人又は家族に説明の上、外部サービスを利用する。
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	4,500 円/月	本人又は家族に説明の上、定められた服用時間に服用する。薬剤は必要に応じて事務所で管理する
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり		○	3,600 円/月	体調不良、持病の悪化などの変化や、受診・治療内容、その他特記すべき事項について記録し、本人又は家族の要望があれば本人又は家族に開示する。
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	実費	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	500 円/15 分(交通費別途請求	要予約
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	500 円/15 分(交通費別途請求	要予約
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	500 円/15 分(交通費別途請求	要予約

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※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。

複数ご契約された場合、30,000 円を上限とさせていただきます。