

有料老人ホーム  
在宅医療対応型高齢者施設 Olive

重要事項説明書

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

### 1. 事業主体概要

種類	個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span>	
	※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 たいようらいふさぽーと 株式会社 太陽ライフサポート	
主たる事務所の所在地	〒668-0033 兵庫県 豊岡市 中央町 4-12	
連絡先	電話番号	0796-24-3013
	FAX番号	0796-24-3023
	ホームページアドレス	<a href="http://taiyoulife.co.jp/">http://taiyoulife.co.jp/</a>
代表者	氏名	三山 哲緒
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <span style="border: 1px solid black;">平成</span> 25年7月12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) ゆうりょうろうじんほーむざいたくいりょうたいおうがた こうれいしゃしせつ おりーぶ 有料老人ホーム在宅医療対応型高齢施設 Olive	
所在地	〒668-0815 兵庫県 豊岡市 日撫 333-4	
主な利用交通手段	最寄駅	北近畿タンゴ鉄道 こうのとり郷駅

	交通手段と所要時間	自動車利用の場合 ・このとり郷駅から2分
連絡先	電話番号	0796-20-2961
	FAX番号	0796-20-6019
	ホームページアドレス	http://taiyoulife.co.jp
管理者	氏名	平井 慎二
	職名	施設長
建物の竣工日		令和元年5月24日
有料老人ホーム事業の開始日		令和3年4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 <u>住宅型</u>		
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	兵庫県（市）
	事業所の指定日	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	496.24㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <u>事業者が賃借する土地</u>	
		抵当権の有無	1 <u>あり</u> 2 なし
		契約期間	1 <u>あり</u> 2 なし
契約の自動更新	1 <u>あり</u> 2 なし		
建物	延床面積	全体	740.94㎡
		うち、老人ホーム部分	740.94㎡
	耐火構造	1 耐火建築物 2 <u>準耐火建築物</u> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		最少	1 人部屋			
		最大	1 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 type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.65 m <sup>2</sup>	3 3	一般居室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1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	1ヶ所	シャワーチェア浴	1ヶ所		
チェアインバス浴			1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	2 なし				

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) 4 <input type="checkbox"/> なし	
消防用設備等	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者様が安全に安心して過ごせる施設
サービスの提供内容に関する特色	介護・医療サービスについて、個々の状態に応じたサービスを提案できる施設。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (入院中に係る相談支援及び入院中の洗濯・必要備品の購入等)	
協力医療機関	1	名称	公立豊岡病院組合立豊岡病院 施設から約10km
		住所	兵庫県 豊岡市 戸牧 1094
		診療科目	総合内科・内分泌科・消化器内科・循環器内科・神経内科・脳神経内科・脳神経外科・呼吸器科・外科・整形外科・形成外科・泌尿器科・婦人科・産婦人科・皮膚科・精神科・小児科・眼科・救急センター
		協力内容	入院支援(緊急時入院対応)・外来診察
	2	名称	さくらクリニック
		住所	兵庫県 豊岡市 弥栄 1番 32号
		診療科目	内科 糖尿病内科
		協力内容	診察 往診 訪問診療
協力歯科医療機関		名称	ともえ歯科
		住所	兵庫県 豊岡市 若松町 7-11
		協力内容	歯科 矯正歯科

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	障害者の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	医療依存度又は緊急度合いが強い場合は、要支援であっても受け入れます。		
契約の解除の内容	規定を遵守できない場合、一定期間をおいて解約となります。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	Olive 入居契約書 第33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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	33人		
入居後住み替えについて	他居室が空いていることが条件。 当該施設のグループ施設に住み替えすることは可能。		

## 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	
生活相談員				
直接処遇職員	16		16	
介護職員	11		11	
看護職員	5		5	
機能訓練指導員	2		2	
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	4		4	
事務員	1		1	
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	8		8
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3		3
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	5		5
理学療法士	2		2
作業療法士	2		2
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～6時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	(オンコール) 1人	(オンコール) 1人
介護職員	1人	1人

(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		介護福祉士							
			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		1						1		
前年度1年間の退職者数				1						
応じた職員 の人数	業務に従事した経験年数に	1年未満						1		
		1年以上								
		3年未満								
		3年以上							3	
		5年未満								
		5年以上								
	10年未満									
	10年以上		5		1	1				
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】	<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 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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 type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が1日以上の場合に限り、日割り計算で減額 ※家賃については、契約期間中は減額なし。	
利用料金の改定	条件	契約書の規定による。
	手続き	書面にて通知

(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3	要介護5
	年齢	80歳	86歳
居室の状況	床面積	10.65㎡	10.65㎡
	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
	敷金 (諸経費含む)	123,000円	123,000円
月額費用の合計		128,000円	118,000円
家賃		40,000円	40,000円
介護保険外※ <sub>2</sub>	食費	47,000円	47,000円
	管理費	21,000円	21,000円
	介護支援費	10,000円	5,000円
	被服費 (オムツ代)	7,000円	0円
	その他 (寝具代・光熱費等)	10,000円	5,000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	当業種及び地域価格を根拠とする。
保証金 (敷金)	家賃の2ヶ月分 (相当額)
介護支援費用	介護保険サービスに該当しない排泄介助・移乗介助・食事介助及び見守り支援・医療支援・服薬介助
管理費	施設保守修繕費、光熱水費、在宅介護・医療相談、緊急時対応
食費	1日3食の提供、1日2回のおやつ提供、介護食の提供、胃ろう等の準備
その他 (寝具・光熱費等)	寝具レンタル代 光熱水費 介助消耗品費
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	オムツ代 (上限7,000円)

## 7. 入居者の状況【令和5年7月記入時点】

### (入居者の人数)

性別	男性	12人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	26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	1人
	要介護2	4人
	要介護3	3人
	要介護4	9人
	要介護5	15人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	12人
	1年以上5年未満	16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	86歳
入居者数の合計	32人
入居率※	97%
※ 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	1人
	死亡者	8人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例) 前例なし
	入居者側の申し出	1人
		緩和ケア病棟に移るため。

**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 太陽ライフサポート 相談室
電話番号		0796-24-3013
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	緊急時のみ対応
	日曜・祝日	緊急時のみ対応
定休日		緊急時のみ対応

窓口の名称		豊岡市役所 健康福祉部 高年介護課
電話番号		0796-24-2401
対応時間	平日のみ	8:30~17:15

窓口の名称		但馬県民局豊岡健康福祉事務所 監査・福祉課
電話番号		0796-26-3669
対応時間	平日のみ	9:00~17:00

窓口の名称		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応時間	平日のみ	10:00~17:00

**(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	(その内容) 火災保険・施設賠償保険に加入
	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	(その内容) 施設賠償保険にて対応
	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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
	2 なし		結果の開示
懇談会による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	年間1回(※追加実施する場合もある)
		評価機関名称	Olive 懇談会
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (重大事項のみ) 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 2 入居希望者に交付 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 開催が困難な場合のみ、 書面にて議題を検討する。
	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 : ひまわりの家・さくらの家)	
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		
「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	有料老人ホーム設置指導指針により、居室は 18 m <sup>2</sup> 以上であるが、当施設は、10, 65 m <sup>2</sup> である。	
不適合事項がある場合の内 容	基準より 7.5 m <sup>2</sup> 足りない。※特別養護老人ホームユニット型個室の広さに準ずる。	

添付書類 : 別添 1 (別の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)

上記説明を受け内容を承諾します。

※氏名 \_\_\_\_\_ 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明時間 時 分

説明場所 \_\_\_\_\_

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

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（障害 居宅事業含む）	あり	なし	訪問介護 ステーション 四つ葉の クローバー 訪問介護ステ ーション み らい	兵庫県豊岡市中央町 4-1 2  兵庫県豊岡市下宮 2-8
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護 ステーション 花うさぎ	兵庫県豊岡市下宮 2-8
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステ ーション四つ 葉のクローバ ー 訪問介護ステ ーション みらい	兵庫県豊岡市中央町 4-1 2  兵庫県豊岡市下宮 2-8
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	訪問看護 ステーション 花うさぎ	兵庫県豊岡市下宮 2-8
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		
介護予防通所介護	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		
<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		
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		
<介護保険施設>				
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		

## 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		備 考			
		なし	あり	なし	あり				
介護サービス	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				包含※2	都度※2	料金※3	
		（利用者が全額負担）							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 600円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 300円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	
おむつ代			なし	あり	○	○	月 12,000円		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 1,500円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 1,500円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 600円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		30分 5,000円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	○	30分 1,000円	※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料	

生活サービス										※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 500円			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 500円			※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 600円			※介護保険サービスに該当しない場合若しくは当社の介護保険サービスに於いて利用限度額を超えた場合は料金に含む。それ以外は有料
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○	○	時価			※別途ニューが必要で、食費で賄えない場合のみ有料。
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		○	時価			※外部サービスを利用した場合
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1時間 1,000円			※趣向品等の購入場合のみ
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○					
金銭・貯金管理			なし	あり	○					
健康管理サービス										
病院受診付添			なし	あり		○	30分 1,000円			※受診対応を希望される方
健康相談	なし	あり	なし	あり	○					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○					
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○					
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	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	なし	あり		○				
入退院時の同行(救急搬送時を含む)	なし	あり	なし	あり		○	30分 2,000円			※付添人に係る交通費含む
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	○				※定期的に必要な場合のみ有料
入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○					

※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・3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。