

重要事項説明書

記入年月日	令和元年5月1日
記入者名	堀内 昇
所属・職名	理事長

注 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5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, 2, 3, 6（*印）の内容については、別紙5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. 設置者（*）

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) かぶしきがいしやしつくすせんす 株式会社シックスセンス	
主たる事務所の所在地	〒389-0502 長野県東御市鞍掛707番地10	
連絡先	電話番号	0268-62-5507
	FAX番号	0268-62-5507
	ホームページアドレス	http://www.6sense.jp
	電子メールアドレス	info@6sense.jp
代表者	氏名	堀内 昇
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 27年 5月 21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) ちいきみっちゃくがたとくていゆうりょうろうじんほ一む せんじゅのさとこもれび 地域密着型特定有料老人ホーム 仙寿の里こもれび
----	---

所在地	〒386-0407 長野県上田市長瀬1724番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	しなの鉄道しなの鉄道線 大屋駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 最寄駅から千曲バスで乗車13分、丸子中央病院前で下車、徒歩10分 ②自動車利用の場合 最寄駅から10分
連絡先	電話番号	0268-42-4165
	FAX番号	0268-43-1310
	ホームページアドレス	http://www.6sense.jp
	電子メールアドレス	info@6sense.jp
管理者	氏名	甲田 真也
	職名	施設長（管理者）
建物の竣工日		平成29年11月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年12月 1日

（類型）【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	2090300522
	指定した自治体名	長野県上田（市）
	事業所の指定日	令和 元年 9月 1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	2,148.36㎡		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地		
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地		
		抵当権の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 開始日～30年間 2. なし	
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			

建物	延床面積	全体		1,084.14㎡			
		うち、老人ホーム部分		1,084.14㎡			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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				
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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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		有/無	有/無	13.65㎡	29	一般居室個室
	タイプ2		有/無	有/無	㎡		
	タイプ3		有/無	有/無	㎡		
	タイプ4		有/無	有/無	㎡		
	タイプ5		有/無	有/無	㎡		
	タイプ6		有/無	有/無	㎡		
	タイプ7		有/無	有/無	㎡		
	タイプ8		有/無	有/無	㎡		
タイプ9		有/無	有/無	㎡			
タイプ10		有/無	有/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。							
廊下の幅	中廊下 <small>(向かい合いの居室に面している廊下)</small>		2.9m	その他の廊下		2.9m	
共用施設	共用便所における 便房	13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		12ヶ所		
共用施設	共用浴室	1ヶ所	個室		ヶ所		
			大浴場		1ヶ所		

	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（個浴）	1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 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	老人福祉法及び介護保険法において定額な料金で高齢者を入居させ食事の提供、その他日常生活上必要な便宜を提供する。また要介護者には日常生活上の世話、機能訓練療養上の世話を行うことより、その有する能力に応じた自立した生活を営むことが出来るよう、その必要な居室及び教養施設を提供する。
サービスの提供内容に関する特色	おもてなしの心をモットーに安心・安全に生活できるよう、努力しております。ご利用者様・ご家族様の幅広いニーズに対応できるよう、時代の変化にしなやかに対応したり制度の狭間の方に対し、地域施設等の繋がりを持ち、サービスを提供させて頂いております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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記載不可

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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1		
	2 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	
	2	入退院の付き添い	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助	
	4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	丸子中央病院
		住所	上田市中丸子1771番地1
		診療科目	内科、外科、整形外科、歯科、他
		協力内容	健康診断(年1回)、緊急時の受入
	2	名称	つかはらクリニック
		住所	上田市塩川1358番地1

		診療科目	内科、消化器内科、胃腸内科、小児科
		協力内容	往診・通院診療
協力歯科医療機関		名称	グリーン歯科
		住所	上田市中丸子1408番地
		協力内容	往診・口腔衛生指導

(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 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	常時見守りが必要な場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	① 医師の意見を聞く ② 3か月間の観察期間を置く ③ 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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
留意事項		
契約の解除の内容		

事業主体から解約を求める場合	解約条項	運営規程 第9条による
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり（内容：1泊食事別5,000円） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		29人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	

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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	15	11	4	
介護職員	11	9	2	10.2
看護職員	4	2	2	3.5
機能訓練指導員		1		1
計画作成担当者		1		0.5
栄養士				
調理員				
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
※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	1	1	0
介護福祉士	8	6	2
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員	2	2	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	4	2	2
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16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	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)	2.6 : 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)	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	

は省略可能)	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		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		3								
前年度1年間の退職者数	2		2								
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満	1		2							
	1年以上 3年未満			3		1					
	3年以上 5年未満			3				1	1		
	5年以上 10年未満	1		1							
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし			採用時に		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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input 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	1	3	
	年齢	92歳	72歳	
居室の状況	床面積	13.65 m ²	13.65 m ²	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		187,160円	191,270円	
家賃		58,000円	58,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	16,260円	20,370円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	57,000円	57,000円
		管理費	33,000円	33,000円
		介護費用	円	円
		光熱費	22,900円	22,900円
	その他	円	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	58,000円（近隣相場及び借入金利息等を勘案して算定）
敷金	なし
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 ^{※1}	33,000円（事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、目的施設の維持管理費）
食費	57,000円（業務委託料により算定）
光熱費等 ^{※2}	22,900円

	65 歳以上 75 歳未満	5 人
	75 歳以上 85 歳未満	10 人
	85 歳以上	14 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	2 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	8 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	17 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	6 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	83.7 歳
入居者数の合計	29 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	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)

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		仙寿の里こもれび苦情受付窓口
電話番号		0268-42-4165
対応している 時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～12時30分
	日曜・祝日	
定休日		土曜午後、日曜、祝日

公的相談機関	長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係
電話番号	026-238-1580
F A X	026-238-1581

公的相談機関	上田市役所高齢者介護課
電話番号	0268-23-5140
F A X	0268-29-4466

(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) 昭和商事株式会社/総合賠償責任
	<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	(その内容) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	令和4年10月1日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input 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 2回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	

別添 1 事業主体が長野県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
＜居宅サービス＞				
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		
＜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		
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	地域密着型特定有料老人ホーム 仙寿の里こもれび	長野県上田市長瀬 1724 番地 1
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
	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
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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				シーツ交換週1回、汚染した場合は負担が有ります
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/30分	通院先まで対応
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		
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			1,000円/席食	キザミ食・トロミ食・お粥・高血圧食等
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		○		近隣の美容院へ依頼1,850円
買い物代行	なし	あり	なし	あり			1,000円/30分	本人又は家族の希望時施行
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			500円/月	
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				本人又は家族の希望時施行
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			1,000円/30分	入退所先までの送迎
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			2,000円/回	入退院先までの送迎
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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。

前払い家賃等

当施設では、家賃・管理費・光熱費を契約日又は入居日に当月分（前払い）としてお預かりさせていただきます。

食費に関しては、入院による欠食、外泊による欠食等でお召しにならない日が発生する場合が見込まれるため、日割り計算する都合上、前払いではなく当月請求させていただきます。

よって・・・

入居月は、家賃・管理費・光熱費は2カ月分、食費は1カ月分をご請求させていただきます。

退所月は、入居月に家賃・管理費・光熱費を前払い頂いているため、お召しになった食費のみご請求させていただきます。

退所時のお部屋クリーニング

基本的に退所時のお部屋クリーニングは一律44,000円（税込）としておりますが、あまりにもお部屋の状態が悪い場合、実費請求となりますのでお気をつけください。

（壁紙等へ張り紙をするために、画びょうほかによる穴開け加工、粘着物の使用等はNGです。）

喫煙

当施設は、各お部屋、全トイレ、各フローアースプリンクラーを設置して御座います。煙を感知するとスプリンクラーが作動し、広範囲に放水するなど（自動警報装置も作動）、多大な損害を被るため、現状復帰するために要したすべての費用をお支払い頂きます。

喫煙されるご利用者様は、職員同行のもと

施設外所定の場所で喫煙ください。（ご持参のタバコは当施設事務所にてお預かり致します。）