

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 4 年 7 月 1 日
記入者名	高槻 麻紀
所属・職名	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については、「栃木県サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の別記様式第 17 号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、別記様式第 17 号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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃう` あていー 株式会社ヴァティー	
主たる事務所の所在地	〒105-0004 東京都港区新橋三丁目 11 番 1 号	
連絡先	電話番号	03-6435-6116
	FAX 番号	03-3433-5351
	ホームページアドレス	<a href="http://www.vati.co.jp">http://www.vati.co.jp</a>
代表者	氏名	池田 竜太
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 14 年 1 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) ふるさとほ一むにっこう ふるさとホーム日光	
所在地	〒321-1423 栃木県日光市七里 692-3	
主な利用交通手段	最寄駅	J R日光線 日光駅
	交通手段と所要時間	J R日光線 日光駅より徒歩 15 分 J R日光線 日光駅より車で 5 分
連絡先	電話番号	0288-50-3010
	FAX 番号	0288-54-2251
	ホームページアドレス	http://www.vati.co.jp
管理者	氏名	高槻 麻紀
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 26 年 5 月 31 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 26 年 7 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）		
<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	栃木県
	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	2,104.11 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 ）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2014 年 7 月 1 日～2035 年 6 月 30 日) 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	1,634.22 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,251.86 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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 ( <input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )					
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2014年7月1日～2035年6月30日) 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 (縁故者居室を含む)				
		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 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.09 m <sup>2</sup>	30	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.27 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	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>			
※ 「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	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	4ヶ所	個室		4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	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
緊急通報装置等	居室	1	あり	2	一部あり
		3	なし		
	便所	1	あり	2	一部あり
		3	なし		
	浴室	1	あり	2	一部あり
		3	なし		
	その他（）	1	あり	2	一部あり
		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	利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション又は手仕事等をしてしながら過ごすことにより、本人の ADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族となり、ホスピタリティーあふれる介護

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績						
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	3	なし	34人
食事の提供	1	自ら実施	2	委託	3	なし	34人
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし	34人
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし	34人
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	34人
生活相談サービス	1	自ら実施	2	委託	3	なし	34人

(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	木村内科医院
		住所	栃木県日光市瀬尾 497-1
		診療科目	内科、神経内科
		協力科目	内科
		協力内容	往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	宮川イーストデンタルクリニック
		住所	栃木県日光市稲荷町 1 丁目 394-8
		協力内容	訪問診療

(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	入居契約書 第 28 条による		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 29 条による	
	解約予告期間	相当の期間	
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 : 1 泊 5,500 円 (税込/食費別)) 2 なし		
入居定員	35 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	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	18		18	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
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				
※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	5		5
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6		6
介護支援専門員			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（ 16時 ～ 10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	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								
		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											
応業務に従事した経験年数に	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満				4						
	5年以上 10年未満				14						
	10年以上										
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 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	目的住宅が所在する自治体が発表する消費者物価指数や人件費等の上昇等
	手続き	料金改定の際には、入居者及び身元引受人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】)

		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	18.09~18.27 m <sup>2</sup>	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	円	円	
月額費用の合計		128,700 円	円	
家賃		50,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費	56,700 円	円
		共益費	11,000 円	円
		介護費用	円	円
		サービス提供費	11,000 円	円
		光熱水費	共益費に含む	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	居室の家賃相当額の一部
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。
サービス提供費	入居者に対するサービス提供に係る共通人件費
共益費	共用施設等の維持・管理費、水道光熱費



食費	朝食 594 円、昼食 648 円（おやつ代含む）、夕食 648 円（税込） 1 食単位での清算 ※ご飯については大盛にすることも可能です。 その場合は別途 54 円（税込） ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途日額 108 円（税込）
光熱水費	共益費に含む
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	

## 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	4 人
	女性	30 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	5 人
	85 歳以上	28 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	15 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	9 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	15 人
	5 年以上 10 年未満	9 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	89.3 歳
入居者数の合計	34 人
入居率※	94%
※ 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	12 人
	死亡者	2 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	14 人
		(解約事由の例) 社会福祉施設へ転居、長期入院

**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	ふるさとホーム日光	
電話番号	0288-50-3010	
対応している時間	平日	9 : 00～18 : 00
	土曜	9 : 00～18 : 00
	日曜・祝日	9 : 00～18 : 00
定休日	なし	

窓口の名称	株式会社ヴァティー	
電話番号	03-6435-6116	
対応している時間	平日	9 : 30～18 : 30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	日曜、祝日、年末年始	

窓口の名称		日光市役所 健康福祉部高齢福祉課
電話番号		0288-21-5100
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		一般社団法人 高齢者住宅協会 サービス付き高齢者向け住宅 運営事業者部会
電話番号		03-6689-7917
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業者総合賠償責任保険
	<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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 誠意を持って対応します
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 27 年 6 月
		結果の開示	<input 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	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
	<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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 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: )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導 指針「6. 規模及び構造設 備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合 の内容		

「7. 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）

別添 3（おむつ価格表）

※ \_\_\_\_\_ 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	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	ケアステーションあさひ 小山 ケアステーションあさひ 鹿沼 ケアステーションあさひ 栃木 ケアステーションあさひ 足利 ケアステーションあさひ 宇都宮鶴田 ケアステーションあさひ 佐野高萩 ケアステーションあさひ 栃木菌部町 ケアステーションあさひ 壬生 ケアステーションあさひ 上三川 ケアステーションあさひ 真岡 ケアステーションあさひ 日光 ケアステーションあさひ 大田原 ケアステーションあさひ ゆいの杜 ケアステーションあさひ さくら ケアステーションあさひ 小山第貳 ケアステーションあさひ 栃木藤岡 ケアステーションあさひ 宇都宮城南 ケアステーションあさひ 雀の宮 ケアステーションあさひ 野木 ケアステーションあさひ 小金井 ケアステーションあさひ 真岡第貳 ケアステーションあさひ 黒磯 ケアステーションあさひ 宇都宮鶴田第貳	小山市東城南二丁目 21-14 鹿沼市貝島町 5038-5 栃木市城内町 2 丁目 10 番 13 号 足利市福富町 2178-1 宇都宮市鶴田 2 丁目 19-1 佐野市高萩町 1305-6 栃木市菌部町 4 丁目 1 番 49 号 下都賀郡壬生町中央町 6 番 26 号 河内郡上三川町しらさぎ 一丁目 32-9 真岡市下高間木 1 丁目 30-5 日光市七里 692-3 大田原市美原 3 丁目 3267-1 宇都宮市ゆいの杜 5 丁目 10 番 23 号 さくら市氏家 3245-1 小山市東城南二丁目 24-3 栃木市藤岡町藤岡 4287 番 1 宇都宮市城南 3 丁目 4-11 宇都宮市五代 3 丁目 31-28 下都賀郡野木町丸林 647-3 下野市小金井 3 丁目 1-4 真岡市下高間木 1 丁目 28-2 那須塩原市豊浦北町 69-65 宇都宮市鶴田 2 丁目 46 番 17 号
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	ふるさとホーム足利渡良瀬川 ふるさとホーム大田原城	足利市福富町 1836-1 大田原市中田原 810-82
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		
地域密着型通所介護	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	ふるさとホーム足利渡良瀬川 ふるさとホーム大田原城	足利市福富町 1836-1 大田原市中田原 810-82
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		
介護医療院	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						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	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	○				
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	5,500円 （税込/回）	概ね片道30分以内で受診できる病院等で、職員1名で付き添い可能な場合に限りです	
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		○		料金は個別相談	
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	なし	あり	なし	あり	○			フロントサービス、代行（買い物代行、	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			公租公課の納付代行等）、	
金銭・貯金管理			なし	あり	○			不在中居室管理、ごみ収集等	
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					
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	なし	あり	なし	あり					
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、月額の利用料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。



## おむつ価格表 (施設内での使用に限ります)

商品名	枚数単価 (税込)
1 リハビリパンツ	127
2 おむつ	127
3 パッド	39
4 フラット	61

※1 袋単位の販売になります。

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

オムツ、リハビリパンツ 1枚あたり 28円 (税込)

パッド類 1枚あたり 22円 (税込)

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。