

介護付有料老人ホーム  
重要事項説明書

おはなすのいえ 太子

事業主体が当該都道府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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーションふるさと	姫路市勝原区丁30-9 エステートピア丸尾1-3号
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	デイサービスふるさとのたより太子	揖保郡太子町馬場284-1
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	ふるさとのたより太子	揖保郡太子町馬場284-1
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		
複合型サービス	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	居宅介護支援事業所ふるさと	姫路市大津区長松68-1
<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		
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	ふるさとのたより太子	揖保郡太子町馬場284-1
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		

重要事項説明書

記入者名	中野 武史	記入年月日	令和4年7月1日
		所属・職名	ふるさとのたより太子 管理者

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし <input checked="" type="checkbox"/> (あり)	有限会社
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ ふるさと 有限会社 ふるさと	
事業主体の主たる事務所の所在地	住所	〒671-1551 兵庫県揖保郡太子町馬場284-1	
	電話番号	079-275-0380	
事業主体の主たる連絡先	FAX番号	079-275-0381	
	ホームページ	あり <a href="http://www.furusato2006.co.jp">http://www.furusato2006.co.jp</a>	
	アドレス	あり <a href="mailto:soumu@furusato2006.co.jp">soumu@furusato2006.co.jp</a>	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中村 シゲ子	
	職名	取締役社長	
事業主体の設立年月日	平成18年4月1日		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
施設の名称	(ふりがな)	ふるさとのたよりたいし ふるさとのたより太子	
施設の所在地	〒 671-1551	兵庫県揖保郡太子町馬場284-1	
施設の連絡先	電話番号	079-275-1250	
	FAX番号	079-275-1251	
	ホームページ	あり <a href="http://www.furusato2006.co.jp">http://www.furusato2006.co.jp</a>	
	アドレス	あり <a href="mailto:taishi-home@furusato2006.co.jp">taishi-home@furusato2006.co.jp</a>	
施設の開設年月日	平成18年6月1日		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	中野 武史	
	職名	管理者	
施設までの主な利用交通手段			
JR網干駅よりタクシーで、10分 太子・龍野バイパス福田インター南へ下がり、鷗北交差点を右折約1分 神姫バス/龍野・山崎行 福田バス停より徒歩約5分			
施設の類型及び表示事項	類 型	介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）	
	表示事項	：利用権方式	
	利用料の支払方法	：月払い方式	
	入居時の要件	：入居時自立・要支援・要介護	
	介護保険	：指定介護保険特定施設（一般型特定施設）	
	介護居室区分	：全室個室	
	介護に係る職員体制	：2.5 : 1人以上	
介護保険事業所番号	2874100635		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）			
事業の開始（予定）年月日	平成18年6月1日		
指定の年月日	平成30年6月1日		
指定の更新年月日	平成36年6月1日		

3. 従業者に関する事項

職業別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1
生活相談員		1		1	1	1
看護職員		1		1	2	1以上
介護職員	1以上	1	1以上	1	7以上	7以上
機能訓練指導員		1		1	2	0.1以上
計画作成担当者			1		1	0.1以上
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	1	1	2	1		
実務者研修			1			
介護職員初任者研修			4			
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師		1		2		
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
介護支援専門員						
夜勤を行う看護職員及び介護職員的人数	最小時の人数（宿直の従事者を除いた人数）					1
	平均時の人数					1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員		1		1	1	1
看護職員		1		1	2	1以上
介護職員	1以上	1	1以上	1	7以上	7以上
機能訓練指導員		1		1	2	0.1以上
計画作成担当者			1		1	0.1以上
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	1	1	2	1
介護職員初任者研修			1	
実務者研修			4	
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師		1		2
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
介護支援専門員				

管理者の他の職務との兼務の有無 (有)

管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	(あり)	資格等の名称 介護支援専門員・介護福祉士
---------------------	----	------	-------------------------

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 2.5 : 1

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	専従	非専従	専従	非専従	専従	非専従
前年度1年間の採用者数			1			
前年度1年間の退職者数			3			
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数			1			
1年以上3年未満の者の人数		1	3	1		1
3年以上5年未満の者の人数		1	3			
5年以上10年未満の者の人数			2	1		1
10年以上の者の人数		1				
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	専従	非専従	専従	非専従	専従	非専従
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数			1			
3年以上5年未満の者の人数			1	1		
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数			1			
従業員の健康診断の実施状況				なし	あり	

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
1	事業所は、有料老人ホームサービス計画（以下「サービス計画」という。）に基づき、入浴、排泄、食事等の介護（要介護者においてのみ）、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。	
2	事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って有料老人ホームサービス（以下「サービス」という。）の提供に努める。	
3	事業所は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。	
介護サービスの内容、利用定員等		
入居継続支援加算	なし	あり
生活機能向上連携加算	なし	あり
個別機能訓練加算	なし	あり
ADL維持等加算	なし	あり
夜間看護体制加算	なし	あり
若年性認知症入居者受入加算	なし	あり
医療機関連携加算	なし	あり
口腔衛生管理体制加算	なし	あり
口腔・栄養スクリーニング加算	なし	あり
科学的介護推進体制加算	なし	あり
退院・退所時連携加算	なし	あり
看取り介護加算	なし	あり
認知症専門ケア加算	なし	あり
サービス提供体制強化加算	なし	あり
介護職員処遇改善加算	なし	あり
介護職員特定処遇改善加算	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別	紙
協力医療機関の名称	医療法人 三宅会 太子病院 ・ 室井メディカルオフィス	
(協力の内容)	入居者の病状の急変等に対応 休祭日、夜間等における診察	
協力歯科医療機関	なし	あり
(協力の内容)	入居者の病状の急変等に対応 休祭日、夜間等における診察	
その名称	岩崎歯科医院	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所	介護居室または、一時介護居室	

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続きについて

(その内容) 医師に診察による判断・指示

追加的費用の有無 (なし) あり

居室利用権の取扱い

(その内容) 変更なし

入居一時金償却の調整の有無 (なし) あり

従前の居室からの面積の増減の有無 なし (あり)

従前の居室との仕様の変更

便所の変更の有無 (なし) あり

浴室の変更の有無 (なし) あり

洗面所の変更の有無 なし (あり)

台所の変更の有無 (なし) あり

その他の変更の有無 (なし) あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続きについて

(その内容)

追加的費用の有無 なし あり

居室利用権の取扱い

(その内容) なし

入居一時金償却の調整の有無 なし あり

従前の居室からの面積の増減の有無 なし あり

従前の居室との使用の変更

便所の変更の有無 なし あり

浴室の変更の有無 なし あり

洗面所の変更の有無 なし あり

台所の変更の有無 なし あり

その他の変更の有無 なし あり

(その内容)

その他 (なし) あり

判断基準・手続きについて

(その内容)

追加的費用の有無 なし あり

居室利用権の取扱い

(その内容) なし

入居一時金償却の調整の有無 なし あり

従前の居室からの面積の増減の有無 なし あり

従前の居室との使用の変更

便所の変更の有無 なし あり

浴室の変更の有無 なし あり

洗面所の変更の有無 なし あり



	台所の変更の有無	なし	あり			
	その他の変更の有無 (その内容)					
施設の入居に関する要件						
	自立している者を対象	なし	あり			
	要支援の者を対象	なし	あり			
	要介護の者を対象	なし	あり			
	留意事項					
契約の解除の内容	<p>(利用者の解除権)</p> <p>利用者は、15日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。</p> <p>2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。</p> <p>① 事業所が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしなない場合</p> <p>② 事業所が、本契約に定める守秘義務に違反した場合</p> <p>③ 事業所が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合</p>					
体験入居の内容	2泊3日以内の日程で、体験入居（1泊2食付 6,500円（税込））です。					
入居定員	18名					
その他						
入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満				1		1
75歳以上85歳未満				2		2
85歳以上	6	1	1	4	1	13
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満		1	1			2
85歳以上						0
入居者の平均年齢	88.0					
入居者の男女別人数	男性	6	女性	12		
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				100.0%		

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等		1				1
社会福祉施設					1	1
医療機関	1	1				2
死亡者	1	3	3	3		10
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者			1			1
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	9	3	1	4	1	

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり
	耐火又は準耐火建築物以外の建物であって、火災に係る利用者の安全性の確保対策				なし	あり
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	なし	あり			m <sup>2</sup>
	一般居室相部屋	なし	あり			m <sup>2</sup>
	介護居室個室	なし	あり			9.96m <sup>2</sup>
						9.99m <sup>2</sup>
						10.06m <sup>2</sup>
						10.26m <sup>2</sup>
介護居室相部屋	なし	あり			m <sup>2</sup>	
一時介護室	なし	あり			16.672m <sup>2</sup>	
共用便所の設置数	6	うち男女別の対応が可能な数			2	
		うち車椅子等の対応が可能な数			4	
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合			0	
		うち車椅子等の対応が可能な数			0	
浴室の設置状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2				
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設置状況	各階1ヶ所					
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
その他、共用施設の設備概要						
なし	あり	(その内容) ホール・お風呂・トイレ・キッチン・廊下・食堂・リハビリ室・バルコニー、エレベーター				

バリアフリーの対応状況			
(その内容) スロープ・ホール・廊下・トイレ・居室・キッチン・エレベーター等			
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし	<del>一部あり</del>	各居室内にあり
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
施設の敷地に関する事項			
敷地の面積		1055.55㎡	
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	各居室内にあり
抵当権の設定		なし	あり
賃借(借地)			
なし	あり	契約期間 始	H18.6.1 終 R18.3.31
		契約の自動更新	なし あり
施設の建物に関する事項			
建物の延床面積		846.25㎡	
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	各居室内にあり
抵当権の設定		なし	あり
賃借(借家)			
なし	あり	契約期間 始	H18.6.1 終 R18.3.31
		契約の自動更新	なし あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	有限会社 ふるさと 本社		
電話番号	079-275-0380		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	——	
	日曜・祝日	——	
定休日等	下記の窓口にて対応 12/29~1/4 日曜日、祝祭日		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	ふるさとのたより太子		
電話番号	079-275-1250		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	8:30~17:30	
定休日等	定休日なし。		
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			
なし	あり	(その内容) 施設の業務に起因する事故を補償します	
その他、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に関すること			
なし	あり	(その内容) 上記と同じ	

サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した経営を行う。			
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実施状況等			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	
		該当結果の開示状況	なし      あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		該当結果の開示状況	なし      あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合	<input checked="" type="radio"/>	あり	
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）	<input checked="" type="radio"/>	あり	
名称	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合			円      戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円      戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円      戸
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)	<input checked="" type="radio"/>	あり	
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額にじゅうとうするものとしての合理的な積算根拠			
	なし	あり	

名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料	(なし)	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金	(なし)	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 入居一時金 (平成27年3月31日廃止) 敷金 200,000円 入居時にお預かりします。			
名称	入居一時金		
解約時返還金の算定方法	敷金 (退去時、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を現状回復させるための費用として) 残金はお返しいたします。		
保全措置の実施状況			
(なし)	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
(なし)	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額

家賃相当額	なし	(あり)	70,000円
(「あり」の場合、その用途)		居室賃貸料	
管理費	なし	(あり)	28,000円
(「あり」の場合、その用途)		事務費・エレベーター保全・ゴミ処理・空調設備及び什器備品等償却等、自治会費	
共益費	なし	(あり)	13,800円
(「あり」の場合、その用途)		居室、共用施設等の維持管理 (入居後36ヶ月まで)	
食費	なし	(あり)	30日計算の場合 47,400円
(「あり」の場合、その用途)		食費については、1食あたり、朝食300円・昼食550円・夕食600円・おやつ130円です。外部給食業者に委託 1,580円(1日あたり)×30日	
光熱水費	なし	(あり)	15,000円

利用者の個別的な選択による介護サービスによる介護サービス利用料

人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料	なし	(あり)
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		
自立	介護サービス費	15,000円
要支援1・2	介護サービス費	15,000円
要介護1・2	介護サービス費	16,000円
要介護3・4・5	介護サービス費	17,000円
人員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付 (利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当する費用。		
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠	なし	(あり)

その他に必要な月額利用料	なし	(あり)
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		
自立	生活支援費	50,000円
要支援1・2	生活サービス費	11,000円
要介護1・2	生活サービス費	12,000円
要介護3・4・5	生活サービス費	13,000円

個別的な選択による介護サービス	なし	(あり)
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		
・通院介助(協力医療機関以外)	(8:30~17:30) 30分	¥1,180+交通費実費 (30分単位)
	(17:30~翌8:30) 30分	¥2,200+交通費実費 (30分単位)
・買物同行(通常範囲外)		30分 ¥1,080+交通費実費 (30分単位)
・薬受取代行費等(協力医療機関外)	1回	1,000円
・浴槽入浴(追加)	1回	1,320円
・シャワー浴(追加)	1回	880円
・入院中の洗濯物交換、買い物の提供(10km以上)	1回	1,000円
・入院中の洗濯サービス(当施設にて)	1回	550円
	(病院にて)	実 費
・入院中の買物代行	(8:30~17:30) 30分	¥1,100+交通費実費 (30分単位)
	(17:30~翌8:30) 30分	¥2,200+交通費実費 (30分単位)

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

本書面に基づいて、サービスの提供にあたり、利用者及び利用者代理人に対して重要な事項を説明しました。

【事業所】

兵庫県揖保郡太子町馬場284-1  
ふるさとのたより太子  
079-275-1250

説明者氏名                     中野 武史                    

⑩

私は、本書面により、事業所からの有料老人ホームのサービスについての重要事項の説明を了承いたしました。

令和                      年                      月                      日

【利用者】                      :    住    所

\_\_\_\_\_

氏    名

⑩

\_\_\_\_\_

利用者は、署名・捺印ができないため、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

【署名・捺印代行者】

(続柄： \_\_\_\_\_)                      :    氏    名

⑩

\_\_\_\_\_

【利用者代理人】                      :    住    所

\_\_\_\_\_

氏    名

⑩

\_\_\_\_\_



