

重要事項説明書

記入年月日 令和 2年 7月 1日

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) かぶしきがいしゃあーすけあ 株式会社アースケア		
主たる事務所の所在地	〒371-0843 群馬県前橋市新前橋町 18 番地 48 ひいらぎ駅前ビル 1F		
連絡先	電話番号	027-289-2227	
	FAX番号	027-289-2228	
	ホームページアドレス	http://www.earth-care.jp	
	メールアドレス	info@earth-care.jp	
代表者	氏名	藤原 崇史	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和・平成 24年 9月 27日		
主な実施事業	※別添1 (別の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) あーすけあきりゅうあいおいのさと アースケア桐生あいおいの里		
所在地	〒376-0011 群馬県桐生市相生町 1-552-3		
主な利用交通手段	最寄駅	東武桐生線 新桐生駅	
	交通手段と所要時間	新桐生駅より徒歩 15 分	
連絡先	電話番号	0277-46-7140	
	FAX番号	0277-46-7150	
	ホームページアドレス	http://www.earth-care.jp	
	メールアドレス	info@earth-care.jp	
管理者	氏名	笛木 祥幸	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成	30年 4月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	30年 8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	平成	年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成	年 月 日

(特記事項)

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	不要*
※ 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						

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護保険事業所等	1	施設の名称	アースケアデイサービスセンターあいおい				
		サービスの類型	通所介護				
		事業所番号	1070303159				
		事業所の場所	1	同一の建物	2	同一の敷地	3
	2	施設の名称					
		サービスの類型					
		事業所番号					
		事業所の場所	1	同一の建物	2	同一の敷地	3
	3	施設の名称					
		サービスの類型					
		事業所番号					
		事業所の場所	1	同一の建物	2	同一の敷地	3
	4	施設の名称					
		サービスの類型					
		事業所番号					
		事業所の場所	1	同一の建物	2	同一の敷地	3
	5	施設の名称					
		サービスの類型					
		事業所番号					
		事業所の場所	1	同一の建物	2	同一の敷地	3

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,985.42 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				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (H30年8月1日～H60年7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	1,206.94 m ²			
		うち有料老人ホーム部分	947.97 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2）				
		2 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3）				
		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（ ）				
	建物階数	2 階建て（うち有料老人ホーム部分 1階～2階）				
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					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり (H30年8月1日～H60年7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				
		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	13.04 m ²	35	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		7ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6ヶ所	
共用施設	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		ヶ所	

	共用浴室における 介護浴槽	0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
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の方々、ご家族の希望・要望を基本として、高齢者の方々により良い老後生活のサポートは何かを常に考え続け、実現してゆきます。			
サービスの提供内容に関する特色	個々の利用者やご家族様の希望や要望、心身の状況に置かれている環境を考慮して、懇親丁寧に対応を行います。日常生活の相談等に親身になって対応します。			
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)	(II)	なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	(I)ロ	(II)	(III)
介護職員処遇改善加算	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V) なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率)		: 1
	2	なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	あい太田クリニック
		住所	群馬県太田市新井町 578-3
		診療科目	
	協力内容		訪問診療、往診、健康診断、健康相談等
	2	名称	矢部クリニック
		住所	群馬県桐生市錦町 1-4-44
診療科目			
協力内容		訪問診療、往診、健康診断、健康相談等	
協力歯科医療機関		名称	フカサワ歯科クリニック
		住所	
		協力内容	訪問歯科診療、往診、口腔検査等

(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 3 その他 ()
判断基準の内容		
手続の内容		
追加的費用の有無		1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり 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	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
入居対象となる者の年齢	60歳以上		
留意事項	<p>現在自立の方でも、認定を受けて要介護となる見込みのある方であれば、入居することができます。</p> <p>概ね60歳以上の方が入居することができますが、2号被保険者の方は年齢にかかわらず入居することができます。</p>		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により、入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法でこれを防止することができないとき 		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	有料老人ホーム入居契約書 29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	<p>1 あり(内容:通常の入居者と同じ生活を送ることができます。通常1泊2日、延長はその都度協議)</p> <p>2 なし</p>		
体験入居の費用	<p>1泊2日3000円 宿泊費、食費等の利用料金を含む実費として徴収する別添2のサービス費用は、別途ご負担いただきます。すべての費用は、体験入居終了時に一括して請求いたします。</p>		
入居定員	35人		
その他	<p>退去に伴う費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室クリーニング費用 20,000円(税別) ・入居契約書 第31条(明け渡し現状回復)に相当した場合の修繕費用 		

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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

（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	11	2	9	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5		5	
事務員				
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			
介護福祉士	3		3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	1		1

（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	1	1	
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 (17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	2人	2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)	: 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 介護支援専門員							
	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	8						
前年度1年間の退職者数			3	2						
数に 業務に に従事 した 職員の 経験年 の人数	1年未満			3						
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				1					
	10年未満									
10年以上			2	4						
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】	<ol style="list-style-type: none"> 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		
	<ol style="list-style-type: none"> 3 月払い方式 		
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案します。	
	手続	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定し、入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、同意を得るものとします。	

(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	2				
	年齢	80歳		歳		
居室の状況	床面積	13.04㎡		㎡		
	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	0円		円		
	敷金	0円		円		
月額費用の合計		79,000円		円		
家賃		30,000円		円		
サービス費用	特定施設入居者生活介護*1の費用		円		円	
	介護保険外*2	食費	27,000円		円	
		管理費	17,050円		円	
		共益費	4,500円		円	
		光熱水費	0円		円	
		その他	0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	洗面、トイレが共用の為 30,000 円としました。
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	日常の清掃、衣類洗濯、生活介助
食費	朝食 252 円 昼食 360 円 夕食 288 円 30 日分で算定
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	受信料や通信費等は直接業者と行ってください。

(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
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	16人
	女性	19人
年齢別	60歳未満	1人
	60歳以上 65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上 90歳未満	12人
	90歳以上 95歳未満	7人
	95歳以上 100歳未満	1人
	100歳以上	1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	4人
	要介護2	6人
	要介護3	13人
	要介護4	8人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	23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
入居時の住所地	市内	17人
	県内の他の市町村	8人
	県外	10人

(入居者の属性)

平均年齢	84.11歳
入居者数の合計	35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	1人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	8人
	死亡者	3人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申出	人
	入居者側の申出	17人
(解約事由の例)		
(解約事由の例) 持病が悪化し入院が長くなりそうなので退去したい。		

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	アースケア営業本部		
電話番号	027-289-2227		
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		

(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)
	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)
	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	
			結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			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
重要事項説明書	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
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 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: アースケア前橋元総社の里)	
	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		なし	
不適合事項がある場合の 内容			
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1	あり	2) なし

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
<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	訪問看護ステーションエール 群馬県高崎市棟高町1868番地1 21 OPT II 104号室
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	アースケアアドバイザーセンターあいおい 群馬県桐生市相生町1-552-3 アースケアアドバイザーセンター利根 群馬県沼田市材木町1284-1 アースケアアドバイザーセンター芝桜 群馬県高崎市箕郷町矢原1719 アースケアアドバイザーセンター元総社 群馬県前橋市元総社町530-4
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	
地域密着型通所介護	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	
<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	
介護医療院	あり	なし	

別添2

有料老人ホーム・サービスタク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		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 ^{※3}	料金 ^{※3}	備考	
特定施設入居者生活介護（利用者一部負担 ^{※1} ） で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費 （利用者一部負担 ^{※1} ）			包含 ^{※2}	都度 ^{※3}	料金 ^{※3}	備考	
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	なし	あり	○				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				リハパン 1490 円/袋、テープ止め 2,860 円/袋
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	○				1100 円/30 分
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					3,960 円/月
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	○				
入居者の状態に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○				備考 1 食に付き 108 円加算
おやつ	なし	あり	なし	あり	○				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○				月 1 回訪問理容で要予約制
買い物代行	なし	あり	なし	あり					
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	なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				年 1 回希望者は協力医療機関で実施
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					備考 1,100 円/30 分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○				家族が対応できない場合のみ 1,100 円/30 分 容態確認

※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。

緊急連絡先（入居様の緊急時に当施設から連絡をする優先順位）

第1連絡先 氏名 _____ 続柄 _____

〒 _____

住所 _____

携帯番号 _____

自宅電話 _____

第2連絡先 氏名 _____ 続柄 _____

〒 _____

住所 _____

携帯番号 _____

自宅電話 _____

医療機関名 _____

※ _____ 様

説明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業者 株式会社アースケア 説明者署名 _____ 印

※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。

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、入居契約に同意し交付を受けました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

