

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成28年7月1日 |
| 記入者名  | 高橋 央展     |
| 所属・職名 | 業務管理部     |

※ 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4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、別紙4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/法人                                       |                              |
|            | ※法人の場合、その種類                                 | 営利法人                         |
| 名称         | (ふりがな) そんぽけあねくすとかぶしきがいしゃ<br>SOMPOケアネクスト株式会社 |                              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒140-0002<br>東京都品川区東品川四丁目12番8号              |                              |
| 連絡先        | 電話番号  | 03-5783-4165                 |
|            | FAX番号                                       | 03-5783-4170                 |
|            | ホームページアドレス                                  | http://www.sompocare-next.jp |
| 代表者        | 氏名  | 遠藤 健                         |
|            | 職名  | 代表取締役                        |
| 設立年月日      | 平成4年11月11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) そんぽけあ らういーれさかど<br>SOMPOケア ラヴィーレ坂戸 |  |
| 所在地           | 〒350-0212<br>埼玉県坂戸市大字石井 2768-11          |  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                      | 東武東上線「若葉」駅   |
|               | 交通手段と所要時間                                | ①バスの場合<br>東武東上線「若葉」駅東口より、若 01 系統「八幡団地行き」・若 02 系統「川越駅行き」・東坂 03 系統「東坂戸団地行き」バス約 2 分→「富士見六丁目」バス停下車徒歩約 13 分(約 1 km)。<br>②自動車の場合<br>鶴ヶ島 IC から約 5 分 (約 2.7 km)<br>鶴ヶ島 IC より国道 407 号線を北上→「ろう学校前」交差点右折→約 450m先の交差点ファミリーマートのある十字路)右折→約 450 m先右手前側がホーム<br>坂戸 IC から約 10 分 (約 5.2 km)<br>坂戸 IC より剣道 269 号線へ出る T 字路を右折→「塚越」交差点を通り過ぎ約 940m先の十字路を左折→約 450m先右手側がホーム |
| 連絡先           | 電話番号                                     | 049-280-1165   |
|               | FAX番号                                    | 049-280-1162   |
|               | ホームページアドレス                               | <a href="http://www.sompocare-next.jp">http://www.sompocare-next.jp</a>  |
| 管理者           | 氏名                                       | 原 崇  |
|               | 職名                                       | ホーム長   |
| 建物の竣工日        |  | 平成22年3月31日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 平成22年5月1日  |

**(類型)【表示事項】**

|  |            |                 |
|--|------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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）<br>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）<br>3 住宅型<br>4 健康型 |            |                 |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合   | 介護保険事業者番号  | 1176000725      |
|  | 指定した自治体名   | 埼玉県             |
|  | 事業所の指定日    | 平成 22 年 5 月 1 日 |
|  | 指定の更新日（直近） | 平成 28 年 5 月 1 日 |

**3. 建物概要**

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| 土地        | 敷地面積   | 1,928.00 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   |  |
|           |  | 抵当権の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |
|           |  | 契約期間   | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし                |
| 契約の自動更新   | 1 あり    2 なし                                     |  |  |
| 建物        | 延床面積   | 全体   | 2,883.72 m <sup>2</sup>                          |
|           |  | うち、老人ホーム部分   | 2,883.72 m <sup>2</sup>                          |
|           | 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  |  |
|           |  | <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 |  |  |
|           | 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<br>(平成 22 年 5 月 1 日 ~ 平成 47 年 4 月 30 日)<br>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<br>【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*    |
|  | Aタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.60 m <sup>2</sup>       | 1      | 介護居室個室 |
|  | Bタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.60 m <sup>2</sup>       | 3      | 介護居室個室 |
|  | Cタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.00～19.84 m <sup>2</sup> | 10     | 介護居室個室 |
|  | Dタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.00～18.60 m <sup>2</sup> | 19     | 介護居室個室 |
| Eタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無  | 有/ <input type="checkbox"/> 無                                     | 18.60～19.84 m <sup>2</sup>    | 19                         | 介護居室個室 |        |
| Fタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無  | 有/ <input type="checkbox"/> 無                                     | 18.60～19.84 m <sup>2</sup>    | 18                         | 介護居室個室 |        |
| Gタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無  | 有/ <input type="checkbox"/> 無                                     | 19.84 m <sup>2</sup>          | 5                          | 介護居室個室 |        |
| Hタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無  | 有/ <input type="checkbox"/> 無                                     | 19.84 m <sup>2</sup>          | 1                          | 介護居室個室 |        |
| ※「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<br>便房   | 4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               | 4ヶ所                        |        |        |
|  | 共用浴室   | 6ヶ所   | 個室                            | 6ヶ所                        |        |        |
|  |  |   | 大浴場                           | ヶ所                         |        |        |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽   | 1ヶ所   | チェアー浴                         | ヶ所                         |        |        |
|  |  |   | リフト浴                          | ヶ所                         |        |        |
|  |  |   | ストレッチャー浴                      | 1ヶ所                        |        |        |
| その他（ ）   |  |   | ヶ所                            |                            |        |        |
| 食堂   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし   |   |                               |                            |        |        |
| エレベーター   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応）<br>2 <input type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応）<br>3 <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない）<br>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        | 介護は、自立支援、リハビリ、残存能力の活用、自己決定の尊重が基本です。<br>生きる喜びを食卓から取り戻し、長生きがご褒美と感じられる暮らし、毎日を、お元気に長く、健やかに過ごしていただけるホームを目指しています。  |
| サービスの提供内容に関する特色 | サービス提供内容に関する特色としては、4大-0（ゼロ）；（おむつ-0、経管食-0、特殊浴-0、車椅子-0）への取り組みを継続して行なっている事があげられます。<br>これらの項目に付き、極力減らすようにサービスを心掛け行なうことは、自立支援、リハビリ、残存能力の活用、自己決定の尊重に資するものと考えております。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 食事の提供           | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 健康管理の供与         | <input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 生活相談サービス        | <input 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 | 個別機能訓練加算                      | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |                                    |
|                                | 夜間看護体制加算                      | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |                                    |
|                                | 医療機関連携加算                      | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |                                    |
|                                | 看取り介護加算                       | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |                                    |
|                                | 認知症専門ケア加算                     | (Ⅰ)                                | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |                               | (Ⅱ)                                | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | サービス提供体制強化加算                  | (Ⅰ)イ                               | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |                               | (Ⅰ)ロ                               | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| (Ⅱ)                            |                               | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |                                    |
|                                | (Ⅲ)                           | <input type="checkbox"/> 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           | 1 あり                          | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1               |                                    |
|                                | <input type="checkbox"/> 2 なし |                                    |                                    |

**(医療連携の内容)**

|                |   |   |                                       |
|----------------|---|---|---------------------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い（協力医療機関以外は有料）<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助（協力医療機関以外は有料）<br>4 その他（ ） |                                       |
| 協力医療機関         | 1 | 名称  | 医療法人社団 七福会 ホリィマームクリニックさいたま            |
|                |   | 住所  | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-1-12 NYビル 7F         |
|                |   | 診療科目  | 内科、他                                  |
|                |   | 協力内容  | 健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介。 |
|                | 2 | 名称  | 医療法人 慈悠会 坂戸訪問診療所                      |
|                |   | 住所  | 埼玉県坂戸市本町 13-3<br>プランドール坂戸 3階 307号室    |
|                |   | 診療科目  | 内科、他                                  |
|                |   | 協力内容  | 健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介。 |
| 協力歯科医療機関       |   | 名称  | サンフラワー入間歯科                            |
|                |   | 住所  | 埼玉県入間郡毛呂山町南台 5-2-3-101                |
|                |   | 協力内容  | 訪問（歯科）診療                              |

**(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<br>※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 3 その他（ ）  |
| 判断基準の内容                  | <p>1. 長期にわたり手厚い介護が必要となる等、事業者側の都合で住替える場合には、</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける</p> <p>③変更先の場所の概要、介護の内容、費用の負担等についてご入居者及び保証人等に説明を行う</p> <p>④保証人の意見を聴く</p> <p>⑤ご入居者・保証人の同意を文書で得る</p> <p>以上の手続きを経て、住み替え前の介護居室の利用権をご入居者の同意を得て変動させ、新たな介護居室の利用権を設定します。</p> <p>この場合、居室の占有面積の減少等による前払金の減額は行いませんが、新たな追加費用はありません。</p> |

|              |        |   |
|--------------|--------|---|
|              |        | 2. ご入居者又は保証人の希望による居室変更の場合には、事業者は、ご入居者及び保証人と協議のうえ変更先を決定します。<br>①変更前と変更後の居室において前払金及び月額費用が同額である場合、居室変更同意書を事業者に提出することにより変更できます。<br>②変更前と変更後の居室において前払金及び月額費用に差額がある場合、事業者の計算により精算をし、退去手続きの上、再度変更先の居室について入居契約を締結します。 |
| 手続きの内容       |        | ①事業者の指定する医師の意見を聴く<br>②緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける<br>③変更先の場所の概要、介護の内容、費用の負担等についてご入居者及び保証人等に説明を行う<br>④保証人の意見を聴く<br>⑤ご入居者・保証人の同意を文書で得る  |
| 追加的費用の有無     |        | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |
| 居室利用権の取扱い    |        | 上記の手続きを経て、住み替え前の介護居室の利用権をご入居者の同意を得て変動させ、新たな介護居室の利用権を設定します。  |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |

**(入居に関する要件)**

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| 入居対象となる者<br>【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   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項               | 入居時、おおむね 60 才以上の方で伝染性疾患のない要支援・要介護の方。原則として確実な保証人がいる方。<br>(前払金、月々の生活費を支弁できる方) |   |

契約の解除の内容

【施設からの契約解除】

1. 事業者は、ご入居者または保証人に対し、下記の1つに該当するときは居室の明け渡しにつき90日以上の猶予期間を定め、通告し本契約を解除できます。またその通告に先立ち、ご入居者及び、ご入居者が正常に判断出来ないと医療的に認められた時は保証人に対し、弁明の機会を設けるものとします。
  - 1) 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な方法により入居したとき。
  - 2) 管理費、その他の費用等、毎月事業者に支払うべき金額の支払いを3ヶ月以上怠ったとき。
  - 3) 管理費、その他の費用等、毎月事業者に支払うべき金額の支払いをしばしば遅延し、その遅延が事業者とご入居者の間の信頼関係を破壊するものと考えられるとき。
  - 4) 前払金を期日までに支払わなかったとき。
  - 5) その他事業者に対して支払うべき金額を期日までに支払わなかったとき。
  - 6) 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき。
  - 7) 長期の不在により、入居契約を継続する意思がないものと事業者が認めたとき。
  - 8) ご入居者の健康状態が著しく悪化し、継続的に医療行為が必要と協力医療機関の医師又は主治医が判断したとき。
  - 9) ご入居の皆様や施設職員に生命の危害を及ぼすか、その危害の切迫する恐れがあり、有料老人ホームの通常の介護の接遇では防止できないとき。
  - 10) 入居契約に定める禁止事項、承諾条項、通知事項、協議事項等に違反し、是正しないとき。
  - 11) その他、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき。
2. 事業者は解除通告に伴う予告期間中に、ご入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合にはご入居者や保証人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。
3. 上記1の8)又は9)によって事業者が契約を解除する場合には、事業者は上記に加えて次の1)、2)に掲げ



|                |   |                                 |
|----------------|---|---------------------------------|
|                | <p>る手続きを行います。</p> <p>1) 協力医療機関の医師又は主治医の意見を聴く。</p> <p>2) 一定の観察期間をおく。</p> <p>4. ご入居者は、上記1の定めにより事業者がこの契約を解除したときは、通知書に定める猶予期間内に事業者に対し、居室を明け渡すものとします。</p> <p><b>【入居契約者による契約の解除】</b></p> <p>1. ご入居者がこの契約を解除しようとするときは、30日以上の予告期間をもって事業者の定める契約解除届を事業者に提出するものとし、契約解除の日までに、事業者に対し居室を明け渡すものとします。</p> <p>2. ご入居者が契約解除届を提出することなく居室を退去したときは、事業者がご入居者の退去の事実を知った翌日から、30日経過した日をもって、入居契約は解除されたものとします。</p> |                                 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 入居契約書（前払い方式）第33条<br>（月払い方式）第32条 |
|                | 解約予告期間  | 3ヶ月                             |
| 入居者からの解約予告期間   | 1ヶ月   |                                 |
| 体験入居の内容        | <p>1 あり（内容：期間6泊7日を限度とします。<br/>費用1泊2日6,000円（税抜）、<br/>その他の費用（オムツ代・日用雑貨品等、<br/>実費）、保証金10,000円（その他費用を<br/>精算後、返金）</p> <p>2 なし</p>   |                                 |
| 入居定員           | 76人   |                                 |
| その他            | <p><b>【費用負担について】</b></p> <p>傷病により、治療及び入院が必要な場合は、保険診療が適応されます。その場合の一部自己負担金及び保険適応外のものについては、入居者の負担となります。</p>  |                                 |

## 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<br>※1※2  |
|--|----------|---------------|---------------|-----------------|
|  | 合計       |               |               |                 |
|  |          | 常勤            | 非常勤           |                 |
| 管理者  | 1        | 1（専従）         |               | 1.0             |
| 生活相談員  | 1        | 1（専従）         |               | 1.0             |
| 直接処遇職員   | 33       | 12（専従）、1（非専従） | 18（専従）、2（非専従） | 26.2            |
| 介護職員   | 29       | 11（専従）        | 18（専従）        | 23.1            |
| 看護職員   | 4        | 1（専従）、1（非専従）  | 2（非専従）        | 3.1             |
| 機能訓練指導員  | 3        | 1（非専従）        | 2（非専従）        | 0.2             |
| 計画作成担当者  | 1        | 1（専従）         |               | 1.0             |
| 栄養士  | 1        | 1（非専従）        |               | 0.1             |
| 調理員  | 11       | 2（専従）         | 9（専従）         | 6.7             |
| 事務員  | 2        | 1（専従）         | 1（専従）         | 1.4             |
| その他職員  | 7        |               | 7（専従）         | 4.1             |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2<br>（*看護職員の1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数）                                       |          |               |               | 40時間<br>（*32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     | 6  | 6（専従） |       |
| 実務者研修の修了者 | 1  |       | 1（専従） |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 2（専従） |       |
| 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   | 3  | 1 (非専従) | 2 (非専従) |
| 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 (17時～翌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                | 3人   | 3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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.9 : 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、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   | 3    | 16   |       |      |         |     |               |     |  |
| 前年度1年間の退職者数            | 1             | 2   | 9    | 12   |       |      |         |     | 1             |     |  |
| 員の業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満          |     |      | 1    | 7     |      |         |     |               |     |  |
|                        | 1年以上<br>3年未満  |     |      | 4    | 9     |      |         |     | 1             |     |  |
|                        | 3年以上<br>5年未満  |     |      | 4    | 1     | 1    |         |     |               |     |  |
|                        | 5年以上<br>10年未満 | 2   | 2    | 2    | 1     |      |         | 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 |         |     |               |     |  |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】    | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式     |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |   |
|                      | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                  | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | <input type="checkbox"/> 1 減額なし（管理費）<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費）<br><input type="checkbox"/> 3 不在期間が16日以上の場合に限り、半額請求（光熱水費） |
| 利用料金の改定                        | 条件  | 事業所が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等と勘案した場合。   |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いたうえで、費用の額を改定いたします。   |

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

|   |                               | 前払い方式<br>居室Dタイプ   | 月払い方式<br>居室Dタイプ   |          |
|---|-------------------------------|---|---|----------|
| 入居者の状況  | 要介護度                          | 要介護2  | 要介護2  |          |
|   | 年齢                            | 一歳  | 一歳  |          |
| 居室の状況   | 床面積                           | 18.60 m <sup>2</sup>                                      | 18.60 m <sup>2</sup>                                      |          |
|   | 便所                            | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 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<br>必要な費用  | 前払金                           | 4,800,000円  | 0円  |          |
|   | 敷金                            | 0円  | 0円  |          |
| 月額費用の合計   |                               | 199,823円  | 279,823円  |          |
| 家賃  |                               | 0円  | 80,000円   |          |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 19,799円   | 19,799円   |          |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費  | 61,500円   | 61,500円  |
|   |                               | 管理費   | 113,724円  | 113,724円 |
|   |                               | 介護費用  | 0円  | 0円       |
|   |                               | 光熱水費  | 4,800円  | 4,800円   |
|   | その他                           | 0円  | 0円  |          |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> |                               |   |   |          |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目   | 算定根拠  |
|------|---|
| 家賃   | 月払い方式：近傍同種の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定<br>※別紙 居室タイプ別価格表参照 |
| 敷金   | 家賃の 一ヶ月分  |
| 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                  | <p>1人あたり月額 113,724円 (税抜)</p> <p>管理費に含まれるサービス内容</p> <p>⇒共用部分の維持管理保守、事務所における各種取次ぎサービス等<br/>算定根拠</p> <p>⇒共用部分の設備維持、水光熱費、事務費、事務・管理部門に係る<br/>人件費等経費から算定</p>   |
| 食費                   | <p>月額 1人あたり 61,500円 (税抜/1人あたり)</p> <p>食費に含まれるサービス：献立、栄養管理、調理配膳、食事サービス全般等。3日前までに欠食の届出があった場合、食事ごとに返金致します。但し、緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食分より返金いたします。</p> <p>(1日 2,050円/朝食 550円、昼食 850円、夕食 650円 (税抜))</p> |
| 光熱水費                 | <p>各居室電気代： 一律 3,800円 (税抜)</p> <p>各居室水道代： 一律 1,000円 (税抜)</p> <p>*入居・退去のとき・・・日割請求</p> <p>*1ヶ月不在のとき・・・請求なし</p> <p>*1～15日間不在のとき・・・全額請求</p> <p>*16日以上不在のとき・・・半額請求</p>                                       |
| 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          | <p>希望により提供した個人的サービスにかかる利用料〔30分以内 1,500円 (税抜)、以降 30分毎 1,000円 (税抜)〕</p> <p>人件費および事務手続き等にかかる費用から算定。</p>   |

(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                       | <p>※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。<br/>                     (実際の自己負担額の割合は、介護保険負担割合証に記載の割合となります。)</p> <p>○特定施設入居者生活介護<br/>                     (1ヶ月30日1割負担の例)</p> <table border="1" data-bbox="821 627 1430 922"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額(1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>177,065円</td> <td>17,707円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>197,985円</td> <td>19,799円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>220,548円</td> <td>22,055円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>241,468円</td> <td>24,147円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>263,692円</td> <td>26,370円</td> </tr> </tbody> </table> <p>個別機能訓練加算なし、夜間看護体制加算なし、<br/>                     看取り介護加算なし、医療機関連携加算あり、<br/>                     サービス提供体制強化加算Ⅲあり、<br/>                     介護職員処遇改善加算Ⅰあり</p> <p>○介護予防特定施設入居者生活介護<br/>                     (1ヶ月30日1割負担の例)</p> <table border="1" data-bbox="821 1258 1430 1406"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額(1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>61,342円</td> <td>6,135円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>103,521円</td> <td>10,353円</td> </tr> </tbody> </table> <p>個別機能訓練加算なし、医療機関連携加算あり、<br/>                     サービス提供体制強化加算Ⅲあり、<br/>                     介護職員処遇改善加算Ⅰあり</p> |           | 月額 | 自己負担額(1割) | 要介護1 | 177,065円 | 17,707円 | 要介護2 | 197,985円 | 19,799円 | 要介護3 | 220,548円 | 22,055円 | 要介護4 | 241,468円 | 24,147円 | 要介護5 | 263,692円 | 26,370円 |  | 月額 | 自己負担額(1割) | 要支援1 | 61,342円 | 6,135円 | 要支援2 | 103,521円 | 10,353円 |
|  | 月額   | 自己負担額(1割) |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要介護1                                       | 177,065円   | 17,707円   |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要介護2                                       | 197,985円   | 19,799円   |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要介護3                                       | 220,548円   | 22,055円   |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要介護4                                       | 241,468円   | 24,147円   |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要介護5                                       | 263,692円   | 26,370円   |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
|  | 月額   | 自己負担額(1割) |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要支援1                                       | 61,342円  | 6,135円    |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 要支援2                                       | 103,521円   | 10,353円   |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| 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) | なし   |           |    |           |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |  |    |           |      |         |        |      |          |         |
| ※ 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                                | 前払い方式：月払い方式家賃相当月額×想定居住期間（60ヶ月）により算出<br>※別紙 居室タイプ別価格表参照 |  |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 1,826日（60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） | なし   |  |
| 初期償却率                               | なし   |  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了   | <p>【契約終了日までの利用期間に係る施設利用料】</p> <p>入居日から3ヶ月以内に入居契約書第46条に定める解除の申出がなされた場合は、事業者は前払金の全額から施設利用料を差し引いた残額を返還金受取人に返還致します。</p> <p>尚、算出した施設利用料に千円未満の端数があるときはその端数を切り上げます。</p> <p>施設利用料＝（前払金÷1,826日）×（利用日数）</p> <p>【原状回復のための費用の算定方法】</p> <p>ご入居者は、居室を明け渡すときに「入居契約書第36条に定める原状回復規程」に従い、改装及び設備に付加した部分を原状に復するものとし、その費用負担については事業者と協議の上決定するものとしします。</p> <p>また、特約条項として、退去時の清掃に関しご入居者は「入居契約書別表2」に従い清掃をするものとしします。なお、この清掃を事業者にて定額費用¥16,000（税抜）で委託できるものとしします。</p> |



|             |  |  |
|-------------|--|--|
|             | 入居後 3 月を超えた契約終了                              | <p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <p>入居契約書第 32 条に定める各事由に基づき契約終了したとき、入居日から契約終了日までの日数（以下「入居日数という）が 5 年（1,826 日）未満の場合には、次の計算式によって算出した額を返還金として、事業者は第 44 条に定める返還金受取人に返還致します。</p> <p>なお、千円未満の端数が出た場合には切り捨てます。</p> <p>返還金＝前払金×（1,826 日－入居日数）<br/>／1,826 日</p> |
| 前払金の<br>保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称                              | 三井住友信託銀行株式会社   |
|             | 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            | 14 人 |
|       | 女性            | 42 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 人    |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 1 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 15 人 |
|       | 85 歳以上        | 40 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 人    |
|       | 要支援 1         | 5 人  |
|       | 要支援 2         | 2 人  |
|       | 要介護 1         | 13 人 |
|       | 要介護 2         | 8 人  |
|       | 要介護 3         | 8 人  |
|       | 要介護 4         | 11 人 |
|       | 要介護 5         | 9 人  |

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 3人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 19人 |
|       | 1年以上5年未満   | 34人 |
|       | 5年以上10年未満  | 人   |
|       | 10年以上15年未満 | 人   |
|       | 15年以上      | 人   |

**(入居者の属性)**

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 87.1歳 |
| 入居者数の合計   | 56人   |
| 入居率*  | 73.7% |
| ※ 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   | 3人       |
|         | 医療機関     | 1人       |
|         | 死亡者      | 3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    |       | SOMPOケア ラヴィーレ坂戸 生活相談員担当窓口 |
| 電話番号     |       | 049-280-1165              |
| 対応している時間 | 平日    | 午前9時～午後6時                 |
|          | 土曜    | 午前9時～午後6時                 |
|          | 日曜・祝日 | 午前9時～午後6時                 |
| 定休日      |       | なし                        |

|          |       |                     |
|----------|-------|---------------------|
| 窓口の名称    |       | 本部担当者 お客様相談窓口       |
| 電話番号     |       | 0120-65-1192        |
| 対応している時間 | 平日    | 午前9時～午後6時           |
|          | 土曜    | 午前9時～午後6時           |
|          | 日曜・祝日 | 午前9時～午後6時           |
| 定休日      |       | なし                  |
| 窓口の名称    |       | 坂戸市福祉部高齢者福祉課        |
| 電話番号     |       | 049-283-1331 (代)    |
| 対応している時間 | 平日    | 午前8時30分～午後5時        |
|          | 土曜    | —                   |
|          | 日曜・祝日 | —                   |
| 定休日      |       | 土日祝休日、12月29日～翌年1月3日 |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情専用 |
| 電話番号     |       | 048-824-2568        |
| 対応している時間 | 平日    | 午前8時30分～午後5時        |
|          | 土曜    | —                   |
|          | 日曜・祝日 | —                   |
| 定休日      |       | 土日祝休日、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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容)<br>介護事業者総合賠償責任保険<br>損害保険ジャパン日本興亜株式会社  |
|                               | 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)<br>サービスの提供に当たり事故、体調の急変等が生じた場合は、協力医療機関等において対応いたします。また、医療機関は予め、ご入居者・ご家族の希望により選択できます。<br>また、事故、体調の急変等が生じた場合は、速やかに保証人等届出いただいた緊急連絡先に事故・急変の状況、受診の経過・結果等をご連絡します。 |
|                               | 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 | 1 あり<br>2 なし | 実施日    | 随時        |
|                                  |              | 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<br>2 なし | 実施日    |           |
|                                  |              | 評価機関名称 |           |
|                                  |              | 結果の開示  | 1 あり 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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 2 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<br>【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名：当社運営ホーム )<br>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               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし<br><input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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              | <input type="checkbox"/> 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                                  |   |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                        | <input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置）<br><input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画）<br><input type="checkbox"/> 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                                    |   |

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）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

本重要事項説明書について説明をして、その内容に同意していただき、書面を交付致しました。

説明者署名 \_\_\_\_\_ ⑩

※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。

本重要事項説明書について説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

署 名 \_\_\_\_\_ ⑩

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 | SOMPOケア ハッピーデイズ入間   | 入間市宮前町3-26  |
| 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 | SOMPOケア ラヴィール大宮<br>SOMPOケア ラヴィール川口安行<br>SOMPOケア ラヴィールふじみ野<br>SOMPOケア ラヴィール越谷<br>SOMPOケア ラヴィール草加松原<br>SOMPOケア ラヴィール南浦和<br>SOMPOケア ラヴィール戸田<br>SOMPOケア ラヴィール西大宮<br>SOMPOケア ラヴィール大宮式番館<br>SOMPOケア ラヴィール志木柳瀬川<br>SOMPOケア ラヴィール武蔵浦和<br>SOMPOケア ラヴィール草加<br>SOMPOケア ラヴィール入間<br>SOMPOケア ラヴィール朝霞<br>SOMPOケア ラヴィール狭山<br>SOMPOケア ラヴィール鶴ヶ島<br>SOMPOケア ラヴィール東所沢<br>SOMPOケア ラヴィール八潮<br>SOMPOケア ラヴィール飯能<br>SOMPOケア ラヴィール上福岡 | さいたま市見沼区中川 1090-1<br>川口市大字安行小山 487-5<br>ふじみ野市苗間 1-7-21<br>越谷市赤山町 2-55-1<br>草加市中根三丁目 31 番 24 号<br>川口市大字小谷場 37 番 1<br>戸田市大字新曾 297 番地 2<br>さいたま市西区大字指扇字木 3922 番 1<br>さいたま市見沼区中川 1062-1<br>志木市柏町六丁目 1 番 32 号<br>さいたま市南区辻五丁目 8 番 3 号<br>草加市北谷三丁目 36 番 8 号<br>埼玉県入間市宮前町 2 番 13 号<br>埼玉県朝霞市三原 5-3-69<br>狭山市新狭山 2-2-7<br>鶴ヶ島市大字五味ヶ谷 111-1<br>所沢市東所沢 2-10-4<br>八潮市八潮 3-30-8<br>飯能市南町 2-7<br>ふじみ野市上福岡 2-6-7 |
| 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 |   |   |
| 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 | SOMPOケア ハッピーデイズ入間   | 入間市宮前町3-26  |
| 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 | SOMPOケア ラヴィール大宮<br>SOMPOケア ラヴィール川口安行<br>SOMPOケア ラヴィールふじみ野<br>SOMPOケア ラヴィール越谷<br>SOMPOケア ラヴィール草加松原<br>SOMPOケア ラヴィール南浦和<br>SOMPOケア ラヴィール戸田<br>SOMPOケア ラヴィール西大宮<br>SOMPOケア ラヴィール大宮武蔵野<br>SOMPOケア ラヴィール志木柳瀬川<br>SOMPOケア ラヴィール武蔵浦和<br>SOMPOケア ラヴィール草加<br>SOMPOケア ラヴィール入間<br>SOMPOケア ラヴィール朝霞<br>SOMPOケア ラヴィール狭山<br>SOMPOケア ラヴィール鶴ヶ島<br>SOMPOケア ラヴィール東所沢<br>SOMPOケア ラヴィール八潮<br>SOMPOケア ラヴィール飯能<br>SOMPOケア ラヴィール上福岡 | さいたま市見沼区中川 1090-1<br>川口市大字安行小山 487-5<br>ふじみ野市苗間 1-7-21<br>越谷市赤山町 2-55-1<br>草加市中根三丁目 31 番 24 号<br>川口市大字小谷場 37 番 1<br>戸田市大字新曾 297 番地 2<br>さいたま市西区大字指扇字木 3922 番 1<br>さいたま市見沼区中川 1062-1<br>志木市柏町六丁目 1 番 32 号<br>さいたま市南区辻五丁目 8 番 3 号<br>草加市北谷三丁目 36 番 8 号<br>埼玉県入間市宮前町 2 番 13 号<br>埼玉県朝霞市三原 5-3-69<br>狭山市新狭山 2-2-7<br>鶴ヶ島市大字五味ヶ谷 111-1<br>所沢市東所沢 2-10-4<br>八潮市八潮 3-30-8<br>飯能市南町 2-7<br>ふじみ野市上福岡 2-6-7 |
| 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

介護サービス等の一覧表

●それぞれのご入居者の状態に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご入居者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。  
 この一覧表は一般的な場合の目安です。それぞれのご入居者の状態に応じて、変更される場合があります。

| 介護を行う場所         | 自立                        |   | 要支援1                                 |  | 要支援2                                 |  |
|-----------------|---------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                 | 介護居室                      |   | 介護居室                                 |  | 介護居室                                 |  |
|                 | 前払金及び月額<br>利用料を含む<br>サービス | その都度徴収す<br>るサービス  | 介護保険給付、<br>前払金及び月額<br>利用料を含む<br>サービス | その都度徴収す<br>るサービス   | 介護保険給付、<br>前払金及び月額<br>利用料を含む<br>サービス | その都度徴収す<br>るサービス   |
| <介護サービス>        |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ○巡回             |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・昼間 9:00～18:00  | —                         |   | 3時間毎及び必<br>要に応じ随時                    |  | 3時間毎及び必<br>要に応じ随時                    |  |
| ・夜間 18:00～9:00  | 20:00、0:00、3:00           |   | 4時間毎及び必<br>要に応じ随時                    |  | 4時間毎及び必<br>要に応じ随時                    |  |
| ○食事介助           | 食堂での見守り                   | 介助1回1,000円  | 必要時                                  |  | 必要時                                  |  |
| ○排泄             |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・排泄介助           |                           | 1日 3,000円   | 必要に応じ随時                              |  | 必要に応じ随時                              |  |
| ・おむつ交換          |                           | 1日 5,000円   | 必要に応じ随時                              |  | 必要に応じ随時                              |  |
| ・おむつ代           |                           | 別紙オムツ価格表  |                                      | 別紙オムツ価格表   |                                      | 別紙オムツ価格表   |
| ○入浴             | 浴室使用週2回                   | 浴室使用料週3<br>回目から1回400<br>円   | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>—             | *週3回目から<br>1回1,500円(浴<br>室使用のみ1回<br>400円)                                  | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>—             | *週3回目から<br>1回1,500円(浴<br>室使用のみ1回<br>400円)                                  |
| ・清拭             |                           | 1回 3,000円   |                                      |  |                                      |  |
| ・一般浴介助          |                           | 1回 3,000円   |                                      |  |                                      |  |
| ・特浴介助           |                           | 1回 4,000円   |                                      |  |                                      |  |
| ○身辺介助           |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・体位交換           | —                         |   | —                                    |  | —                                    |  |
| ・居室からの移動        | —                         | 移動介助 1日3,000円   | 必要時                                  |  | 必要時                                  |  |
| ・衣類の着脱          | —                         | 助言等1回 500円  | 必要時                                  |  | 必要時                                  |  |
| ・身だしなみ介助        | —                         | 助言等1回 500円  | 必要時                                  |  | 必要時                                  |  |
| ・日常生活行動障害対応※    | —                         | 1日 5,000円   | 必要時                                  |  | 必要時                                  |  |
| ○機能訓練           | —                         | 1日 3,000円   | ケアプランによる                             |  | ケアプランによる                             |  |
| ○通院の介助          | —                         | 30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円  | 協力医療機関通<br>院 付添                      | *協力医療機関<br>以外の通院、30<br>分1,500円、以<br>降30分毎1,000<br>円                        | 協力医療機関通<br>院 付添                      | *協力医療機関<br>以外の通院、30<br>分1,500円、以<br>降30分毎1,000<br>円                        |
| ○緊急時対応          |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・ナースコール         | 24時間対応                    |   | 24時間対応                               |  | 24時間対応                               |  |
| <生活サービス>        |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ○家事             |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・清掃             |                           | 1回 1,500円   | 週3回及び必要時                             | *利用者の希望<br>で提供した場合<br>実費   | 週3回及び必要時                             | *利用者の希望<br>で提供した場合<br>実費   |
| ・洗濯             |                           | 1回 1,500円<br>実費   | 週2回及び必要時                             |  | 週2回及び必要時                             |  |
| ・洗濯(業者依頼分)      |                           | 1回 800円   | 週1回及び必要時                             |  | 週1回及び必要時                             |  |
| ・リネン交換          |                           | 1回 200円   | 必要時                                  |  | 必要時                                  |  |
| ○居室配膳・下膳        |                           | 実費  |                                      | 実費   |                                      | 実費   |
| ○理美容            |                           | 実費  |                                      | 実費   |                                      | 実費   |
| ○代行             |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・買物             |                           | 30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円  | 週1回 指定日                              | *指定日以外30<br>分1,500円、以<br>降30分毎1,000<br>円                                   | 週1回 指定日                              | *指定日以外30<br>分1,500円、以<br>降30分毎1,000<br>円                                   |
| ・役所手続き          |                           | 30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円  |                                      | *30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円  |                                      | *30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円  |
| ・薬取りサービス        |                           | 1回 300円   | 協力医療機関                               | 協力医療機関以<br>外 1回 300円   | 協力医療機関                               | 協力医療機関以<br>外 1回 300円   |
| ○日用雑貨費用         | 実費                        | 実費  | 実費                                   | 実費   | 実費                                   | 実費   |
| <健康管理サービス>      |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・健康診断           |                           | *年2回  |                                      | 年2回  |                                      | 年2回  |
| ・健康相談           | 必要に応じ随時                   |   | 必要に応じ随時                              |  | 必要に応じ随時                              |  |
| ・生活指導           | 必要に応じ随時                   |   | 必要に応じ随時                              |  | 必要に応じ随時                              |  |
| ・訪問診療           |                           | 医療費自己負担   |                                      | 医療費自己負担  |                                      | 医療費自己負担  |
| ・往診             |                           | 医療費自己負担   |                                      | 医療費自己負担  |                                      | 医療費自己負担  |
| <入退院時、入院中のサービス> |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| ・医療費            |                           | 医療費自己負担   |                                      | 医療費自己負担  |                                      | 医療費自己負担  |
| ・移送サービス         |                           | 実費  | 協力医療機関移<br>送                         | *協力医療機関<br>以外実費  | 協力医療機関移<br>送                         | *協力医療機関<br>以外実費  |
| ・入院中の生活援助       |                           | 30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円(6時～<br>8時及び18時～<br>22時25%増、22<br>時～6時50%増) |                                      | *30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円(6時～<br>8時及び18時～<br>22時25%増、22<br>時～6時50%増) |                                      | *30分1,500円、<br>以降30分毎<br>1,000円(6時～<br>8時及び18時～<br>22時25%増、22<br>時～6時50%増) |
| <その他のサービス>      |                           |   |                                      |  |                                      |  |
| レク 毎日<br>クラブ活動  |                           | *材料費実費  | レク 毎日<br>クラブ活動                       | *材料費実費   | レク 毎日<br>クラブ活動                       | *材料費実費   |

\*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます。

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※認知症等により、特別な対応が必要になった場合

金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

介護サービス等の一覧表

|  | 要介護1                           |   | 要介護2                           |   | 要介護3                           |   |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 介護を行う場所  | 介護居室                           |   | 介護居室                           |   | 介護居室                           |   |
|  | 介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス       | その都度徴収するサービス  | 介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス       | その都度徴収するサービス  | 介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス       | その都度徴収するサービス  |
| <介護サービス>   |                                |   |                                |   |                                |   |
| ○巡回<br>・昼間 9:00～18:00<br>・夜間 18:00～9:00                          | 3時間毎及び必要に応じ随時<br>4時間毎及び必要に応じ随時 |   | 1時間毎及び必要に応じ随時<br>3時間毎及び必要に応じ随時 |   | 1時間毎及び必要に応じ随時<br>3時間毎及び必要に応じ随時 |   |
| ○食事介助  |                                |   |                                |   |                                |   |
| ○排泄<br>・排泄介助<br>・おむつ交換<br>・おむつ代                                  | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時             | 別紙オムツ価格表  | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時             | 別紙オムツ価格表  | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時             | 別紙オムツ価格表  |
| ○入浴<br>・清拭<br>・一般浴介助<br>・特浴介助                                    | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>—       | *週3回目から1回1,500円(浴室使用のみ1回400円)                           | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>—       | *週3回目から1回1,500円   | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>必要時     | *週3回目から1回1,500円   |
| ○身辺介助<br>・体位交換<br>・居室からの移動<br>・衣類の着脱<br>・身だしなみ介助<br>・日常生活行動障害対応※ | —<br>必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時  |   | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時       |   | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時       |   |
| ○機能訓練  | ケアプランによる                       |   | ケアプランによる                       |   | ケアプランによる                       |   |
| ○通院の介助   | 協力医療機関通院 付添                    | *協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円                     | 協力医療機関通院 付添                    | *協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円                     | 協力医療機関通院 付添                    | *協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円                     |
| ○緊急時対応<br>・ナースコール  | 24時間対応                         |   | 24時間対応                         |   | 24時間対応                         |   |
| <生活サービス>   |                                |   |                                |   |                                |   |
| ○家事<br>・清掃<br>・洗濯<br>・洗濯(業者依頼分)<br>・リネン交換                        | 週3回及び必要時<br>週2回及び必要時           | *利用者の希望で提供した場合実費  | 週3回及び必要時<br>週2回及び必要時           | *利用者の希望で提供した場合実費  | 週3回及び必要時<br>週2回及び必要時           | *利用者の希望で提供した場合実費  |
| ○居室配膳・下膳   | 週1回及び必要時<br>必要時                |   | 週1回及び必要時<br>必要時                |   | 週1回及び必要時<br>必要時                |   |
| ○理美容   |                                | 実費  |                                | 実費  |                                | 実費  |
| ○代行<br>・買物<br>・役所手続き<br>・薬取りサービス                                 | 週1回 指定日                        | *指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>*30分1,500円、以降30分毎1,000円 | 週1回 指定日                        | *指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>*30分1,500円、以降30分毎1,000円 | 週1回 指定日                        | *指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>*30分1,500円、以降30分毎1,000円 |
| ○日用雑貨費用  |                                | 実費  |                                | 実費  |                                | 実費  |
| <健康管理サービス><br>・健康診断<br>・健康相談<br>・生活指導<br>・訪問診療<br>・往診            | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時             | 年2回<br>医療費自己負担<br>医療費自己負担                               | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時             | 年2回<br>医療費自己負担<br>医療費自己負担                               | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時             | 年2回<br>医療費自己負担<br>医療費自己負担                               |
| <入退院時、入院中のサービス><br>・医療費<br>・移送サービス<br>・入院中の生活援助                  |                                | 医療費自己負担   |                                | 医療費自己負担   |                                | 医療費自己負担   |
|  | 協力医療機関移送                       | *協力医療機関以外実費   | 協力医療機関移送                       | *協力医療機関以外実費   | 協力医療機関移送                       | *協力医療機関以外実費   |
|  |                                | *30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)  |                                | *30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)  |                                | *30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)  |
| <その他のサービス>   | レク 毎日<br>クラブ活動                 | *材料費実費  | レク 毎日<br>クラブ活動                 | *材料費実費  | レク 毎日<br>クラブ活動                 | *材料費実費  |

\*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます  
 なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。  
 ※認知症等により、特別な対応が必要になった場合  
 金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

介護サービス等の一覧表

| 介護を行う場所  | 要介護4                                    |   | 要介護5                                    |   |
|--|---|---|---|---|
|  | 介護居室                                    |   | 介護居室                                    |   |
|  | 介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス                | その都度徴収するサービス  | 介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス                | その都度徴収するサービス  |
| <介護サービス>   |   |   |   |   |
| ○巡回<br>・昼間 9:00～18:00<br>・夜間 18:00～9:00                          | 1時間毎及び必要に応じ随時<br>2時間毎及び必要に応じ随時          |   | 1時間毎及び必要に応じ随時<br>2時間毎及び必要に応じ随時          |   |
| ○食事介助  | 必要時                                     |   | 必要時                                     |   |
| ○排泄<br>・排泄介助<br>・おむつ交換<br>・おむつ代                                  | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時                      | 別紙オムツ価格表  | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時                      | 別紙オムツ価格表  |
| ○入浴<br>・清拭<br>・一般浴介助<br>・特浴介助                                    | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>必要時              | *週3回目から<br>1回1,500円   | 週 2回<br>未入浴時<br>必要時<br>必要時              | *週3回目から<br>1回1,500円   |
| ○身辺介助<br>・体位交換<br>・居室からの移動<br>・衣類の着脱<br>・身だしなみ介助<br>・日常生活行動障害対応※ | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時         |   | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時         |   |
| ○機能訓練  | ケアプランによる                                |   | ケアプランによる                                |   |
| ○通院の介助   | 協力医療機関通院 付添                             | *協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円   | 協力医療機関通院 付添                             | *協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円   |
| ○緊急時対応<br>・ナースコール  | 24時間対応                                  |   | 24時間対応                                  |   |
| <生活サービス>   |   |   |   |   |
| ○家事<br>・清掃<br>・洗濯<br>・洗濯（業者依頼分）<br>・リネン交換<br>○居室配膳・下膳            | 週3回及び必要時<br>週2回及び必要時<br>週1回及び必要時<br>必要時 | *利用者の希望で提供した場合<br>実費  | 週3回及び必要時<br>週2回及び必要時<br>週1回及び必要時<br>必要時 | *利用者の希望で提供した場合<br>実費  |
| ○理美容   |   | 実費  |   | 実費  |
| ○代行<br>・買物<br>・役所手続き<br>・薬取りサービス                                 | 週1回 指定日<br><br>協力医療機関                   | *指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>*30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>協力医療機関以外 1回 300円 | 週1回 指定日<br><br>協力医療機関                   | *指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>*30分1,500円、以降30分毎1,000円<br>協力医療機関以外 1回 300円 |
| ○日用雑貨費用  | 実費                                      | 実費  | 実費                                      | 実費  |
| <健康管理サービス><br>・健康診断<br>・健康相談<br>・生活指導<br>・訪問診療<br>・往診            | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時                      | 年2回<br>医療費自己負担<br>医療費自己負担   | 必要に応じ随時<br>必要に応じ随時                      | 年2回<br>医療費自己負担<br>医療費自己負担   |
| <入退院時、入院中のサービス><br>・医療費<br>・移送サービス<br>・入院中の生活援助                  | 協力医療機関移送                                | 医療費自己負担<br>*協力医療機関以外実費  | 協力医療機関移送                                | 医療費自己負担<br>*協力医療機関以外実費  |
|  |   | *30分1,500円、以降30分毎1,000円（6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増）                      |   | *30分1,500円、以降30分毎1,000円（6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増）                      |
| <その他のサービス>   | レク 毎日<br>クラブ活動                          | *材料費実費  | レク 毎日<br>クラブ活動                          | *材料費実費  |

\*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※認知症等により、特別な対応が必要になった場合

金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

## 参考「オムツ価格表」

取扱いメーカー「ユニ・チャーム」

| 種類      | 1袋の販売価格           | 1枚の販売価格          |
|---------|-------------------|------------------|
| テープ型    | 1,780 円 ~ 2,508 円 | 80.9 円 ~ 128 円   |
| パンツ型    | 1,679 円 ~ 4,294 円 | 73.6 円 ~ 167.6 円 |
| パッド型    | 633 円 ~ 2,888 円   | 16.1 円 ~ 90.7 円  |
| 軽失禁パッド型 | 282 円 ~ 1,087 円   | 12.6 円 ~ 67.3 円  |

- ・価格は2016年7月1日現在の販売価格になります。
- ・価格はメーカーの商品の改廃、市場価格の変動により変更させていただく場合があります。
- ・販売は1袋単位の販売になります。
- ・表示の販売価格は廃棄料を含みます。
- ・買物代行サービスにて購入いたしました市販品につきましては、購入代金と廃棄料の合計額のご請求になります。また、お持込のオムツにつきましても廃棄料は別途ご請求になります。
- ・詳細はホームへお尋ねください。

- ・廃棄料については下記の表にて算出させていただきます。
- ・1枚当たり廃棄料単価×1袋の入数=1袋あたりの廃棄料

### オムツ廃棄料

| 種類      | サイズ    | 1枚あたり廃棄料 |
|---------|--------|----------|
| テープ型    | S      | 20円      |
| テープ型    | M      | 25円      |
| テープ型    | L      | 30円      |
| テープ型    | LL以上   | 35円      |
| パンツ型    | S      | 20円      |
| パンツ型    | M      | 25円      |
| パンツ型    | L      | 30円      |
| パンツ型    | LL以上   | 35円      |
| パット型    | 200cc~ | 20円      |
| 軽失禁パッド型 | ~199cc | 8円       |

## 別紙

## 居室タイプ別価格表

## 【前払い方式】

| 居室タイプ | 前払金   | 月額       | (内訳)      |          |         |          |             |
|-------|-------|----------|-----------|----------|---------|----------|-------------|
|       |       | 計        | 家賃<br>相当額 | 介護<br>費用 | 食費      | 光熱<br>水費 | (税抜)<br>管理費 |
| Aタイプ  | 380万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Bタイプ  | 400万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Cタイプ  | 440万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Dタイプ  | 480万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Eタイプ  | 520万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Fタイプ  | 560万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Gタイプ  | 600万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Hタイプ  | 640万円 | 180,024円 | 0円        | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |

## 【月払い方式】

| 居室タイプ | 月額       | (内訳)      |          |         |          |             |
|-------|----------|-----------|----------|---------|----------|-------------|
|       | 計        | 家賃<br>相当額 | 介護<br>費用 | 食費      | 光熱<br>水費 | (税抜)<br>管理費 |
| Aタイプ  | 243,354円 | 63,330円   | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Bタイプ  | 246,684円 | 66,660円   | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Cタイプ  | 253,354円 | 73,330円   | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Dタイプ  | 260,024円 | 80,000円   | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Eタイプ  | 266,684円 | 86,660円   | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Fタイプ  | 273,354円 | 93,330円   | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Gタイプ  | 280,024円 | 100,000円  | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |
| Hタイプ  | 286,684円 | 106,660円  | 0円       | 61,500円 | 4,800円   | 113,724円    |