

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 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 SOMPOケアネクスト株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0002 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 らういーれあさか SOMPOケア ラヴィーレ朝霞	
所在地	〒351-0025 埼玉県朝霞市三原5丁目3番69号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R武蔵野線「北朝霞」駅、東武東上線「朝霞台」駅
	交通手段と所要時間	<p>①バスの場合</p> <p>< J R武蔵野線「北朝霞」駅・東武東上線「朝霞台」駅よりバス ></p> <p>東武東上線「朝霞台」駅南口</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1番乗り場より西武バスひばり71系統「ひばりヶ丘駅北口行」バス約3分 ・2番乗り場より西武バス久留22系統「東久留米駅東口行」バス約3分 <p>→「朝霞第五小学校」バス停下車徒歩9分(約970m)</p> <p>②自動車の場合</p> <p>< 所沢 IC より約12分(約6km) ></p> <p>関越自動車道「所沢 IC」出口より浦和所沢バイパスを浦和方面へ→約1.1km先「英インター」を右折→川越街道へ→約3.2km先「水道道路」を左折→約1.2km先「泉水3丁目」を左折→約300m先武蔵野線のガードをくぐり1本目を左折→約70m先交差点右折→約100m先右側がホーム</p>
連絡先	電話番号	048-460-4165
	FAX番号	048-460-4166
	ホームページアドレス	http://www.sompocare-next.jp
管理者	氏名	荒木 日和
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成25年3月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成25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） 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	1172101006
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 25 年 5 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,902.28 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	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	3,017.40 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,017.40 m ²
	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 (平成 25 年 5 月 1 日 ~ 平成 50 年 4 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】	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	有/無	有/無	18.00 m ²	15	介護居室個室
Bタイプ	有/無	有/無	18.00、19.20 m ²	32	介護居室個室	
Cタイプ	有/無	有/無	18.00、19.20 m ²	37	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 便房	6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		6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 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	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	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。 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。 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	
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	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い（協力医療機関以外は有料） <input type="checkbox"/> 3 通院介助（協力医療機関以外は有料） 4 その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 平成医会 平成ゆうわクリニック
		住所	埼玉県戸田市新曽南 4-2-35 特別養護老人ホーム とだ優和の杜 1階
		診療科目	内科・他
		協力内容	健康指導、緊急時の対応、他の機関に入院を要する 場合の紹介
協力歯科医療機関		名称	医療法人 美林会 戸田小林歯科
		住所	埼玉県戸田市新曽南 1-11-19
		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 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）
判断基準の内容	<p>1. 長期にわたりよ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月額費用の減額は行いませんが、新たな追加費用はありません。</p> <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。</p> <p>①変更前と変更後の居室において前払金、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。</p>

		②変更前と変更後の居室において前払金、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 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 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 ④保証人の意見を聴く 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<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、原則 60 才以上の伝染性疾患のない要支援・要介護認定を受けており、確実な保証人がいる方。 (前払金または家賃相当額及び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、次のいずれか 1 つに該当する事由があるときは居室の明け渡しにつき 90 日以上猶予期間を定めて通告し、本契約を解除することができる。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する。 1) 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な方	

	<p>法により入居したとき。</p> <p>2) 家賃相当額、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。</p> <p>3) 家賃相当額、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。</p> <p>4) 前払金を期日までに支払わなかったとき。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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または主治医が判断したとき。</p> <p>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。</p> <p>10) 入居契約に定める禁止事項、承諾条項、協議事項等に違反し、是正しないとき。</p> <p>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。</p> <p>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します。</p> <p>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)および2)に掲げ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、事業者が上記1の定めにより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>【入居契約者による契約の解除】</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へ提出するものとし、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します。</p> <p>この場合、退去したご入居者に従い、上記1の定めを準用します。</p> <p>【居室明け渡し時の原状回復】</p> <p>1. ご入居者は、居室を明け渡すときに「入居契約書第34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。</p> <p>なお、この清掃を事業者に定額費用¥16,000（税抜）で委託できるものとしします。</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、 （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日を限度としします。 費用1泊2日6,000円（税抜）、 その他の費用（オムツ代・日用雑貨品等、 実費）、保証金10,000円（その他費用を 精算後、返金）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	84人	
その他	<p>【費用負担について】</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 ※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	32	15（専従）、1（非専従）	16（専従）	26.4
介護職員	28	13（専従）	15（専従）	22.8
看護職員	4	2（専従）、1（非専従）	1（専従）	3.6
機能訓練指導員	1	1（非専従）		0.1
計画作成担当者	2	1（専従）	1（専従）	1.8
栄養士	1	1（非専従）		0.1
調理員	9	2（専従）、1（非専従）	6（専従）	6.0
事務員	4	2（専従）	2（専従）	3.1
その他職員	6		6（専従）	4.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 （*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 （*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	5	3（専従）	2（専従）
実務者研修の修了者	3	2（専従）	1（専従）
初任者研修の修了者			
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	1	1 (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 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	1.8 : 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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>				
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> 1 あり								
			資格等の名称		介護福祉士						
		<input type="checkbox"/> 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	2	3	9						
前年度1年間の退職者数		1	3	2	10						
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			3	3						
	1年以上 3年未満			4	4						1
	3年以上 5年未満			5	8						
	5年以上 10年未満	3	1	1		1		1		1	
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>	

入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		<input type="checkbox"/> 1 減額なし（管理費） <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費） <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 居室Cタイプ	月払い方式 居室Cタイプ	
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護2	
	年齢	—歳	—歳	
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²	
	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 必要な費用	前払金	5,100,000円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		200,170円	285,170円	
家賃		0円	85,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	19,946円	19,946円	
	介護保険外 ^{※2}	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	5,000円	5,000円
		その他	0円	0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	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。 ※別紙 居室タイプ別価格表参照
敷金	家賃の—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 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 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 1,200 円 (税抜)</p> <p>⇒ホームの使用料平均から算定</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。 (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 (1ヶ月30日1割負担の例)</p> <table border="1" data-bbox="821 627 1428 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>178,172円</td> <td>17,818円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>199,459円</td> <td>19,946円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>222,417円</td> <td>22,242円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>243,704円</td> <td>24,371円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>266,318円</td> <td>26,632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、 看取り介護加算なし、医療機関連携加算あり、 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 (1ヶ月30日1割負担の例)</p> <table border="1" data-bbox="821 1209 1428 1359"> <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>60,421円</td> <td>6,043円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>103,340円</td> <td>10,334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、 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	178,172円	17,818円	要介護2	199,459円	19,946円	要介護3	222,417円	22,242円	要介護4	243,704円	24,371円	要介護5	266,318円	26,632円		月額	自己負担額(1割)	要支援1	60,421円	6,043円	要支援2	103,340円	10,334円
	月額	自己負担額(1割)																										
要介護1	178,172円	17,818円																										
要介護2	199,459円	19,946円																										
要介護3	222,417円	22,242円																										
要介護4	243,704円	24,371円																										
要介護5	266,318円	26,632円																										
	月額	自己負担額(1割)																										
要支援1	60,421円	6,043円																										
要支援2	103,340円	10,334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		前払金い方式：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 ※別紙 居室タイプ別価格表参照
想定居住期間（償却年月数）		60ヶ月（1,826日）
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	【契約終了日までの利用期間に係る施設利用料】 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、事業者は前払金より施設利用料を差し引いた全額を返還金受取人に返還致します。 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。 施設利用料＝（前払金÷1,826日）×（利用日数）
	入居後3月を超えた契約終了	契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 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、契約終了日が入居日より5年（1,826日）未満（以下「入居日数」という）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。 但し、算出した額に千円未満の端数が出た場合には切り捨てるものとします。 返還金＝前払金×（1,826日－入居日数） ／1,826日
前払金の 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	12人
	女性	49人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	47人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	6人
	要支援 2	7人
	要介護 1	19人
	要介護 2	11人
	要介護 3	7人
	要介護 4	6人
	要介護 5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	45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	87.3歳
入居者数の合計	61人
入居率*	72.6%
※ 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	3人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	4人
	死亡者	8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 ラヴィーレ朝霞 生活相談員担当窓口
電話番号		048-460-4165
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		朝霞市健康づくり部長寿はつらつ課
電話番号		048-463-1111 (代表)
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時15分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日、年末年始
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) 介護事業者総合賠償責任保険 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) 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。 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：当社運営ホーム) <input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <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) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <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 ラヴィールふじみ野	ふじみ野市苗間 1-7-21
			SOMPOケア ラヴィール川口安行	川口市大字安行小山 487-5
			SOMPOケア ラヴィール入間	埼玉県入間市宮前町 2 番 13 号
			SOMPOケア ラヴィール越谷	越谷市赤山町 2-55-1
			SOMPOケア ラヴィール坂戸	坂戸市大字石井 2768-11
			SOMPOケア ラヴィール草加松原	草加市中根三丁目 31 番 24 号
			SOMPOケア ラヴィール南浦和	川口市大字小谷場 37 番 1
			SOMPOケア ラヴィール戸田	戸田市大字新曽 297 番地 2
			SOMPOケア ラヴィール志木柳瀬川	志木市柏町六丁目 1 番 32 号
			SOMPOケア ラヴィール草加	埼玉県草加市北谷三丁目 36 番 8 号
			SOMPOケア ラヴィール大宮	さいたま市見沼区中川 1090-1
			SOMPOケア ラヴィール西大宮	さいたま市西区大字指扇字木 3922 番 1
			SOMPOケア ラヴィール大宮式番館	さいたま市見沼区中川 1062-1
			SOMPOケア ラヴィール武蔵浦和	さいたま市南区辻五丁目 8 番 3 号
			SOMPOケア ラヴィール狭山	狭山市新狭山 2-2-7
			SOMPOケア ラヴィール東所沢	埼玉県所沢市東所沢 2-10-4
			SOMPOケア ラヴィール鶴ヶ島	鶴ヶ島市大字五味ヶ谷 111-1
			SOMPOケア ラヴィール八潮	八潮市八潮 3-30-8
			SOMPOケア ラヴィール飯能	飯能市南町 2-7
			SOMPOケア ラヴィール上福岡	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 ラヴィールふじみ野	ふじみ野市苗間 1-7-21
			SOMPOケア ラヴィール川口安行	川口市大字安行小山 487-5
			SOMPOケア ラヴィール入間	埼玉県入間市宮前町 2 番 13 号
			SOMPOケア ラヴィール越谷	越谷市赤山町 2-55-1
			SOMPOケア ラヴィール坂戸	坂戸市大字石井 2768-11
			SOMPOケア ラヴィール草加松原	草加市中根三丁目 31 番 24 号
			SOMPOケア ラヴィール南浦和	川口市大字小谷場 37 番 1
			SOMPOケア ラヴィール戸田	戸田市大字新曽 297 番地 2
			SOMPOケア ラヴィール志木柳瀬川	志木市柏町六丁目 1 番 32 号
			SOMPOケア ラヴィール草加	埼玉県草加市北谷三丁目 36 番 8 号
			SOMPOケア ラヴィール大宮	さいたま市見沼区中川 1090-1
			SOMPOケア ラヴィール西大宮	さいたま市西区大字指扇字木 3922 番 1
			SOMPOケア ラヴィール大宮式番館	さいたま市見沼区中川 1062-1
			SOMPOケア ラヴィール武蔵浦和	さいたま市南区辻五丁目 8 番 3 号
			SOMPOケア ラヴィール狭山	狭山市新狭山 2-2-7
			SOMPOケア ラヴィール東所沢	埼玉県所沢市東所沢 2-10-4
			SOMPOケア ラヴィール鶴ヶ島	鶴ヶ島市大字五味ヶ谷 111-1
			SOMPOケア ラヴィール八潮	八潮市八潮 3-30-8
			SOMPOケア ラヴィール飯能	飯能市南町 2-7
			SOMPOケア ラヴィール上福岡	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 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						
・昼間 9:00～18:00	—		3時間毎及び必要 に応じて随時		3時間毎及び必要 に応じて随時	
・夜間 18:00～9:00	20:00、0:00、3:00		4時間毎及び必要 に応じて随時		4時間毎及び必要 に応じて随時	
○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	必要に応じて随時		必要に応じて随時	
・おむつ交換		1日 5,000円	必要に応じて随時		必要に応じて随時	
・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 回目から1回400 円				
・清拭		1回 3,000円	週 2回 未入浴時 必要時	*週3回目から 1回1,500円(浴 室使用のみ1回 400円)	週 2回 未入浴時 必要時	*週3回目から 1回1,500円(浴 室使用のみ1回 400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、 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						
・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 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 週2回及び必要時	*利用者の希望 で提供した場合 実費
・洗濯		1回 1,500円 実費				
・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、 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	週1回 指定日	*指定日以外30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円
・役所手続き		30分1,500円、 以降30分毎 1,000円		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円		*30分1,500円、 以降30分毎 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 外 1回 300円	協力医療機関	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	実費	実費
<健康管理サービス>						
・健康診断	必要に応じて随時	*年2回	必要に応じて随時	年2回	必要に応じて随時	年2回
・健康相談	必要に応じて随時		必要に応じて随時		必要に応じて随時	
・生活指導		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・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						
<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 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
・入院中の生活援助		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 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 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1		要介護2		要介護3	
	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 ・昼間 9:00～18:00 ・夜間 18:00～9:00	3時間毎及び必要に応じ随時 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 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 3時間毎及び必要に応じ随時	
○食事介助	必要時		必要時		必要時	
○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	必要に応じ随時 必要に応じ随時	別紙オムツ価格表	必要に応じ随時 必要に応じ随時	別紙オムツ価格表	必要に応じ随時 必要に応じ随時	別紙オムツ価格表
○入浴 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助	週 2回 未入浴時 必要時 —	*週3回目から1回1,500円(浴室使用のみ1回400円)	週 2回 未入浴時 必要時 —	*週3回目から1回1,500円	週 2回 未入浴時 必要時 必要時	*週3回目から1回1,500円
○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ・日常生活行動障害対応※	— 必要時 必要時 必要時 必要時		必要時 必要時 必要時 必要時		必要時 必要時 必要時 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 ・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 ・洗濯 ・洗濯(業者依頼分) ・リネン交換	週3回及び必要時 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 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 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 必要時		週1回及び必要時 必要時		週1回及び必要時 必要時	
○理美容		実費		実費		実費
○代行 ・買物 ・役所手続き ・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 *30分1,500円、以降30分毎1,000円 協力医療機関以外 1回 300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 *30分1,500円、以降30分毎1,000円 協力医療機関以外 1回 300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 *30分1,500円、以降30分毎1,000円 協力医療機関以外 1回 300円
○日用雑貨費用		実費		実費		実費
<健康管理サービス> ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・訪問診療 ・往診	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 医療費自己負担 医療費自己負担	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 医療費自己負担 医療費自己負担	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 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 ・移送サービス ・入院中の生活援助	協力医療機関移送	医療費自己負担 *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 *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 *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 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 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4		要介護5	
介護を行う場所	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				
・昼間 9:00～18:00	1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	
・夜間 18:00～9:00	2時間毎及び必要に応じ随時		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				
・排泄介助	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ交換	必要に応じ随時	別紙オムツ価格表	必要に応じ随時	別紙オムツ価格表
・おむつ代				
○入浴				
・清拭	週 2回 未入浴時 必要時 必要時	*週3回目から 1回1,500円	週 2回 未入浴時 必要時 必要時	*週3回目から 1回1,500円
・一般浴介助				
・特浴介助				
○身辺介助				
・体位交換	必要時		必要時	
・居室からの移動	必要時		必要時	
・衣類の着脱	必要時		必要時	
・身だしなみ介助	必要時		必要時	
・日常生活行動障害対応※	必要時		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				
・ナースコール	24時間対応		24時間対応	
<生活サービス>				
○家事				
・清掃	週3回及び必要時	*利用者の希望	週3回及び必要時	*利用者の希望
・洗濯	週2回及び必要時	で提供した場合	週2回及び必要時	で提供した場合
・洗濯（業者依頼分）		実費		実費
・リネン交換	週1回及び必要時		週1回及び必要時	
・居室配膳・下膳	必要時		必要時	
○理美容		実費		実費
○代行				
・買物	週1回 指定日	*指定日以外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
・役所手続き		*30分1,500円、以降30分毎1,000円		*30分1,500円、以降30分毎1,000円
・薬取りサービス	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円	協力医療機関	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>				
・健康診断	必要に応じ随時	年2回	必要に応じ随時	年2回
・健康相談	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・生活指導				
・訪問診療		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
<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
・移送サービス	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
・入院中の生活援助		*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 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 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 相当額	介護 費用	食費	光熱 水費	(税抜) 管理費
Aタイプ	450万円	180,224円	0円	0円	61,500円	5,000円	113,724円
Bタイプ	480万円	180,224円	0円	0円	61,500円	5,000円	113,724円
Cタイプ	510万円	180,224円	0円	0円	61,500円	5,000円	113,724円

【月払い方式】

居室タイプ	月額	(内訳)				
	計	家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱 水費	(税抜) 管理費
Aタイプ	255,224円	75,000円	0円	61,500円	5,000円	113,724円
Bタイプ	260,224円	80,000円	0円	61,500円	5,000円	113,724円
Cタイプ	265,224円	85,000円	0円	61,500円	5,000円	113,724円