

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成27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) わたみのかいごかぶしきがいしゃ ワタミの介護株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒144-0043 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5735-4165 |
| | FAX番号 | 03-5735-1741 |
| | ホームページアドレス | http:// www.wataminokaigo.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 吉田 光宏 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・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) れすとぐいらやしお レストヴィラ八潮 |
|----|------------------------------|

| | | |
|---------------|----------------------------------|---|
| 所在地 | 〒340-0815 埼玉県八潮市八潮三丁目 30 番地 8 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | つくばエクスプレス「八潮」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①電車の場合 つくばエクスプレス「八潮」駅より徒歩約 14 分 (約 1,9 km) 「八潮」駅北口より「フレスポ八潮」を右側に直進→約 770m 先「八潮四丁目」交差点を左折→約 310m 先右側がホーム ②バスの場合 つくばエクスプレス「八潮」駅よりバス 「八潮」駅北口バス乗り場より東武バス八潮 01 系統「八潮駅北口行き」バス約 2 分 草加 04 系統「草加駅東口行き」バス約 3 分 ⇒「新田」バス停下車徒歩約 5 分 (約 380m) |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-995-6511 |
| | FAX番号 | 048-995-0055 |
| | ホームページアドレス | http:// www.wataminokaigo.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 伊藤 啓之 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 26年12月31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 27年 2月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|--|-------------|-----------------|
| <input 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) <input type="checkbox"/> 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1171000589 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 27 年 2 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, 513. 26 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 | 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 | 2, 958. 02 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2, 958. 02 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 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 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 | | | | |
| | | 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 (平成 27 年 2 月 1 日 ~ 平成 52 年 1 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A | 有/無 | 有/無 | 18.00~18.30 m ² | 19 | 介護居室個室 |
| | タイプB | 有/無 | 有/無 | 18.00~18.30 m ² | 20 | 介護居室個室 |
| | タイプC | 有/無 | 有/無 | 18.00~18.30 m ² | 21 | 介護居室個室 |
| | タイプD | 有/無 | 有/無 | 18.00~18.30 m ² | 14 | 介護居室個室 |
| | 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 | 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 | 5ヶ所 | 個室 | | 5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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | | | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 | あり (車椅子対応) | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | あり (ストレッチャー対応) | <input type="checkbox"/> 3 | あり (上記1・2に該当しない) | |
| | <input type="checkbox"/> 4 | なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | スプリンクラー | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 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 | <p>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。</p> <p>ワタミは、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。</p> |
|----------|---|

| | |
|-----------------|---|
| サービスの提供内容に関する特色 | ワタミの介護の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 checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 認知症専門 ケア加算 | (I) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提供体制強化 加算 | (I)イ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (I)ロ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| (II) | | 1 あり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|--------|---|------------------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い（協力医療機関以外は有料） | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 泰仁会 北川医院 |
| | | 住所 | 東京都足立区千住河原町 22-6 |

| | | | |
|----------|------|---------------------------|---------------------------------|
| | | 診療科目 | 内科、神経内科、頭痛外来、漢方外来 |
| | | 協力内容 | 健康指導、健康診断、緊急時・他の機関に入院を要する場合の紹介。 |
| | 2 | 名称 | — |
| | 住所 | — | |
| | 診療科目 | — | |
| 協力歯科医療機関 | | 協力内容 | — |
| | 名称 | 医療法人社団 高輪会 サンフラワー松戸歯科医院 | |
| | 住所 | 千葉県松戸市小根本 84-3 ジュネス松戸 102 | |
| | 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 | <p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合</p> <p>3 その他（ ）</p> |
| 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> <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。</p> <p>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。</p> |

| | | |
|------------------|--|---|
| 手続きの内容 | (上記参照) | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (上記参照) |
| 居室利用権の取扱い | (上記参照) | |
| 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 | <p>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ある方。 (前払金、月々の生活費を支弁できる方)</p> | |
| 契約の解除の内容 | <p>【施設からの契約解除】</p> <p>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い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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</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</p> | |

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)に掲げる手続きを行います。
 - 1) 協力医療機関の医師又は主治医の意見を聴く。
 - 2) 一定の観察期間をおく。
 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。

【入居契約者による契約の解除】

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。
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。
この場合、退去したご入居者に従い、上記1の定めを準用

| | | |
|----------------|---|------------------------------------|
| | <p>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事業者の指定する業者により原状に復するものとし、その原状回復に要する費用を負担するものとします。</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（前払金方式）第 33 条、 （月払い方式）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。 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 | 74 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 | 11 | 6（専従） | 5（専従） | 7.5 |
| 介護職員 | 9 | 4（専従） | 5（専従） | 5.6 |
| 看護職員 | 2 | 1（専従）、1（非専従） | | 1.9 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1（非専従） | | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1（専従） | | 1.0 |
| 栄養士 | | | | 本社勤務 |
| 調理員 | 3 | 1（専従） | 2（専従） | 1.8 |
| 事務員 | 1 | 1（専従） | | 1.0 |
| その他職員 | 3 | | 3（専従） | 1.0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40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 | 3（専従） | 3（専従） |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 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 | 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 <input type="checkbox"/> 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) | 1.0 : 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の数 | 1年未満 | 1 | 2 | | | | 1 | | | |
| | 1年以上 | | | 5 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 1 | | 1 | | | 1 | |
| | 5年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 5年以上 | | | 1 | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 1 | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり 2 なし | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | |
|----------------------|---|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 |
| 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 |
| | 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 |

| | | |
|----------------------------|--|---------------------------------------|
| 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 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】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|-------------------------------|---|---|----------|
| 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 | 18.00 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 | 5,700,000円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 199,827円 | 294,827円 | |
| 家賃 | | 0円 | 95,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 19,603円 | 19,603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 | 一時金プラン：家賃相当額の全部を前払金として一括して受領しているため不要。 月払いプラン：近傍同種の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定。 |
| 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 | 1人あたり月額 113,724円（税抜） |

| | |
|----------------------|---|
| | <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>算定根拠</p> <p>⇒原価 (食材費、人件費) から算定</p> <p>1日当たり 2,050円 [朝食 550円、昼食 850円、夕食 650円、(税抜)] 2,050円×30日で積算</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 | 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)] 等は、人件費および事務手続き等にかかる費用から算定。 |

(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"> <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>175,103円</td> <td>17,511円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>196,023円</td> <td>19,603円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>218,586円</td> <td>21,859円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>239,506円</td> <td>23,951円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>261,730円</td> <td>26,173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"> <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>59,381円</td> <td>5,939円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>101,560円</td> <td>10,156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 | 175,103円 | 17,511円 | 要介護2 | 196,023円 | 19,603円 | 要介護3 | 218,586円 | 21,859円 | 要介護4 | 239,506円 | 23,951円 | 要介護5 | 261,730円 | 26,173円 | | 月額 | 自己負担額(1割) | 要支援1 | 59,381円 | 5,939円 | 要支援2 | 101,560円 | 10,156円 |
| | 月額 | 自己負担額(1割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 175,103円 | 17,511円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 196,023円 | 19,603円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 218,586円 | 21,859円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 239,506円 | 23,951円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 261,730円 | 26,173円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 月額 | 自己負担額(1割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援1 | 59,381円 | 5,939円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 101,560円 | 10,156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 | 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 |
| 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 | なし |

| | | |
|--------------|-------------------|--|
| 受領する額（初期償却額） | | |
| 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、事業者は入居一時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。</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 = (入居一時金 ÷ 1,826 日) × (利用日数) 施設利用料 = 入居一時金 ÷ 契約期間日数 × 利用日数</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、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。</p> <p>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。</p> <p>返還金 = 一時金 × (1,826 日 - 入居日数) / 1,826 日</p> |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | みずほ信託銀行株式会社 |
| | 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 | 1 人 |
| | 女性 | 4 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 人 |

| | | |
|-------|-------------|----|
| | 65歳以上 75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 1人 |
| | 85歳以上 | 4人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 人 |
| | 要介護2 | 1人 |
| | 要介護3 | 1人 |
| | 要介護4 | 1人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 5人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 人 |
| | 1年以上 5年未満 | 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 | 87.6歳 |
| 入居者数の合計 | 5人 |
| 入居率※ | 6.8% |
| ※ 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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 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 | | レストヴィラ八潮 生活相談員担当窓口 |
| 電話番号 | | 048-995-6511 |
| 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 | | ワタミの介護 お客様相談窓口・(運営サービス部) |
| 電話番号 | | 0120-65-1192 ・ 03-5735-4165 |
| 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 | | 八潮市ふれあい福祉部長寿介護課 |
| 電話番号 | | 048-996-2829 |
| 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、12月29日～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 | 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 |
| | 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 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 |
| 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 |

| | |
|--|-----------|
| | 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 | | | | |
| | 2 なし | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> </table> | 1 代替措置あり | (内容) | | |
| | 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】 | <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（別の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。

説明者署名 _____ 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 | ハッピーテイク入間 | 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 | レストウイ川口安行 レストウイふじみ野 レストウイ大宮 レストウイ越谷 レストウイ坂戸 レストウイ草加松原 レストウイ南浦和 レストウイ戸田 レストウイ西大宮 レストウイ大宮武蔵野 レストウイ志木柳瀬川 レストウイ武蔵浦和 レストウイ草加 レストウイ入間 レストウイ朝霞 レストウイ狭山 レストウイ鶴ヶ島 レストウイ東所沢 レストウイ八潮 みずき飯能の杜 | 川口市大字安行小山 487-5 ふじみ野市苗間 1-7-21 さいたま市見沼区中川 1090-1 越谷市赤山町 2-55-1 坂戸市大字石井 2768-11 草加市中根 3-31-24 川口市大字小谷場 37-1 戸田市大字新曽 297-2 さいたま市西区大字指扇字木 3922-1 さいたま市見沼区中川 1062-1 志木市柏町 6-1-32 さいたま市南区辻 5-8-3 草加市北谷 3-36-8 入間市宮前町 2-13 朝霞市三原 5-3-69 狭山市新狭山 2-2-7 鶴ヶ島市大字五味ヶ谷 111-1 所沢市東所沢 2-10-4 八潮市八潮 3-30-8 飯能市南町 2-7 |
| 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 | 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 | レストラン川口安行 レストランふじみ野 レストラン大宮 レストラン越谷 レストラン坂戸 レストラン草加松原 レストラン南浦和 レストラン戸田 レストラン西大宮 レストラン大宮武蔵館 レストラン志木柳瀬川 レストラン武蔵浦和 レストラン草加 レストラン入間 レストラン朝霞 レストラン狭山 レストラン鶴ヶ島 レストラン東所沢 レストラン八潮 みずき飯能の杜 | 川口市大字安行小山 487-5 ふじみ野市苗間 1-7-21 さいたま市見沼区中川 1090-1 越谷市赤山町 2-55-1 坂戸市大字石井 2768-11 草加市中根 3-31-24 川口市大字小谷場 37-1 戸田市大字新曽 297-2 さいたま市西区大字指扇字木 3922-1 さいたま市見沼区中川 1062-1 志木市柏町 6-1-32 さいたま市南区辻 5-8-3 草加市北谷 3-36-8 入間市宮前町 2-13 朝霞市三原 5-3-69 狭山市新狭山 2-2-7 鶴ヶ島市大字五味ヶ谷 111-1 所沢市東所沢 2-10-4 八潮市八潮 3-30-8 飯能市南町 2-7 |
| 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随時 | | 3時間毎及び必要に応じ随時 | |
| ・夜間 18:00～9:00 | 20:00,0:00,3:00 | | 4時間毎及び必要に応じ随時 | | 4時間毎及び必要に応じ随時 | |
| ○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 | |
| ・日常生活行動練習対応※ | - | 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 | *利用者の希望で提供した場合 実費 | 週3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 | 週2回及び必要時 | | 週2回及び必要時 | |
| ・洗濯(業者依頼分) | | | | | | |
| ・リネン交換 | | 1回 800円 | 週1回及び必要時 | | 週1回及び必要時 | |
| ○居室配膳・下膳 | | 1回 200円 | 必要時 | | 必要時 | |
| ○理髪容 | | 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 |
| <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 | 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 | | 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 | | 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 | *材料費実費 | レク 毎日 | *材料費実費 | レク 毎日 | *材料費実費 |
| | クラブ活動 | | クラブ活動 | | クラブ活動 | |

*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て随時 4時間毎及び必要に応じて随時 | | 1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 | | 1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 | |
| ○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 | 必要に応じて随時 必要に応じて随時 | 別紙オムツ価格表 | 必要に応じて随時 必要に応じて随時 | 別紙オムツ価格表 | 必要に応じて随時 必要に応じて随時 | 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 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 週1回及び必要時 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 週1回及び必要時 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 週1回及び必要時 必要時 | *利用者の希望で提供した場合実費 |
| ○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 ・役所手続き ・薬取りサービス | 週1回 指定日 協力医療機関 | *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 協力医療機関 | *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 協力医療機関 | *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 | 必要に応じて随時 必要に応じて随時 | 年2回 医療費自己負担 医療費自己負担 | 必要に応じて随時 必要に応じて随時 | 年2回 医療費自己負担 医療費自己負担 | 必要に応じて随時 必要に応じて随時 | 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 *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) | 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) | 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) |
| <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 ・昼間 9:00～18:00 ・夜間 18:00～9:00 | 1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 | | 1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 ・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 |
| ○入浴 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助 | 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 |
| ○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 | |
| ○接聴訓練 | 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 ・オースション | 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 週1回及び必要時 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 週1回及び必要時 必要時 | *利用者の希望で提供した場合実費 |
| ○居室配膳・下膳 | | 実費 | | 実費 |
| ○理美容 | | 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 協力医療機関 | *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 協力医療機関 | *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 |
| <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 |
| <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 |
| | | *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言われます。
 ※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。

別紙

短期利用のサービス等の概要

(1) サービスの内容

| | |
|-------------|--------------------------------|
| 利用可能期間 | 最短2日(1泊2日) ~ 最長30日(29泊30日) |
| サービスの 内容 | ① 重要事項説明書「4サービスの内容」と同一である |
| | ② 重要事項説明書「4サービスの内容」と相違するところがある |
| | 《上記②に該当する場合のサービス内容の相違点》 |

(2) 利用料

| | | | | | | | |
|------------------------|--|-----------------------|------|-------|------|-------|-----|
| 費用の支払方法 ※ | 利用料その他は、利用終了時に全額払い。 | | | | | | |
| 1泊2日あたりの利用料 | 6,008円(税抜) | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | 無・有 | | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 無・有 | | | | | | |
| 料金プラン※1 | 利用料 | 内 訳 | | | | | |
| | | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| 税抜 | 6,008 | 3,791 | 0 | 2,050 | 167 | 0 | 0 |
| 算定根拠 | 管理費 | 月払い方式で定める管理費の1日あたりの額 | | | | | |
| | 介護費用 | - | | | | | |
| | 食費 | 月払い方式で定める食費の1日あたりの額 | | | | | |
| | 光熱水費 | 月払い方式で定める光熱水費の1日あたりの額 | | | | | |
| | 家賃相当額 | - | | | | | |
| | その他 | - | | | | | |
| 1泊2日あたりの利用料に含まれない実費負担等 | 医療費、おむつ代、日用品代、嗜好品、個別外出介助、週2回を超える入浴費用、協力医療機関以外への通院介助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクリエーション活動時の材料等の実費、理美容費 | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------|-------------|--------|-------|
| 介護保険に係る利用料 ※（1割が自己負担） | 特定施設入居者生活介護 | | |
| | | 日額 | 自己負担額 |
| | 要介護1 | 5,812円 | 582円 |
| | 要介護2 | 6,500円 | 650円 |
| | 要介護3 | 7,260円 | 726円 |
| | 要介護4 | 7,959円 | 796円 |
| | 要介護5 | 8,698円 | 870円 |
| 夜間看護体制加算（無・有）、介護職員処遇改善加算Ⅰ（無・有） | | | |

※1 利用料には、別途消費税が加算されます。

（3）その他

| | |
|--------------------------|---|
| 利用（契約）に際しての 留意点、特記事項等 | ・個別的な外出のご要望があっても、お応えできない場合もありますのでご了承ください。 |
|--------------------------|---|

オムツ価格表

平成25年3月1日から適用

| 型 | メーカー | 商品名 | 規格 | 入数 | | |
|---------|--------|-----------------------|-------|------|---------|----------|
| | | | | 1袋枚数 | 販売価格 | 参考)1枚単価 |
| テープ型 | ユニチャーム | 横モレ安心テープ止 | S | 22 | ¥ 1,780 | ¥80.9 |
| " | ユニチャーム | " | M | 20 | ¥ 1,900 | ¥95.0 |
| " | ユニチャーム | " | L | 17 | ¥ 1,910 | ¥112.4 |
| " | ユニチャーム | " | LL | 15 | ¥ 1,920 | ¥128.0 |
| パンツ型 | ユニチャーム | リハビリパンツ レギュラー | S | 24 | ¥ 1,928 | ¥80.3 |
| " | ユニチャーム | " | M | 22 | ¥ 1,998 | ¥90.8 |
| " | ユニチャーム | " | L | 20 | ¥ 2,048 | ¥102.4 |
| " | ユニチャーム | " | LL | 18 | ¥ 2,078 | ¥115.4 |
| パンツ型 | ユニチャーム | リハビリライトパンツ | S | 40 | ¥ 2,943 | ¥73.6 |
| " | ユニチャーム | " | M | 40 | ¥ 3,345 | ¥83.6 |
| " | ユニチャーム | " | L | 40 | ¥ 3,793 | ¥94.8 |
| " | ユニチャーム | " | LL | 40 | ¥ 4,294 | ¥107.4 |
| パッド型 | ユニチャーム | かんたん装着パッドレギュラー | | 44 | ¥ 1,312 | ¥29.8 |
| " | ユニチャーム | かんたん装着パッドスーパー | | 28 | ¥ 1,503 | ¥53.7 |
| " | ユニチャーム | 長時間安心さらさらパッド | | 45 | ¥ 2,239 | ¥49.8 |
| " | ユニチャーム | 心とお肌のケアパッドレギュラー | 男女共用 | 34 | ¥ 981 | ¥28.9 |
| " | ユニチャーム | 心とお肌のケアパッドスーパー | 男女共用 | 22 | ¥ 990 | ¥45.0 |
| " | ユニチャーム | 外モレ安心パッド | | 45 | ¥ 1,690 | ¥37.6 |
| " | ユニチャーム | 尿とりパッド レギュラー | 男性/女性 | 48 | ¥ 775 | ¥16.1 |
| " | ユニチャーム | 尿とりパッド スーパー | 男性/女性 | 33 | ¥ 665 | ¥20.2 |
| " | ユニチャーム | 尿とりパッド 男女兼用 | | 45 | ¥ 1,642 | ¥36.5 |
| " | ユニチャーム | 外モレ安心パッドさらさらパッド | | 42 | ¥ 1,867 | ¥44.5 |
| " | ユニチャーム | 一晩中安心さらさらパッドウルトラ | | 36 | ¥ 2,540 | ¥70.6 |
| 軽失禁パッド | ユニチャーム | さわやかパッド | 少量用 | 32 | ¥ 516 | ¥16.1 |
| " | ユニチャーム | さわやかパッド | 中量用 | 20 | ¥ 728 | ¥36.4 |
| " | ユニチャーム | さわやかパッド | 多い時 | 24 | ¥ 947 | ¥39.5 |
| " | ユニチャーム | さわやかパッド | 長時間・夜 | 14 | ¥ 680 | ¥48.6 |
| " | ユニチャーム | さわやかパッド | 特に多い時 | 12 | ¥ 693 | ¥57.8 |
| " | ユニチャーム | さわやかパッドスリム | 多い時安心 | 14 | ¥ 735 | ¥52.5 |
| " | ユニチャーム | さわやかパッドスリム | 長時間・夜 | 12 | ¥ 379 | ¥31.6 |
| " | ユニチャーム | その瞬間も安心 | | 14 | ¥ 824 | ¥58.9 |
| " | ユニチャーム | チャームナップ 安心スリム 多くても安心用 | | 14 | ¥ 689 | ¥49.2 |
| " | ユニチャーム | チャームナップ 安心スリム 長時間安心用 | | 12 | ¥ 673 | ¥56.1 |
| " | ユニチャーム | 吸水さらファイ | 微量用 | 20 | ¥ 287 | ¥14.4 |
| " | ユニチャーム | 吸水さらファイ | 少量用 | 18 | ¥ 307 | ¥17.1 |
| " | ユニチャーム | 吸水さらファイ | 中量用 | 10 | ¥ 282 | ¥28.2 |
| 骨折予防パンツ | ユニチャーム | 転ばぬ先のあんしんガードル(ピンク) | M~3L | 1 | ¥ 6,098 | ¥6,098.0 |
| " | ユニチャーム | 洗い替え用ガードル | M~3L | 1 | ¥ 2,379 | ¥2,379.0 |
| 布パンツ | ユニチャーム | あんしんフィットショーツ | M~3L | 1 | ¥ 1,039 | ¥1,039.0 |

価格は平成25年3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。
 上記以外の商品は別途お問い合わせ下さい。
 取り扱い商品以外については買物代行サービスにて市販品の購入代金と廃棄料の合計金額のご請求になります。
 お持込及び買物代行品については廃棄料を別途頂きます。
 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 |
|---------|-----------|----------|
| テープ止め | S | 20円 |
| テープ止め | M | 25円 |
| テープ止め | L | 30円 |
| テープ止め | LL | 35円 |
| リハビリパンツ | S | 20円 |
| リハビリパンツ | M | 25円 |
| リハビリパンツ | L | 30円 |
| リハビリパンツ | LL | 35円 |
| パット | 200cc~ | 20円 |
| 軽失禁パット | 5cc~199cc | 8円 |

別紙

居室タイプ別価格表

【前払金方式】

| プラン名称 | 前払金 | 月額 | (内訳) | | | | |
|-------|-------|----------|-------|------|---------|--------|----------|
| 居室タイプ | | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| タイプA | 380万円 | 180,222円 | 0円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |
| タイプB | 480万円 | 180,222円 | 0円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |
| タイプC | 570万円 | 180,222円 | 0円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |
| タイプD | 660万円 | 180,222円 | 0円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |

【月払い方式】

| プラン名称 | 月額 | (内訳) | | | | |
|-------|----------|----------|------|---------|--------|----------|
| 居室タイプ | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| タイプA | 245,222円 | 65,000円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |
| タイプB | 260,222円 | 80,000円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |
| タイプC | 275,222円 | 95,000円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |
| タイプD | 290,222円 | 110,000円 | 0円 | 61,500円 | 5,000円 | 113,722円 |