

重要事項説明書

(兼 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 重要事項説明書)

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日 |
| 記入者名 | 渡辺 智子 |
| 所属・職名 | 管理者 |

※ 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 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃう あていー 株式会社ヴァティー | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒105-0004 東京都港区新橋三丁目11番1号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6435-6116 |
| | FAX番号 | 03-3433-5351 |
| | ホームページアドレス | http://www.vati.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 佐藤 明 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14 年 1 月 18 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) ふるさとほ一むおけがわ ふるさとホーム桶川 | | |
| 所在地 | 〒363 - 0026 さいたまけん おけがわし かみひでや 埼玉県桶川市上日出谷 977 番地 1 | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 高崎線 桶川駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | JR 高崎線 桶川駅より車で 17 分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048 - 789 - 3600 | |
| | FAX番号 | 048 - 789 - 3601 | |
| | ホームページアドレス | http://www.vati.co.jp | |
| 管理者 | 氏名 | 渡辺 智子 | |
| | 職名 | 管理者 | |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 | 26年 2月 28日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 | 26年 4月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------|--|
| 1 | 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 | 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 | 住宅型 | | |
| 4 | 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 第 1175200813 号 | |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 | |
| | 事業所の指定日 | 平成 26 年 4 月 1 日 | |
| | 指定の更新日 (直近) | | |

3. 建物概要

| | | | |
|--------------|------|-----------------------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 1447.72 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 | 2082.52 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2082.52 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| 契約期間 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2014年4月1日～2044年3月31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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | 【表示事項】 | 最少 | | 人部屋 | | |
| | | 最大 | | 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.15～ 19.99 m ² | 56 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| タイプ7 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | | |
| タイプ8 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | | |
| タイプ9 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 1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 | 1ヶ所 | | |

| | | | | | |
|----------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----|
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 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 | 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 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | スプリンクラー | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防火管理者 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防災計画 | 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 | 利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション、又は手仕事をしながら過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 第二の家族としてホスピタリティーにあふれる介護 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | 2 | なし | |
| | 看取り介護加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 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 | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (I)ロ | 1 | あり | 2 | なし |
| (II) | | 1 | あり | 2 | なし | |
| (III) | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 () | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 藤田診療所 | |
| | | 住所 | 比企郡川島町大字下井草 155 - 14 | |
| | | 診療科目 | 内科 | |
| | | 協力内容 | 月 2 回の往診、緊急時の対応 | |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団 埼玉県央病院 | |
| | | 住所 | 埼玉県桶川市坂田 1726 番地 | |
| | | 診療科目 | 内科 | |
| | | 協力内容 | 心療及び入院の協力 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 上尾コスモス歯科 | | |
| | 住所 | 埼玉県上尾市二ツ宮 955 - 1 | | |
| | 協力内容 | 定期的な往診 | | |

(入居に関する要件)

| | | | | | |
|--------------------|--|----|----|---|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 要介護の者 | 1 | あり | 2 | なし |
| 留意事項 | | | | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書 第 28 条による | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | | | | |
| | 解約予告期間 | ヶ月 | | | |
| 入居者からの解約予告期間 | | | | | 1 ヶ月 |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊 5,000円 (税別) 【食費別】) <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 入居定員 | | | | | 56 人 |
| その他 | | | | | |

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 | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 21 | 10 | 11 | 15.2 |
| 看護職員 | 6 | 2 | 4 | 3.7 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | 0.5 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 調理員 | 3 | 2 | 1 | 2.3 |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 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 | 4 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 13 | 5 |
| 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 |
| 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 (16時～ 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 | 1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 checked="" 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) | 3 : 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 介護福祉士、介護支援専門員 | | | | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | 1 |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 3 | 3 | 4 | | | | | | 1 |
| 応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | 2 | 2 | 2 | 3 | | | | | 1 |
| | 1年以上 | | | 3 | 5 | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | 1 | 5 | 3 | | | | 1 | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | 1 | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金 の改定 | 条件 手続き | 詳細は「利用契約書第 27 条」等を参照してください |

(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 | | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.15～19.99 m ² | m ² | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 円 | |
| | 敷金 | 0 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 140,000 円 | 円 | |
| 家賃 | | 50,000 円 | 円 | |
| サービス 費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | －円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 45,000 円(税別) | 円 |
| | | 管理費 | 45,000 円(税別) | 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 円 |
| その他 | －円 | 円 | | |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 居室及び共用施設等の家賃相当額の一部 |
| 敷金 | 無 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 |
| 管理費 | 【45,000円（税別）】共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費及び事務費並びに各種相談等に要する費用に充当し、本価格に水道光熱費を含みます。 |
| 食費 | 日額1,500円（税別）（朝食300円、昼食550円、夕食650円） 日単位での清算 ※ご飯については大盛にすることも可能です。 その場合は別途50円（税別） ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途日額100円（税別） |
| 光熱水費 | 管理費に含む テレビ、ラジカセ、充電器類、備え付けてあるもの以外の電化製品を使用する場合、1点につき日額50円を請求させていただきます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 原則的には「都度払い」となります。月にまとめて支払うことも可能です。詳しくは、重要事項説明書添付の別添2をご確認ください。 |
| その他のサービス利用料 | |

(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 | 介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額 |
| 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） | 無 |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

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 | 21人 |
| | 女性 | 35人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 3人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 12人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 17人 |
| | 85歳以上 | 24人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援 1 | 0人 |
| | 要支援 2 | 0人 |
| | 要介護 1 | 7人 |
| | 要介護 2 | 10人 |
| | 要介護 3 | 11人 |
| | 要介護 4 | 17人 |
| | 要介護 5 | 11人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 12人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 7人 |
| | 1年以上 5年未満 | 37人 |
| | 5年以上 10年未満 | 0人 |
| | 10年以上 15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|--------|
| 平均年齢 | 80.75歳 |
| 入居者数の合計 | 56人 |
| 入居率※ | 100% |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 3人 |
| | 医療機関 | 9人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 4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 | ふるさとホーム桶川 | |
| 電話番号 | 048 - 789 - 3600 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 18 : 00 |
| | 土曜 | 9 : 00 ~ 18 : 00 |
| | 日曜・祝日 | 9 : 00 ~ 18 : 00 |
| 定休日 | 無し | |

| | | |
|----------|------------------|-------------------|
| 窓口の名称 | 株式会社ヴァティアー 介護事業部 | |
| 電話番号 | 03 - 6435 - 6116 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 18 : 00 |
| | 土曜 | 11 : 00 ~ 17 : 00 |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 日曜、祝日、年末年始 | |

| | | |
|----------|------------------|------------------|
| 窓口の名称 | 桶川市 高齢介護課 | |
| 電話番号 | 048 - 786 - 3211 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 : 30 ~ 17 : 15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 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 介護保険課 苦情対応係 | |
| 電話番号 | 048 - 824 - 2568 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 : 30～17 : 00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日 | |

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| | 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) 誠意を持って対応します。 |
| | 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 | 平成 27 年 6 月 |
| | | 結果の開示 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 |

| | |
|---------|---|
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" 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 1 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" 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 2 なし 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 | 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 | 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 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（別に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）
別添3（介護サービス等の一覧表）
別添4（おむつ価格表）

※ _____ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

※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。

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 | ケアステーションあさひ深谷 ケアステーションあさひ本庄 ケアステーションあさひ深谷第 式 ケアステーションあさひ熊谷 ケアステーションあさひ羽生 ケアステーションあさひ妻沼 ケアステーションあさひ熊谷船 木台 ケアステーションあさひ行田 ケアステーションあさひ神川 ケアステーションあさひ行田第 式 | 深谷市宿根1499-3 本庄市見福3丁目2-22 深谷市国済寺字西曲輪602-1 熊谷市中西4丁目20番45号 羽生市東2丁目6番4号 熊谷市上根119-1 熊谷市船木台3丁目1番18 行田市持田2539-1 児玉郡神川町大字元阿保911番1 行田市藤原町2-22-3 |
| 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 | あんしんホーム草加 あんしんホーム浦和芝原 あんしんホーム上尾 あんしんホーム白岡 あんしんホーム小川 あんしんホーム川口 ふるさとホーム八潮 ふるさとホーム鶴ヶ島 ふるさとホーム寄居 ふるさとホーム狭山 ふるさとホーム朝霞 ふるさとホーム坂戸 ふるさとホーム長瀬 ふるさとホーム鶴ヶ島三ツ木 ふるさとホーム嵐山 ふるさとホーム小川大塚 ふるさとホーム毛呂山 ふるさとホーム吉見 ふるさとホーム美里 あんしんホーム東松山 ふるさとホームときがわ ふるさとホーム日高 ふるさとホーム鴻巣 ふるさとホーム岩槻 ふるさとホーム川越 ふるさとホーム武里 ふるさとホーム東鷲宮 | 草加市谷塚1丁目22番17号 さいたま市緑区芝原3丁目14-1 上尾市上尾下716-1 白岡市小久喜字神辺847番1 比企郡小川町大字木部中内出176 番1 川口市江戸袋1丁目4番20号 八潮市大字南川崎132-2 鶴ヶ島市大字脚折1441-12 大里郡寄居町大字用土字東楠挽 3732-3 狭山市大字笹井682番地の1 朝霞市根岸台7丁目42番18号坂戸 市につきさい花みず木5丁目25番1 秩父郡皆野町金崎75-7 鶴ヶ島市大字三ツ木字宮内353番 2 比企郡嵐山町大字菅谷72-5 比企郡小川町大塚1042番1 入間郡毛呂山町西大久保879番 比企郡吉見町久保田1489番1 児玉郡美里町駒衣605-1 東松山市上唐子1498番3 比企郡ときがわ町五明342番1 日高市高萩1126-1 鴻巣市松原2丁目2番28号 さいたま市岩槻区本丸3丁目19番 33号 川越市南大塚3丁目14-7 春日部市大畑116番地1 久喜市西大輪207-5 |
| 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 | ケアプランあさひ | 熊谷市中西四丁目20番45号 |

<居宅介護予防サービス>

| | | | | |
|-----------------|----|----|--|--|
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | あんしんホーム草加 あんしんホーム浦和芝原 あんしんホーム上尾 あんしんホーム白岡 あんしんホーム小川 あんしんホーム川口 ふるさとホーム八潮 ふるさとホーム鶴ヶ島 ふるさとホーム寄居 ふるさとホーム狭山 ふるさとホーム朝霞 ふるさとホーム坂戸 ふるさとホーム長瀨 ふるさとホーム鶴ヶ島三ツ木 ふるさとホーム嵐山 ふるさとホーム小川大塚 ふるさとホーム毛呂山 ふるさとホーム吉見 ふるさとホーム美里 あんしんホーム東松山 ふるさとホームときがわ ふるさとホーム日高 ふるさとホーム岩槻 ふるさとホーム川越 ふるさとホーム武里 ふるさとホーム東鷲宮 | 草加市谷塚1丁目22番17号 さいたま市緑区芝原3丁目14-1 上尾市上尾下716-1 白岡市小久喜字神辺847番1 比企郡小川町大字木部中内出176番1 川口市江戸袋1丁目4番20号 八潮市大字南川崎132-2 鶴ヶ島市大字脚折1441-12 大里郡寄居町大字用土字東櫛挽3732-3 狭山市大字笹井682番地の1 朝霞市根岸台7丁目42番18号坂戸市につさい花みず木5丁目25番1 秩父郡皆野町金崎75-7 鶴ヶ島市大字三ツ木字宮内353番2 比企郡嵐山町大字菅谷72-5 比企郡小川町大塚1042番1 入間郡毛呂山町西大久保879番 比企郡吉見町久保田1489番1 児玉郡美里町駒衣605-1 東松山市上唐子1498番3 比企郡ときがわ町五明342番1 日高市高萩1126-1 さいたま市岩槻区本丸3丁目19番33号 川越市南大塚3丁目14-7 春日部市大畑116番地1 久喜市西大輪207-5 |
| 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 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含*2 | 都度*2 | 料金*3 | 備考 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|------|------|------|-------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担*1） | なし | | | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | | | | |
| おむつ代 | | | | ○ | | おむつ価格一覧表による |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | | | | |
| 特浴介助 | あり | なし | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | | | | |
| 機能訓練 | あり | なし | | | | |
| 通院介助 | あり | なし | | | | サービス計画による |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | | | | |
| リネン交換 | あり | なし | | | | |
| 日常の洗濯 | あり | なし | | | | |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | | ○ | | 詳細は添付3による |
| おやつ | | | | ○ | | 食費を含む |
| 理美容師による理美容サービス | | | | ○ | | 利用内容による |
| 買い物代行 | あり | なし | | ○ | | |
| 役所手続き代行 | あり | なし | | ○ | | |
| 金銭・貯金管理 | | | | ○ | | 詳細は添付3による |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | | ○ | | |
| 健康相談 | あり | なし | | ○ | | |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | | ○ | | |
| 服薬支援 | あり | なし | | ○ | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | なし | | ○ | | 詳細は添付3による |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 移送サービス | あり | なし | | | | |
| 入退院時の同行 | あり | なし | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | | ○ | | 詳細は添付3による |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | なし | | ○ | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。
 ※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に、いずれかの欄に○を記入する。
 ※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別添3 介護サービス等の一覧表 (1/2) (要支援1～2、要介護1～5)

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご利用者の意思を確認し、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目安です。それぞれのご利用者の状況に応じて、変更される場合があります。
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護費）より、介護サービスが提供されます。
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービスを提供させていただきます。

| 要介護区分 | 要支援1～2、要介護1～5 | |
|---|--|--|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | |
| | 特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス | 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～翌 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 | |
| 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 | 実費 ※「おむつ価格表」参照 |
| 入浴 一般浴介助 特浴介助 清拭 | 週2回（希望で3回対応可） 週2回 未入浴時 | 週4回以上 1,000円（税別）／ 回 ※1 週3回以上 1,500円（税別）／ 回 ※1 |
| 身体介助 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 | |
| 機能訓練 | 「サービス計画」による | |
| 通院の介助 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時（60分以内無料） | 60分以上 500円（税別）/30分 |
| 緊急時対応 ナースコール | 24時間対応 | |
| <生活サービス> | | |
| 家事 清掃 洗濯 リネン交換 | 週3回以上及び必要時 週2回以上及び必要時 週1回以上及び必要時 | |

介護サービス等の一覧表 (2/2) (要支援1~2、要介護1~5)

| 要介護区分 | 要支援1~2、要介護1~5 | |
|--|--------------------------------|---|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | |
| | 特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 食事 一般食・介護食 嗜好に応じた特別な食事 治療食 流動食 | | 1,500円(税別)/日 (朝食300円、昼食550円、夕食650円) 日単位での精算 ※ご飯については大盛にすることも可能です。その場合は別途50円(税別) ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途100円(税別)/日 1,000円(税別)~/食 加算 ※2 1,500円(税別)/日 1,500円(税別)/日 |
| 居室配膳・下膳 | 必要時 | |
| 理美容 | | 実費 |
| 代行 買い物 役所手続き 薬取りサービス | 週2回 月2回(市内) 必要時(60分以内無料) | 指定日以外500円(税別)/30分 指定日以外、市外500円(税別)/30分 60分以上500円(税別)/30分 |
| 金銭・預貯金管理 | | 原則として実施しない。※3 |
| <健康管理サービス> | | |
| 健康診断 | | 実費 |
| 健康相談 | 必要に応じて随時 | |
| 生活指導 | 必要に応じて随時 | |
| <入院時のサービス> | | |
| 医療費 | | 実費 |
| 移送サービス(ドライバー) 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時(60分以内無料) | 60分以上500円(税別)/30分 |
| 入退院時の同行 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時(60分以内無料) | 60分以上500円(税別)/30分 |
| 入院中のお見舞い訪問 | 必要に応じ実施 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時(60分以内無料) | 60分以上500円(税別)/30分 |
| <その他のサービス> | | |
| レクリエーション | 週5回 | ※4 材料費実費負担の場合あり |
| イベント | 月1回 | ※4 材料費実費負担の場合あり |
| 身元引受人への連絡 | 必要時 | |

※1: 介護上必要な場合以外の4回以上の一般浴介助、3回以上の特浴介助は、特定施設入居者生活介護費に含まれません。
 ※2: 食事時間を変更していただく必要があります。※3: ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。※4: 材料費や外出先の入館料等を実費負担していただく場合があります。ご希望により、サービスを選択できます。

介護サービス等の一覧表 (1/2) (自立)

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご利用者の意思を確認し、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目安です。それぞれのご利用者の状況に応じて、変更される場合があります。
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護費）より、介護サービスが提供されます。
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービスを提供させていただきます。

| 要介護区分 | 自立 | |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | |
| | 月額利用料に含むサービス | 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～翌 9:00 | 20:00、00:00、03:00 | |
| 食事介助 | 食堂での見守り | 介助 1回 1,000円（税別） |
| 排泄 | | |
| 排泄介助 | — | 1日 3,000円（税別） |
| おむつ交換 | — | 1日 5,000円（税別） |
| おむつ代 | | 実費 ※「おむつ価格表」参照 |
| 入浴 | | |
| 一般浴介助 | — | 1回 1,000円（税別） |
| 特浴介助 | — | 1回 1,500円（税別） |
| 清拭 | — | 1回 1,000円（税別） |
| 身体介助 | | |
| 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 | — | |
| 機能訓練 | — | |
| 通院の介助 | | |
| 協力医療機関 | — | 500円（税別）/30分 |
| 協力医療機関以外 | — | 500円（税別）/30分 |
| 緊急時対応 | | |
| ナースコール | 24時間対応 | |
| <生活サービス> | | |
| 家事 | | |
| 清掃 | 週1回以上及び必要時 | |
| 洗濯 | — | |
| リネン交換 | 週1回以上及び必要時 | |

介護サービス等の一覧表 (2/2) (自立)

| 要介護区分 | 自立 | |
|--|--------------|--|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | |
| | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 食事 一般食・介護食 嗜好に応じた特別な食事 治療食 流動食 | | 1,500円(税別)/日 (朝食300円、昼食550円、夕食650円)日単位での精算 ※ご飯については大盛にすることも可能です。その場合は別途50円(税別) ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途100円(税別)/日 1,000円(税別)~/食 加算※2 1,500円(税別)/日 1,500円(税別)/日 |
| 居室配膳・下膳 | 必要時 | |
| 理美容 | | 実費 |
| 代行 買い物 役所手続き 薬取りサービス | — — — | 500円(税別)/30分 500円(税別)/30分 500円(税別)/30分 |
| 金銭・預貯金管理 | | 原則として実施しない。※2 |
| <健康管理サービス> | | |
| 健康診断 | | 実費 |
| 健康相談 | 必要に応じて随時 | |
| 生活指導 | 必要に応じて随時 | |
| <入院時のサービス> | | |
| 医療費 | | 実費 |
| 移送サービス(ドライバー) 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時 | 500円(税別)/30分 |
| 入退院時の同行 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時 | 500円(税別)/30分 |
| 入院中のお見舞い訪問 | 必要に応じ実施 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 協力医療機関 協力医療機関以外 | 必要時 必要時 | 500円(税別)/30分 |
| <その他のサービス> | | |
| レクリエーション | 週5回 | ※3 材料費実費負担の場合あり |
| イベント | 月1回 | ※3 材料費実費負担の場合あり |
| 身元引受人への連絡 | 必要時 | |

※1：食事時間を変更していただく必要があります。

※2：ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。

※3：材料費や外出先の入館料等を実費負担していただく場合があります。ご希望により、サービスを選択できます。

おむつ価格表（施設内での使用に限ります）

| 商品名 | 枚数単価 |
|-------------------------|------|
| 1 リハビリパンツ S | 90 |
| 2 リハビリパンツ M | 95 |
| 3 リハビリパンツ L | 105 |
| 4 リハビリパンツ LL | 110 |
| 5 おむつ S | 95 |
| 6 おむつ M | 100 |
| 7 おむつ L | 115 |
| 8 尿取りパッドスーパー | 35 |
| 9 パッド（パンツ用） | 40 |
| 10 尿取りパッド長時間用 | 50 |
| 11 パッド（スーパーワイド ワイドパッドα） | 60 |
| 12 パッド（夜用 ナイトロング） | 70 |
| 13 サルバ吸水シート | 60 |

※1袋単位の販売になります。

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

テープ止めオムツ、リハビリパンツ 1枚あたり 25円、 パット類 1枚あたり 20円

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。