

## 重要事項説明書

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 記入年月日 | 2024年7月1日         |
| 記入者   | 理事長 錦織 靖          |
| 所属・職名 | 介護付有料老人ホームこでの樹設置者 |

※ 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5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5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. 設置者概要

|            |                                 |                                   |
|------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 種類         | 個人/法人                           |                                   |
|            | ※法人の場合、その種類                     | 医療法人社団                            |
| 名称         | (ふりがな)                          | いりょうほうじんしゃだんあいようかい<br>医療法人社団愛陽会   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒997-1301 山形県東田川郡三川町大字横山字堤 39 番 |                                   |
| 連絡先        | 電話番号                            | 0235-68-0150                      |
|            | FAX番号                           | 0235-68-0171                      |
|            | ホームページアドレス                      | http://www.aiyoukai-mikawahp.com/ |
| 代表者        | 氏名                              | 錦織 靖                              |
|            | 職名                              | 理事長                               |
| 設立年月日      | 昭和・平成 15年 2月 26日                |                                   |
| 主な実施事業     | ※別添1（別を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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む こでのき<br>介護付有料老人ホーム こでの樹 |   |
| 所在地      | 〒997-1301 山形県東田川郡三川町大字横山字堤 38 番 1                |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅  | J R 鶴岡駅・庄内空港  |
|          | 交通手段と<br>所要時間                                    | ① バス利用の場合<br>・鶴岡駅より乗車、酒田方面三川中学校前バス停で下車、<br>徒歩3分<br>② 航空機利用の場合 |

|               |        |                  |
|---------------|--------|------------------|
|               |        | ・庄内空港より車で15分     |
| 連絡先           | 電話番号   | 0235-33-8232     |
|               | FAX番号  | 0235-66-3861     |
|               | HPアドレス | http://          |
| 管理者           | 氏名     | 黒田 真喜            |
|               | 職名     | 施設長              |
| 建物の竣工日        |        | 昭和・平成 30年 3月 31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |        | 昭和・平成 30年 4月 16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                        | 0673000808   |
|             | 指定した自治体名                         | 山形県          |
|             | 事業所の指定日                          | 平成30年 4月 12日 |
|             | 指定の更新日（直近）                       | 2030年 4月 11日 |

**3. 建物概要**

|         |           |                        |                                 |
|---------|-----------|------------------------|---------------------------------|
| 土地      | 敷地面積      | 3195.56 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                 | 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                     | 1314.85 m <sup>2</sup>          |
|         |           | うち、老人ホーム部分             | 1314.85 m <sup>2</sup>          |
|         | 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                   |                                 |

|  |                  |  |                 |                      |       |        |
|--|------------------|--|-----------------|----------------------|-------|--------|
|  |                  |  | ( 年 月 日～ 年 月 日) |                      |       |        |
|  |                  |  | 2 なし            |                      |       |        |
|  |                  | 契約の自動更新  | 1 あり 2 なし       |                      |       |        |
| 居室の<br>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※    |
|  | タイプ1             | 有/無  | 有/無             | 14.10 m <sup>2</sup> | 30 室  | 一般居室個室 |
|  | タイプ2             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ3             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ4             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ5             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ6             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ7             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ8             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ9   | 有/無              | 有/無  | m <sup>2</sup>  |                      |       |        |
| タイプ10  | 有/無              | 有/無  | m <sup>2</sup>  |                      |       |        |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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   | 6ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房  | 4ヶ所                  |       |        |
|  |                  |  | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2ヶ所                  |       |        |
|  | 共用浴室             | 1ヶ所  | 個室              | ヶ所                   |       |        |
|  |                  |  | 大浴場             | 1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 あり 2 なし  |                 |                      |       |        |
|  | 一時介護室            | 1 あり 2 なし  |                 |                      |       |        |
|  | 入居者や家族が利用できる調理施設 | 1 あり 2 なし  |                 |                      |       |        |
|  | エレベーター           | 1 あり (車椅子対応)<br>2 あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |                 |                      |       |        |
| 消防用<br>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                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|     | 防災計画                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| その他 | 機能訓練室（食堂・リビング兼用） 約 125.88 m <sup>2</sup> |                                       |    |   |    |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |   |      |   |    |      |
|-----------------|---|------|---|----|------|
| 運営に関する方針        | 利用者の要介護状態等の軽減・悪化の防止に質するよう目標を設定し、日常生活に必要な支援を行います。        |      |   |    |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 三川病院を主とした医療機関との連携により、認知症のかたの受け入れを積極的に行い、権利擁護に力を入れていきます。 |      |   |    |      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input checked="" type="checkbox"/> 1                   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 なし |
| 食事の提供           | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1                   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与         | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1                   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | <input checked="" 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提供体制の有無 | 個別機能訓練加算                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり                                    | 2  | なし                                    |    |
|                                  | 夜間看護体制加算                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり                                    | 2  | なし                                    |    |
|                                  | 協力医療機関連携加算               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり                                    | 2  | なし                                    |    |
|                                  | 高齢者施設等感染対策向上加算           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり                                    | 2  | なし                                    |    |
|                                  | 看取り介護加算                  | (I)                                   | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                  |                          | (II)                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                  | 認知症専門ケア加算                | (I)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 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)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                  |                          | (II)                                  | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                  |                          | (III)                                 | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                  | 入居継続支援加算                 | (I)                                   | 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             | (介護・看護職員の配置率)<br>2.5 : 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり                                    | 2  | なし                                    |    |
| 職員の処遇改善の為の加算の実施の有無               | 介護職員処遇改善加算               | (I)                                   | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                  |                          | (II)                                  | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                  |                          | (III)                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                  |                          | (IV)                                  | 1                                     | あり | <input checked="" 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                 |   |
|                |   | <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い               |   |
|                |   | <input type="checkbox"/> 3 通院介助                   |   |
|                |   | <input type="checkbox"/> 4 その他 (入院中の見舞い、身の回りの世話 ) |   |
| 協力医療機関         | 1 | 名称  | 医療法人社団愛陽会 三川病院                              |
|                |   | 住所  | 山形県東田川郡三川町大字横山字堤 39 番                       |
|                |   | 診療科目  | 精神科・心療内科・内科                                 |
|                |   | 協力内容  | 訪問診療、年 2 回の健康診断実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。) |
|                | 2 | 名称  |   |
|                |   | 住所  |   |
|                |   | 診療科目  |   |
|                |   | 協力内容  |   |
| 協力歯科医療機関       |   | 名称  | 毛呂歯科医院                                      |
|                |   | 住所  | 山形県鶴岡市泉町 8-14                               |
|                |   | 協力内容  | 訪問診療、歯科診療、歯科相談等。                            |

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

|                          |        |  |
|--------------------------|--------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※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                                   |
|                          |        | <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (酸素投与や吸引処置等を要する場合)           |
| 判断基準の内容                  |        | 医学的判断  |
| 手続きの内容                   |        | 主治医の意見と家族の同意   |
| 追加的費用の有無                 |        | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 居室利用権の取扱い                |        | 住み替え前の居室の利用権を、本人の同意を得て住み替え後の居室の利用権に変更します。                              |
| 前払金償却の調整の有無              |        | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 便所の変更  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 台所の変更  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | その他の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容)                                   |
|                          |        | <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         | 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           | 本人が死亡した時。正当な理由により事業者から契約解除の通告をした時。入居者から申し入れがあった時。 |              |      |
| 事業主体から解約を求める<br>場合 | 解約条項  | 入居契約書第5章第29条 |      |
|                    | 解約予告期間  | 90日          |      |
| 入居者からの解約予告期間       | 30日   |              |      |
| 体験入居の内容            | 1 あり (内容: 2泊3日まで可能)<br>2 なし                       |              |      |
| 入居定員               | 30人   |              |      |
| その他                | 身元引受人を要する。  |              |      |

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の必要はありません)。

(職種別の職員数)

|  | 職員数 (実人数) |    |     | 常勤換算人数 <sup>※1</sup><br>※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------------------|
|  | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                            |
| 管理者  | 1         | 1  |     | 0.3                        |
| 生活相談員  | 1         | 1  |     | 1                          |
| 直接処遇職員   | 19        | 16 | 3   | 17.58                      |
| 介護職員   | 9         | 7  | 2   | 8.54                       |
| 看護職員   | 10        | 9  | 1   | 9.4                        |
| 機能訓練指導員  | 1         | 1  |     | 1                          |
| 計画作成担当者  | 1         | 1  |     | 1                          |
| 栄養士  |           |    |     |                            |
| 調理員  |           |    |     |                            |
| 事務員  | 1         |    | 1   | 0.7                        |
| その他職員  |           |    |     |                            |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>   |           |    |     |                            |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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     | 7  | 5  | 2   |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 2  |     |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  |     |

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 8  | 8  |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       | 1  | 1  |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復師       |    |    |     |
| 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～ 9 時) |       |                 |
|-----------------------|-------|-----------------|
|                       | 平均人数  | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                  | 1.6 人 | 1 人             |
| 介護職員                  | 1.4 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 <sup>※</sup><br>【表示事項】  | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c <u>2.5 : 1</u> 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) | 2.5 : 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 | 看護師       |     |           |     |         |     |         |     |
|                          |          | 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              | 0        |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に<br>応じた職員の人数 | 1年未満     |        |           | 1   |           |     |         |     | 1       |     |
|                          | 1年以上     |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満     |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上     |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
|                          | 5年未満     |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上     | 5      | 1         | 1   | 1         | 1   |         |     |         |     |
|                          | 10年未満    |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 10年以上                    | 4        |        | 6         |     |           |     | 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<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  |   |
|                            | 2 一部前払い・一部月払い方式                                    |   |
|                            | 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利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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  |   |



(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3                             |                   |
|   | 年齢                  | 80歳                              | 80歳                              |                   |
| 居室の状況   | 床面積                 | 14.1 m <sup>2</sup>              | 14.1 m <sup>2</sup>              |                   |
|   | 便所                  | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 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                 | 円                                | 円                                |                   |
|   | 敷金                  | 39,000円                          | 39,000円                          |                   |
| 月額費用の合計   |                     | 121,600円                         | 123,800円                         |                   |
| 家賃  |                     | 39,000円                          | 39,000円                          |                   |
| サービス費用  | 介護保険外※ <sub>2</sub> | 特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用    | 20,400円<br>(要介護2)                | 22,600円<br>(要介護3) |
|   |                     | 食費(税別)(通常食の場合)※ <sub>3</sub>     | 43,200円                          | 43,200円           |
|   | 管理費(税別)             | 19,000円                          | 19,000円                          |                   |
|   | 介護費用                | 0円                               | 0円                               |                   |
|   | 光熱水費                | 別途                               | 別途                               |                   |
| その他   |                     | 円                                | 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> <p>※3 通常食とは、常食、粥食、キザミ食になります。その他の、ソフト食、ミキサー食、特別治療食、経管栄養剤及び、医師の指示により栄養補助食品(牛乳、ヤクルト類も含む)をプラスした場合は治療食となります。</p> |                     |                                  |                                  |                   |

(利用料金の算定根拠)

| 費用                   | 算定根拠   |
|----------------------|--|
| 家賃                   | 建築工事額、設備備品費、借入利息、等を基礎とし、1室あたりの家賃を算出した。         |
| 敷金                   | 家賃の1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。管理費に含む                    |
| 管理費                  | 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費                    |
| 食費                   | 通常食の場合：480円/1食×3食×30日<br>治療食の場合：580円/1食×3食×30日 |
| 光熱水費                 | 電気料は1kwhあたり34円とし、個室に設置のメーターの使用量に応じて算出。         |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 重要事項説明書のとおり                                    |
| 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**

| 費用   | 算定根拠                           |
|--|--------------------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       | 介護保険サービス 1 割、2 割、3 割負担で 30 日計算 |
| 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(上乗せサービス) | 手厚い人員配置の看護師、介護福祉士の人件費より算出。     |
| 職員の処遇改善の為の負担(介護職員処遇改善加算Ⅱ)                  | 介護職員の安定的な処遇改善を図るために算出          |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |                                |

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| 算定根拠                                |                   |
| 想定居住期間(償却年月数)                       | ヶ月                |
| 償却の開始日                              | 入居日               |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額) | 円                 |
| 初期償却率                               | %                 |
| 返還金の算定方法                            | 入居後 3 月以内の契約終了    |
|                                     | 入居後 3 月を超えた契約終了   |
| 前払金の保全先                             | 1 連帯保証を行う銀行等の名称   |
|                                     | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |
|                                     | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |
|                                     | 4 全国有料老人ホーム協会     |
|                                     | 5 その他(名称: )       |

**7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】**

**(入居者の人数)**

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 6 人  |
|       | 女性            | 24 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 4 人  |
|       | 85 歳以上        | 23 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 1 人  |
|       | 要支援 2         | 0 人  |
|       | 要介護 1         | 3 人  |
|       | 要介護 2         | 6 人  |
|       | 要介護 3         | 7 人  |

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
|       | 要介護 4         | 6 人  |
|       | 要介護 5         | 8 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 6 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 1 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 14 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 9 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  | 86.8 歳 |
| 入居者数の合計   | 30 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      | 0 人               |
|         | 社会福祉施設   | 1 人               |
|         | 医療機関     | 1 人               |
|         | 死亡者      | 3 人               |
|         | その他      | 0 人               |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0 人               |
|         | (解約事由の例) |                   |
|         | 入居者側の申し出 | 2 人               |
|         | (解約事由の例) | 入院のため。他施設への入所のため。 |

## 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    |       | 介護付有料老人ホームこでらの樹 |
| 電話番号     |       | 0235-33-8232    |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~16:00      |
|          | 土曜    | 9:00~12:00      |
|          | 日曜・祝日 | 無               |
| 定休日      |       |                 |

**(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)<br>賠償責任保険        |
|                               | 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)<br>事故対応マニュアルに基づく |
|                               | 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    | 入居時          |
|  |  | 結果の開示  | 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 | 1 入居希望者に公開<br><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><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<br>2 入居希望者に交付<br><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<br>2 入居希望者に交付<br><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 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<br>【表示事項】   | <input type="checkbox"/> 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<br>時の老人福祉法第 29<br>条第 1 項に規定する<br>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<br>確保に関する法律第<br>5 条第 1 項に規定す<br>るサービス付き高齢<br>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<br>運営指導指針「5. 規<br>模及び構造設備」に合<br>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<br>ある場合の内容   |  |              |
| 「6. 既存建築物等<br>の活用の場合等の<br>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 適合してない |              |
| 有料老人ホーム設置<br>運営指導指針の不適合事項                                       |  |              |
| 不適合事項がある<br>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)

### 1 1. 重要事項説明の年月日

|                 |       |
|-----------------|-------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

上記内容について、本書面にもとづいて重要な事項の説明を行いました。

|     |       |                        |
|-----|-------|------------------------|
| 事業者 | 所在地   | 山形県東田川郡三川町大字横山字堤 3 9 番 |
|     | 法人名   | 医療法人社団愛陽会              |
|     | 代表者名  | 理事長 錦織 靖 印             |
|     | 事業所名  | 介護付有料老人ホームこでの樹         |
|     | 説明者氏名 | 印                      |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|     |    |          |
|-----|----|----------|
| 代理人 | 住所 |          |
|     | 氏名 | 続柄 ( ) 印 |

### 別添 1 事業主体が山形県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 | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 訪問入浴介護      | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 訪問看護        | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 居宅療養管理指導    | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 通所介護        | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 短期入所生活介護    | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |
| 短期入所療養介護    | あり | <input type="checkbox"/> なし |        |     |

|                      |                                     |                          |                 |                   |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|
| 特定施設入居者介護            | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 介護付有料老人ホームこでらの樹 | 東田川郡三川町大字横山字堤38番1 |
| 福祉用具貸与               | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 特定福祉用具販売             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| ＜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                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 夜間対応型訪問介護            | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 認知症対応型通所介護           | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 居宅介護支援               | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 愛陽会指定居宅介護支援事業所  | 東田川郡三川町大字横山字堤39番  |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |                                     |                          |                 |                   |
| 介護予防訪問介護             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防訪問看護             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防通所介護             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 介護付有料老人ホームこでらの樹 | 東田川郡三川町大字横山字堤38番1 |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| ＜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                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護予防支援               | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| ＜介護保険施設＞             |                                     |                          |                 |                   |
| 介護老人福祉施設             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護老人保健施設             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |                 |                   |
| 介護療養型医療施設            | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 三川病院介護医療院       | 東田川郡三川町大字横山字堤39番  |

## 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 |  |    |                            |                  |                  | なし       | あり                                       |
|----------------------------------|--|----|----------------------------|------------------|------------------|----------|--|
|                                  | 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 <sup>*1</sup> ） |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |                  |                  | 備考       |  |
|                                  |  |    | 包含 <sup>*2</sup>           | 都度 <sup>*2</sup> | 料金 <sup>*3</sup> |          |  |
| 介護サービス                           |  |    |                            |                  |                  |          |  |
| 食事介助                             | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| おむつ代                             |  |    | なし                         | あり               | ○                | 別紙1      | 院内売店での購入が可能です。                           |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 特浴介助                             | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 機能訓練                             | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 通院介助                             | なし   | あり | なし                         | あり               | ○                | 500円/30分 | タクシー代、駐車料金代、ガソリン代別。介助費用は滞在時間で計算する。（消費税別） |
| 生活サービス                           |  |    |                            |                  |                  |          |  |
| 居室清掃                             | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| リネン交換                            | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 日常の洗濯                            | なし   | あり | なし                         | あり               |                  | 別紙2      | 実費負担                                     |
| 居室配膳・下膳                          | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |    | なし                         | あり               |                  |          |  |
| おやつ                              |  |    | なし                         | あり               |                  |          |  |
| 理美容師による理美容サービス                   |  |    | なし                         | あり               | ○                | 別紙2      | 実費負担                                     |
| 買い物代行                            | なし   | あり | なし                         | あり               | ○                |          | 4km以内1回400円（消費税別）                        |



|                   |    |    |    |    |  |   |                |  |
|-------------------|----|----|----|----|--|---|----------------|--|
|                   |    |    |    |    |  |   |                | 4 km～10 km以内 1 回 1,000 円 (消費税別)          |
| 役所手続き代行           | なし | あり | なし | あり |  | ○ | +実費            | 司法書士業務に抵触しないことが前提。                       |
| 金銭・貯金管理           |    |    | なし | あり |  | ○ | 1,500<br>円/月   | 原則行わないが、預り金等管理規程に基づき、入所者等の同意により実施する。     |
| 健康管理サービス          |    |    |    |    |  |   |                |  |
| 定期健康診断            |    |    | なし | あり |  | ○ |                | 年 2 回、医師の診断を実費にて行う。                      |
| 健康相談              | なし | あり | なし | あり |  |   |                |  |
| 生活指導・栄養指導         | なし | あり | なし | あり |  |   |                |  |
| 服薬支援              | なし | あり | なし | あり |  |   |                |  |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり |  |   |                |  |
| 入退院時・入院中のサービス     |    |    |    |    |  |   |                |  |
| 入退院時の同行           | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 500 円<br>/30 分 | タクシー代、駐車料金代、ガソリン代別。介助費用は滞在時間で計算する。(消費税別) |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | なし | あり | なし | あり |  |   |                |  |
| 入院中の見舞い訪問         | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 無料             |  |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

(別紙1)

## 売店価格表

| 紙おむつ価格表<br>(業者より直接購入) | 製品名                                      | サイズ  | 枚数     | 1パック価格 | 単価   |
|-----------------------|--|------|--------|--------|------|
|                       | 肌ケア アクティ ふんわりフィット 気持ちいい うす型パンツ           | M-L  | 22     | ¥1,731 | ¥79  |
|                       | 肌ケア アクティ ふんわりフィット 気持ちいい うす型パンツ           | L-LL | 20     | ¥1,731 | ¥87  |
|                       | 肌ケア アクティ 長時間パンツ消臭抗菌プラス                   | M-L  | 16     | ¥1,495 | ¥93  |
|                       | 肌ケア アクティ 長時間パンツ消臭抗菌プラス                   | L-LL | 14     | ¥1,495 | ¥107 |
|                       | アクティ テープ止めベーシックケア                        | S    | 22     | ¥1,960 | ¥98  |
|                       | アクティ テープ止めベーシックケア                        | M    | 20     | ¥1,960 | ¥98  |
|                       | アクティ テープ止めベーシックケア                        | L    | 17     | ¥1,960 | ¥115 |
|                       | アクティ 尿とりパッド300ふっくらフィット                   |      | 30     | ¥591   | ¥20  |
|                       | アクティ 尿とりパッド450ふっくらフィット                   |      | 30     | ¥899   | ¥30  |
|                       | 肌ケア アクティ ふんわりフィット 気持ちいい 紙パンツ用尿とりパッド2回分吸収 |      | 34     | ¥937   | ¥28  |
|                       | 肌ケア アクティ ふんわりフィット 朝までぐっすり 尿とりパッド6回分吸収    |      | 27     | ¥1,609 | ¥60  |
|                       | アクティ ワイドパッド700                           |      | 30     | ¥1,535 | ¥51  |
| アクティ ワイドパッド1000       |  | 30   | ¥2,178 | ¥73    |      |

(消費税込)

|             |          |          |           |      |         |      |     |     |
|-------------|----------|----------|-----------|------|---------|------|-----|-----|
| 私物洗濯価格表(税込) | 内 訳      | 価 格      | 内 訳       | 価 格  | 内 訳     | 価 格  | 内 訳 | 価 格 |
|             | ムートンマット  | ¥367     | セーター・上着   | ¥262 | ブラウス    | ¥157 |     |     |
|             | タオルケット   | ¥293     | トレーナー(上下) | ¥210 | パンツ     | ¥52  |     |     |
|             | 枕カバー     | ¥105     | パジャマ(上下)  | ¥210 | ブラジャー   | ¥52  |     |     |
|             | 肌着 ズボン下  | ¥105     | ズボン・ツナギ   | ¥210 | 靴下      | ¥32  |     |     |
|             | ひざ掛け     | ¥210     | オープンシャツ   | ¥210 | ミトン     | ¥52  |     |     |
|             | バスタオル 腹巻 | ¥105     | ポロシャツ     | ¥188 | フェイスタオル | ¥21  |     |     |
| クッション       | ¥210     | Tシャツ ベスト | ¥157      |      |         |      |     |     |

|               |               |             |                    |             |
|---------------|---------------|-------------|--------------------|-------------|
| 委託理髪店への支払料金   | 内 訳           | 価 格<br>(税込) | 内 訳                | 価 格<br>(税込) |
|               | シャンプー・セット     | ¥1,500      | ヘアダイ               | ¥3,300      |
|               | シャンプー・顔そり・セット | ¥2,000      | ヘアダイ・カット・シャンプー     | ¥3,800      |
|               | 顔そり           | ¥1,500      | ヘアダイ・シャンプー・顔そり     | ¥3,800      |
|               | カット           | ¥2,000      | ヘアダイ・カット・シャンプー・顔そり | ¥4,300      |
|               | カット・シャンプー     | ¥2,300      | パーマ・カット・シャンプー      | ¥4,500      |
|               | カット・顔剃り       | ¥2,500      | パーマ・カット・シャンプー・顔そり  | ¥5,000      |
| カット・シャンプー 顔そり | ¥2,800        |             |                    |             |

|              |                     |        |
|--------------|---------------------|--------|
| ランドリーカード使用洗濯 | 内 訳                 | 価 格    |
|              | ランドリーカード<br>(プリペイド) | ¥3000  |
|              | ランドリー代<br>(税込)      | ¥200/回 |
|              | 乾燥機代(税込)            |        |

|             |                 |      |                                |       |         |   |
|-------------|-----------------|------|--------------------------------|-------|---------|---|
| その他<br>リース等 | 内 訳             | 価 格  | 内 訳                            | 価 格   | 内 訳     | 価 格                                     |
|             | 病衣1日(税込)        | ¥110 | 代行手数料 (買<br>物・事務代行小遣い<br>銭管理等) | ¥50/日 | 付添介助移送料 | 3 kmまで<br>1,220円<br>1 km毎<br>280円加<br>算 |
|             | バスタオル1枚(税<br>込) | ¥52  |                                |       |         |   |
|             |                 |      |                                |       |         |   |