

介護付きホームいこいの森プラス

【介護サービス】重要事項説明書

特定施設入居者生活介護サービス・介護予防特定施設入居者生活介護サービス

<添付書類>

基本理念/看取り介護・重度化対応指針/外出活動等に関する同意書/個人情報使用同意書
(参考資料) 特定施設入居者生活介護月額費用概算

令和7年7月

株式会社スノーフォレスト



SNOW FOREST

介護付きホームいこいの森プラス重要事項説明書

【特定施設入居者生活介護サービス・介護予防特定施設入居者生活介護サービス】

特定施設入居者生活介護サービス・介護予防特定施設入居者生活介護サービス（以下「特定施設サービス」という）「介護付きホームいこいの森プラス（以下「当施設」という）」について、ご利用の前に知っていただきたい内容の説明をいたします。わからないこと、わかりにくいことがあればお問い合わせください。

1. 特定施設サービスを提供する事業者について

事業者名	株式会社スノーフォレスト
代表者	代表取締役 吉井英昭
所在地	高知県高知市旭町二丁目 38 番地 5
連絡先	電話番号 088-825-0860 ファックス番号 088-803-5578 E-Mail: snowforest151@gmail.com

2. 利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の名称等

名称	介護付きホームいこいの森プラス
所在地	高知県高知市旭町 3 丁目 3 番地
連絡先	電話番号 088-856-7012 ファックス番号 088-824-3322
介護保険指定事業者番号	第 3970107680 号
定員	24 名

(2) 事業の目的及び運営方針

目的	要支援状態及び要介護状態にある入居者（以下「入居者」という）に対し、適切な特定施設サービスを提供します。
運営方針	1. 「家庭的な雰囲気」のなかでゆっくり・ゆったり 2. 「尊厳」のある生活 3. 「生きがい」の発見 4. 「身体の安心」「心の安心」 5. 「地域」とのつながり ※詳細は「いこいの森・基本理念」に記載しています。

(3) 職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	従業者及び業務の管理	1 人（専従）
計画作成担当者	特定施設サービス計画の作成	1 人（専従）
生活相談員	入居者およびその家族等からの相談対応及び必要な助言その他の援助	2 人（兼務）

看護職員 介護職員	看護職員：入居者の健康管理・緊急時の対応等 介護職員：介護その他の日常生活上のお世話、食事の提供、生活リハビリ等	看護職員 2 人 介護職員 10 人 (いずれも兼務)
機能訓練指導員	入居者の機能訓練	2 人 (兼務)
調理員	入居者の食事の準備、配膳	4 人

* 研修の機会を設け、従業者の質の向上を図ります。

* 主な勤務時間帯 日勤 (08:30～17:30) 早出 (7:30～16:30) 遅出 (09:30～18:30)
夜勤・明け (16:00～翌日 09:00)

3. サービスの内容

(1) 介護計画の立案

(2) 入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上のお世話、生活リハビリ

(3) 相談援助サービス

4. 利用料金

(1) 介護保険対象料金【1 割負担額を記載 (一定以上の所得者は 2 割又は 3 割負担)】

要 介 護 認 定 区 分	自 己 負 担 (日 額)
要支援 1	183 円
要支援 2	313 円
要介護 1	542 円
要介護 2	609 円
要介護 3	679 円
要介護 4	744 円
要介護 5	813 円

- ☒ 夜間看護体制加算 (Ⅱ) 9 円／日 (要支援者は除く)
- ☐ 協力医療機関連携加算 80 円／月
- ☒ 科学的介護推進体制加算 40 円／月
- ☒ 看取り介護加算 (Ⅱ) 看取り・重度化対応指針に記載 (要支援者は除く)
- ☒ サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 22 円／日
- ☒ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) 1 月の所定単位×12.8%／月

(2) 介護保険対象外の月額利用料金例 (消費税込)

内 容	月 額
食 費 (朝：138 円、昼：556 円、夕：556 円) 1 日 1,250 円×30 日	40,500 円
共 益 費	19,800 円
光 熱 水 費	16,500 円
家 賃	32,000 円

・月途中で入退居した場合には、全ての項目が日割り計算となります。

・食費は実際に提供させて頂いた食数を請求させていただきます。

(3) その他の費用が必要になった時は、その旨を入居者またはご家族等に説明し、同意を得たものに限って請求させていただきます。

- ・私物洗濯
- ・寝具レンタル
- ・個人の日用品や嗜好品

- ・排泄用品
- ・理美容費
- ・その他、急遽必要となった物品等に関しては、事後承諾を得てその金額を請求いたします。

(4) 連帯保証人は、乙と連帯して乙の責務を負担するものとします。なお、連帯保証人の極度額は100万円です。

(5) お支払方法について

毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、請求書到着後30日以内にお支払いください。お支払い頂きますと領収書を発行いたしますが、お支払い方法が口座振替または口座振込みの場合は通帳記入、金融機関支払明細書の控えにて代用させていただき、原則として領収書発行を省略させていただきます。お支払い方法は、現金、銀行振込、口座自動引落（四国銀行またはゆうちょ銀行）の3通りから選べます。（口座自動引落しは、前月分の請求額を翌月27日に引き落とします。残高不足により引き落とせなかった場合は、現金又は銀行振込にてお支払ください）

5. 入居退居にあたっての留意事項

(1) 入居時は以下の点に留意し共同生活を営むこととします。

- イ) 危険行動により、他の入居者に迷惑や悪影響を及ぼさない。
- ロ) 入居者間での人権を尊重し、プライバシーを侵害しない。

(2) 当施設では、入居者及びご家族等に対し、次に掲げる場合は、利用契約を解除・終了することができます。

イ) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ご利用者が他施設または一時的な利用を前提としない介護保険施設等に入所した場合
- ・ご利用者が亡くなられた場合

ロ) その他

共同生活を送ることが困難な場合

入居者様が認知症症状の悪化または精神疾患等により他入居者様または職員等に対して暴力・暴言または著しい迷惑行為等が見られる場合等または常識を超える回数のコールにより、他入居者様への介護が適切に提供できない場合等で当施設にて共同生活を送ることが困難であると社会通念上判断される場合は契約を解除致します。但し新たな入居先として適切な他介護保険施設、病院を紹介する等の適切な措置を速やかに講じるものとし新たな入居先が決定しない間は原則、契約を解除致しませんが、新たな紹介先がご自身やご家族のご都合等により不服がある場合等で新たな入居を拒否される場合（新たな入居先として候補を挙げているが、ご自身のご都合により当施設の退去を拒否される場合）は「退去通知書」の発行後60日をもって契約終了とさせていただきます。

客観的に判断して当施設で安全安心に暮らすことができないと判断された場合

入居者様の健康状態の悪化等により安全安心に当施設にて生活を送ることができないと協力医療機関医師やかかりつけ医または当施設の看護師が判断した場合、または介護拒否等があり適切な支援を行うことができない場合は契約を解除致します。但し新たな入居先として適切な他介護保険施設、病院を紹介する等の適切な措置を速やかに講じるものとし新たな入居先が決定しない間は原則、契約を解除致しませんが、新たな紹介先がご自身やご家族のご都合等により不服がある場合等で新たな入居を拒否される場合（新たな入居先として候補を挙げているが、ご自身のご都合により当施設の退去を拒否される場合）は「退去通知書」の発行後60日をもって契約終了とさせていただきます。

本契約を継続しがたいほどの背信行為がある場合

ご利用者やご家族等が当施設や当施設サービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為でご家族からの職員へのパワーハラスメント、セクシャルハラスメント、恫喝、暴力行為、暴言等も含まれます。その様な行為が認められた場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退居して頂きます。

1ヶ月以上の入院加療等が必要な場合

原則としてご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後1ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合は退去して頂きます。

ご利用料金が支払われない場合

入居者様のご利用料金が、請求後90日経過しても支払われない場合は健全な事業運営に支障をきたすので、契約終了の14日前までに文書で通知し、契約を解除致します。

(3) 入居者及びご家族等は、いつでも利用契約の解除・終了を申し出ることができます。

この場合には、30日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

6. ご入居にあたっての留意点

当施設において安心安全に生活を送る為に以下の点にご留意ください。

- イ) 面会時間は9:00~20:00を原則とします。但し緊急時はこの限りではありません。
- ロ) ご利用者の外泊に関してはご家族、付き添いの方が一緒であれば原則自由です。但し外泊による家賃および共益費の日割り割引はありません。
- ハ) ご利用者の所持品の持ち込みはなじみの家具や身の回り品など居室が適切に利用できる範囲で持ち込んで頂いて結構です。但し火災が発生する危険の高い調理器具（カセットコンロ・トースター等）や暖房機器（石油ストーブに準ずる物）については禁止とさせていただきます。
- ニ) ペット等に関しても他のご利用者の健康及び共同生活に支障をきたす恐れがありますので禁止させていただきます。
- ホ) ご利用者の方およびご家族様による当施設での物品の売買や勧誘、布教活動など、他のご利用者の方への迷惑に当たる行為は禁止させていただきます。
- ヘ) ご利用者様のご家族等が当施設に宿泊する場合は原則として緊急時のみ（ご利用者様の健康状態の悪化等によりご家族等の見守りが必要な場合等）とさせていただきます。
- ト) ご利用者様が当施設の施設または設備（備品を含む）を故意または重大な過失により破損等させたりした場合、原状に復するための費用を弁償して頂きます。
- チ) 当施設は敷金礼金等の入居金はありませんが、退去時の原状回復を免れるわけではありません。原状回復に係る費用は契約書に従って退去時に請求をさせていただきます。
- リ) 当施設は木造住宅であり、施設内はもちろん敷地内も全面禁煙とさせていただきます。
- ス) 職員一同、細心の注意を払っておりますが、絶対の安全管理はお約束できません。転倒等による骨折・外傷などが生じる恐れがあります。事故が起こりうる可能性をご理解ください。

7. 秘密の保持

当施設及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た、入居者及びそのご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約終了後も継続します。

8. 身体拘束の取り扱い

- (1) 当施設では介護サービス提供に当って入居者または他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他、入居者の行動を制限する行為は行ないません。身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

- (2) 身体拘束廃止を推進するために、職員一人一人が基本的なケアを見直し、入居者の要望や意思を尊重したケアを行うことができるよう職員研修を実施します。

9. 衛生管理について

(1) 職員の健康管理など

職員は年1回の健康診断と夜勤従事者には少なくとも半年に1回の健康診断を行います。

(2) 当施設における感染予防対策、感染症発生動向に基づいた事前対応方法・感染予防対策

①研修体制

イ) 感染対策マニュアルを利用した基本的な感染予防策と感染症の対応に関して、研修を定期的に実施します。

ロ) 採用時には、基本的な感染予防方法の指導を徹底します。

ハ) 保健所や関係機関からの情報などは随時研修を行います。

②感染予防策

イ) トイレや施設の入出口に手洗い消毒液の設置と手洗いの習慣づけをします。

ロ) 汚物・廃棄物の保管場所の衛生管理を実施します。

ハ) 入居者の感染源となるものの消毒の徹底をします。

ニ) 1人から他に移さないためにも、利用者個々の観察を十分実施し、感染のリスクが考えられる場合は早急な対応を行います。

ホ) 掃除の徹底をします。

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族様に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所の介護サービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(当事業所は一般社団法人全国介護付きホーム協会と損害賠償保険契約を結んでおります。)但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。

11. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関等に協力いただき、入居者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

名称	住所	主な診療科目等
医療法人みずほ会 朝倉医療クリニック	高知市朝倉丙 534-1	内科、循環器内科、消化器内科、外科 皮膚科
特定医療法人仁泉会 朝倉病院	高知市朝倉丙 1653-12	内科、神経内科、循環器内科、消化器内科 リハビリテーション科、精神科
たかぎ歯科	高知市上町 3-5-11	一般歯科、矯正歯科、小児歯科

12. 非常災害対策

- (1) 防火教育訓練及び基礎訓練・・・年2回以上
(2) 入居者を含めた総合訓練・・・年2回以上

1 3. 第三者外部評価の実施

第三者外部評価の実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

1 4. 相談窓口、苦情相談

(1) サービス提供に関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

介護付きホーム いこいの森プラス 相談窓口	電 話 番 号	088 - 856 - 7012
	ファックス番号	088 - 824 - 3322
	管 理 者	手島 久美
	受 付 時 間	平日 午前9時00分～午後5時00分 但し12月29日から1月3日を除きます。

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知市介護保険課 保険苦情窓口	所 在 地	高知市役所 介護保険課事業係
	電 話 番 号	088-823-9972
	ファックス番号	088-824-8390
	受 付 時 間	平日 午前8時30分～午後5時00分
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所 在 地	高知県高知市丸ノ内2-6-5
	電 話 番 号	088-820-8410・088-820-8411
	ファックス番号	088-820-8413
	受 付 時 間	平日 午前8時30分～午後5時15分

《説明確認欄》

令和 年 月 日

- 「介護付きホームいこいの森プラス」の契約締結にあたり、重要事項を説明しました。

所在地	高知県高知市旭町二丁目 38 番地 5
事業者名	株式会社スノーフォレスト
代表者	代表取締役 吉井 英昭

事業所名	介護付きホームいこいの森プラス
管理者	手島 久美

説 明 者

- 「介護付きホームいこいの森プラス」の契約締結にあたり、重要事項の説明を受けました。

《入居者》

住 所
氏 名

《ご家族代表または代理人》

住 所
氏 名

《連帯保証人》

住 所
氏 名

介護付きホームいこいの森プラス基本理念

1. 「家庭的な雰囲気」のなかでゆっくり・ゆったり

入居者の方々は「家庭的な雰囲気」の生活環境の中でゆっくりゆったり暮らしていただきます。

2. 「尊厳」のある生活

スタッフは常に礼節のある接遇で尊敬の念をもって入居者の方々に接し生活において入居者の方の「自己決定」を尊重しそれぞれの方のペースで生活していただきます。

3. 「生きがい」の発見

入居者の方々には「役割」や「出番」を持って頂き、その生活のなかで「生きがい」を発見できるよう努めます。「役割」や「出番」は「人に必要とされている」という入居者の方々の「自信の回復」に貢献できます。

4. 「身体の安心」「心の安心」

○「身体の安心」

スタッフは常に入居者の方々の健康状況を把握するよう努め、日常・緊急を問わず、協力医療機関との連携を密に図り、元気で健康に暮らせる環境を提供し入居者の方々が身体的側面で「安心」が得られるよう努めます。

○「心の安心」

階層ごとの生活を基本に少人数でなじみのある同居者、穏やかに接するスタッフといっしょに生活を送ることで、落ち着いて暮らすことができる環境を提供し入居者の方々が精神的側面でも「安心」が得られるよう努めます。

5. 「地域」とのつながり

地域交流に関わっていただけるよう施設2階の「地域交流ホール」等にて入居者の方々と地域の方々が積極的に交流できるよう努めます。また音楽や演劇、手芸など趣味を教えてくださいのボランティアの方々の受け入れも積極的に行い入居者の方々が地域の商店街や公園などに気軽に出かけられるような「地域とのつながり」「自然とのふれあい」を大切にしていきます。

介護付きホームいこいの森プラス 看取り介護・重度化対応指針

1. 看取り介護および重度化対応に関する考え方

住宅でお暮らしの間に入居者様が重度化された場合や看取りを希望される場合は介護方法や治療方法についてご本人およびご家族の意思をできる限り尊重し対応します。住宅職員等とご本人およびご家族とが相互に同意した内容について確認をした上で多職種（住宅勤務看護師・協力医療機関医師・主治医・訪問看護サービス事業所等）の支援により継続的に住宅で安全・安心に暮らしが行えるように支援していきます。

但し協力医療機関医師等または住宅勤務看護師の判断により、当該住宅で安全・安心に暮らすことが困難であると判断された場合（重度化により住宅で生活を継続して送ることが身体的に危険である、看取りを行うことが著しく対象者の死期を早める可能性がある、住宅内で必要な医療措置が適切に行えない等）は適切な他医療施設・適切な他介護保険施設に転院・転居する等の措置を講じさせていただきます。

- ・安全・安心に尊厳ある生活が送れることができるように努めます。
- ・住宅で生活が継続できるよう、日常的に健康管理には留意し、医療的支援が必要な場合は協力医療機関等との連携を図ります。
- ・当住宅での生活が困難であると判断された場合はご本人およびご家族の同意を得た上で適切な病院等へ転院・転居等の措置を講じます。

2. 訪問看護ステーションとの連携

看取り介護の実施や重度化した場合で住宅にて継続して生活を送る為に訪問看護ステーションとの連携が必要であると協力医療機関医師または主治医等および住宅勤務看護師（以下、医師等といいます。）が判断した場合は定医療法人仁泉会が運営を行う「訪問看護ステーションあさくら」と重度化時対応連携契約を行っており、その契約内容に応じて適切に連携を行います。

但し上記と同様に医師等が住宅において継続して暮らすことが困難であると判断された場合等（身体的に危険である、著しく死期を早める可能性がある、必要な医療措置が適切に行えない、対象者または対象者家族等の同意が得られない等）は連携を行わず、適切な他医療施設・他介護保険施設に転院・転居する等の措置を講じるものとする。

3. 医療機関への入院中の入居費用取扱いについて

賃料（家賃）と共益費については、減額はありません。水道光熱費については、入院が生じた翌日から1ヵ月を30日として日割り計算した額を徴収致します。

4. 当該住宅で看取りを行う際の協議と費用等

看取り介護を実施する際はご本人、ご家族様、生活相談員、住宅職員、住宅看護師、連携医療機関、連携訪問看護ステーション等の看取り介護に関わる多職種で協議をする場を設けます。また協議の場には必ず生活相談員が出席します。また看取り介護を実施した場合は以下の料金が割り増しとなります。

看取り介護加算 I

【1割負担額を記載（一定以上の所得者は2割又は3割負担）】

死亡日 45日前～31日前… 72円/日

死亡日 30日前～4日前… 144円/日

死亡日前々日、前日… 680円/日

死亡日 …1,280円/日

外出活動等（お一人での外出）に関する同意書

当事業所は、入居者の心身機能の維持・向上に努めます。当事業所に入居する以前のご自宅等での生活活動（お一人での外出）について、入居者・ご家族代表者又は代理人が心身機能の維持・向上を目的にその活動の継続を希望される場合は、当事業所が一方的に禁止することは致しません。しかしながら、当事業所の利用にあたっては、介護保険制度の特定施設入居者生活介護サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスを利用する事となる為、24 時間 365 日の介護保険サービスの適用を受ける事となります。よりまして、次の事項については厳守又は同意をお願い致します。

■禁止事項について

- ・入居者お一人での自動車の運転
- ・ご家族代表者及び代理人監督下の下でない状況でのバイク、自転車又はそれに準ずる者の運転等

■厳守事項について

- ・入居者お一人での外出の際は、職員に対しての申し出又は必要に応じての外出届の提出

■ご家族代表者又は代理人の同意事項について

・ご家族代表者又は代理人が、事前に本同意書に同意し、入居者の希望によって入居者お一人で外出した際に外出先で急激な心身機能の変化等が生じ、当事業所へ帰所できない事態が発生した場合や不慮の事故が生じた場合、又はそれに準ずる事態が生じた場合は、事業所と協力して対処すると共に、お一人での外出は入居者様又はご家族代表者又は代理人の責任となる事を承認し事業所に対してその責任を一切求めない。

令和 年 月 日

介護サービスの提供開始にあたり、入居者様又はご家族代表者又は代理人に対して上記に記載する外出活動に関する禁止事項・同意事項について説明しました。

高知市旭町3丁目3番地
株式会社スノーフォレスト
介護付きホームいこいの森プラス
説明者名

私は説明者より外出活動に関する禁止事項・同意事項の説明を受け上記内容に同意する事を証する為、下記に署名します。

《入居者》

住 所
氏 名

《ご家族代表または代理人》

住 所
氏 名

個人情報使用同意書

1 使用する目的及び場合

- イ) 事業所が法令に従い「介護付きホームいこいの森プラス」において特定施設入居者生活介護サービス（介護予防を含み、以下「介護サービス」という）を円滑かつ適正に実施するために定期開催する担当者会議等において必要な場合に使用する。
- ロ) 相互的に馴染みの関係を構築する為に住宅内の表札や掲示板等に入居者の氏名や写真を掲示する。
- ハ) 体調急変や転倒等により受診が必要な場合で受診先の医療機関等の医師および看護師に説明する場合に入居者の個人情報を使用する。
- ニ) 入居者が離施設等により身元不明となった場合で警察および関係機関に捜索依頼をお願いする場合に入居者の個人情報を使用する。

2 使用にあたっての条件

- イ) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ロ) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

3 個人情報の内容

- イ) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で介護サービスを実施するため必要な入居者やその家族個人に関する情報
- ロ) その他入居者及びその家族に関する情報であり、特定の個人が識別される、または個人が識別されうる情報

4 使用する期間

入居契約書に定めた期間に限るものとし、入居契約が解消された後は私（利用者）及び家族に関する個人情報の使用は認めない。

以上

令和 年 月 日

介護サービスの提供開始にあたり、入居者代理人または入居者に対して上記に記載する個人情報の使用目的、内容、使用期間について説明しました。

高知市旭町3丁目3番地
株式会社スノーフォレスト
介護付きホームいこいの森プラス
説明者名

私は説明者より個人情報取扱等の説明を受け上記内容に同意する事を証する為、下記に署名します。

(ご家族代表様または入居者様) 住所
氏名

(参考) ご利用料金例 (令和6年6月改定版)

(単位 円)

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険	基本サービス費	5,490	9,390	16,260	18,270	20,370	22,320	24,390
	夜間看護体制加算Ⅱ			270	270	270	270	270
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	660	660	660	660	660	660	660
	科学的介護推進体制加算	40	40	40	40	40	40	40
	処遇改善加算Ⅰ 12.8%	792	1,292	2,205	2,463	2,732	2,981	3,246
	合計 (1割負担として)	6,982	11,382	19,435	21,703	24,072	26,271	28,606
保険外	家賃	32,000	32,000	32,000	32,000	32,000	32,000	32,000
	共益費	19,800	19,800	19,800	19,800	19,800	19,800	19,800
	水道光熱費	16,500	16,500	16,500	16,500	16,500	16,500	16,500
	食費	40,500	40,500	40,500	40,500	40,500	40,500	40,500
	合計	108,800	108,800	108,800	108,800	108,800	108,800	108,800
合計	1割負担の場合	115,782	120,182	128,235	130,503	132,872	135,071	137,406
	2割負担の場合	122,765	131,563	147,671	152,205	156,943	161,342	166,012
	3割負担の場合	129,747	142,945	167,106	173,908	181,015	187,613	194,618

○ 1か月間のご利用料金の目安です (1か月=30日で計算)。

○ 夜間看護体制加算Ⅱは、要支援の方は算定対象外となっています。

上記以外に個別で選択が可能なサービスは以下のとおりです。

その他費用	私物洗濯	1回	550	業者が洗濯後畳んで返却してくれます。週2回ご利用いただけます。
	寝具レンタル	1日	99	寝具一式のレンタルです。週1回程度、職員が交換を行います。
	洗濯機利用	1回	300	施設に備え付けのコイン式洗濯機をご自身でご利用いただけます。
	乾燥機利用	1回	100	施設に備え付けのコイン式乾燥機をご自身でご利用いただけます。
	介護用品		実費	事業所内で各種用品を販売しています。お持ち込みも可能です。
	福祉用具		実費	福祉用具のレンタルも承っておりますのでご相談ください。
	その他		実費	上記にない費用に関してはご相談ください。原則、実費となります。



SNOW FOREST

株式会社スノーフォレスト

〒780-0935 高知市旭町二丁目 3 8 番地 5

URL: <http://www.151.ecweb.jp/>
E-Mail: snowforest151@gmail.com

貸主割印

