

有限会社リアン のぞみの里岩見沢

のぞみ幌向2号館

(介護付有料老人ホーム)

重要事項説明書

介護付有料老人ホーム入居契約兼一般型特定施設利用契約

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	西出 達司	所属・職名	代表取締役


1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	あり 営利法人
	名称	(ふりがな)	りあん 有限会社 リアン
事業主体の主たる事務所の所在地	〒068-0821 岩見沢市栄町2丁目1番9号		
事業主体の連絡先	電話番号	0126-32-2820	
	FAX番号	0126-32-2821	
	ホームページアドレス	なし	
		あり : http://www.24de.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	西出 達司	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成15年 2月17日		

事業主体が北海道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		
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		
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>				
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	小規模多機能型居宅介護えみな栄町	岩見沢市栄町2丁目1番9号
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームえみな栄町	岩見沢市栄町2丁目1番9号
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付有料老人ホーム のぞみ幌向2号館	岩見沢市幌向南3条3丁目270番地30
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	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		
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		
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	小規模多機能型居宅介護えみな栄町	岩見沢市栄町2丁目1番9号
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームえみな栄町	岩見沢市栄町2丁目1番9号

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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) ゆうりあん のぞみのさといわみざわ のぞみほろむい2ごうかん (有) リアン のぞみの里岩見沢 のぞみ幌向2号館	
施設の所在地	〒069-0373 岩見沢市幌向南3条3丁目270番地30	
施設の連絡先	電話番号	0 1 2 6 - 3 2 - 6 6 0 0
	FAX番号	0 1 2 6 - 3 2 - 6 6 0 1
	ホームページ	なし
	アドレス	 : http://www.24de.jp
施設の開設年月日	平成22年4月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏 名	西出 達司
	職 名	代表取締役
施設までの主な利用交通手段		
<ul style="list-style-type: none"> ・中央バス幌向線バス停南3条下車徒歩1分 ・JR幌向駅より徒歩15分(距離500m)、 ・道央高速自動車道「岩見沢」インターチェンジより車で約20分、(距離約15km) 		
施設の類型及び表示事項	<p>○施設の類型：介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)</p> <p>○居住の権利形態：利用権方式</p> <p>○利用料の支払方式：月払い方式</p> <p>○入居時の要件：要介護</p> <p>○介護保険：岩見沢市指定介護保険特定施設 (一般型特定施設)</p> <p>○介護居室区分：全室個室</p> <p>○一般型特定施設である有料老人ホーム：3:1以上の介護にかかわる職員体制</p>	
介護保険事業所番号	一般型特定施設入居者生活介護事業所 北海道指定第0195700067号	
一般型特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業開始(予定)年月日	平成22年4月 1日	
指定の年月日	平成22年3月26日	
指定の更新年月日		

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数及びその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
管理者		1			1	0.5
生活相談員		1			1	0.5
看護職員	1				1	1
介護職員	10	2			12	11
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者		1			1	0.5
事務員						
その他従事者						
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	7	1				
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
〃 2 級						
〃 3 級						
介護支援専門員	1					
従事者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師	1	1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）					1
	平均時の人数					2

一般型特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員		1			1	0.5
看護職員	1				1	1
介護職員	10	2			12	11
機能訓練指導員			1		1	0.5
計画作成担当者		1			1	0.5
その他従事者						
1 週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	7	1				
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
2 級						
3 級						
介護支援専門員	1					
従事者である機能訓練員が有している資格						
延べ人数	常 勤					
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師			1			
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無			なし	あり		
管理者が有している当該業務に係る資格等		なし	あり	資格等の名称 介護福祉士		
一般型特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						3 : 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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			3			
前年度1年間の退職者数			2			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1					
1年以上3年未満者の人数				1		
3年以上5年未満者の人数					1	
5年以上10年未満者の人数			8			
10年以上の者の人数			2	1		
	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
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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数					1	
5年以上10年未満者の人数			1			
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				あり	なし	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>(1) 事業の運営にあたっては、サービス利用者である入居者の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ってサービスの提供に努めます。</p> <p>(2) 施設のスタッフは、入居者が安心・快適に生活できるようお手伝いします。また、高齢者の心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営むことができるよう、必要に応じてサービス計画に基づき、日常生活上の援助、機能訓練及び療養上の援助を行います。</p> <p>(3) 事業の運営にあたっては、地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療・介護機関等と綿密連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>(4) 事業運営にあたっては、健全で安定した経営に努めます。</p>		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法人 健伸会 東町ファミリークリニック 所在地：岩見沢市東町1条8丁目 ・ 医療法人社団 すずかけ会 松藤医院 所在地：岩見沢市2条西4丁目 	
<p>（協力の内容）</p> <p>○医療法人 健伸会 東町ファミリークリニック 診療科目：内科、小児科、外科、婦人科 月1回の定期往診の実施（費用は要介護者の個別選択サービス費に含む）。 休日、夜間及び緊急時を含め、入居者の受診、治療、入院に協力します。 ※医療費、その他の費用は、入居者の自己負担となります。</p> <p>○医療法人社団 すずかけ会 松藤医院 診療科目：内科、呼吸器科、循環器科、外科 月1回の定期往診の実施（費用は要介護者等の個別選択サービス費に含む）。 休日、夜間及び緊急時を含め、入居者の受診、治療、入院に協力します。 ※医療費、その他の費用は、入居者の自己負担となります。</p>		
協力歯科医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鍵谷歯科医院 所在地：岩見沢市5条西3丁目 ・ ハタテ歯科医院 所在地：岩見沢市美園1条3丁目 	
<p>（協力の内容）</p> <p>○月1回以上の訪問歯科診療。 口腔ケアについてのスタッフへの研修。 ※医療費、その他の費用は、入居者の自己負担となります。</p>		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
原則として、居室又は共用部分において介護します。		

入居後に居室を住み替える場合		
介護居室から他の介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
居室利用権の取扱い (その内容) 当初入居した居室の利用に関する権利は消滅し、新たに介護居室の新規契約を締結していただきます。		
入居一時金償却の調整の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あ <input checked="" type="radio"/>
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
浴室の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
洗面所の変更の有無	なし	あ <input checked="" type="radio"/>
台所の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
その他の変更の有無	なし	あ <input checked="" type="radio"/>
(その内容) 洗濯場所が変更となる場合があります。		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
浴室の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
洗面所の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
台所の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
その他の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
(その内容)		

その他	な <input checked="" type="radio"/>	あり
判断基準・手続について	(その内容)	
追加的費用の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
居室利用権の取扱い	(その内容)	
入居一時金償却の調整の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
浴室の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
洗面所の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
台所の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
その他の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/>	あり
	(その内容)	
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	な <input checked="" type="radio"/>	あり
要支援の者を対象	な <input checked="" type="radio"/>	あり
要介護の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/>
留意事項	要介護認定を受けている方（要介護度1～5）	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡したとき。</p> <p>② 事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一、入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>二、月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞するとき。</p> <p>三、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき。</p> <p>四、入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。</p> <p>③ 入居者からの解約条項に基づき解約を行ったとき。</p>	
体験入居の内容	2泊3日以内の日程で体験入居が可能です。事情によっては1週間以内の体験入居も相談に応じます（1泊2日 5,000円「税込み」 夕・朝食付）。 但し、空室があるときとします。	
入居定員	1人部屋	
その他		

入居者の状況（平成 年 月末日現在）

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数	男性		女性	
-----------	----	--	----	--

入居率

（一時的に不在となっている者を含む）

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数						

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			なし	あり	
居室の状況	区 分		室 数	人 数	1の居室の床面積	
	居室個室	あり	なし	29	1	11.59㎡
	居室相部屋	あり	なし			㎡
	一時介護室	あり	なし			㎡
共用便所の設置数	5か所	うち男女別の対応が可能な数			0か所	
		うち車椅子等の対応が可能な数			5か所	
個室の便所の設置数	0か所	個室における便所の設置割合			0%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			0か所	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		0か所	1か所	0か所	1か所 (介護浴室)	
その他、浴室の設備に関する事項		パネルヒーター				
食堂の設備状況				なし	あり	
入居者等が調理を行う設備状況						
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 食堂兼多目的ホール(食事、サークル活動、行事、催事の場所として使用します。)機能訓練室、浴室、特殊浴槽付浴室、洗濯室、ゲストルーム、駐車場 等				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全施設バリアフリー仕様						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積		5,063.59㎡				
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定		なし	あり			
貸借(借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		752.94㎡				
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定		なし	あり			
貸借(借家)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	<p>苦情の対応について、施設長を苦情解決責任者とし、サービスに係る苦情に迅速に対応するため、苦情解決責任者は職員の中から苦情受付担当者を定め、苦情処理体制を整備しています。また、入居者からの苦情には守秘義務を課し、速やかに対応しています。なお、苦情を申し出ることによる差別的な待遇は一切行いません。</p> <p>苦情受付の窓口は事務苦情相談窓口とし、受付時間以外の申し出は夜勤者が対応し、後日早急に苦情受付担当者が対処します。</p>		
電話番号	連絡先 事務苦情相談窓口 : 内線		
対応している時間	平日	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0	
	土曜	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0	
	日曜・祝祭日	—	
定休日等	日曜日、祝日、年末・年始		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	<p>① 岩見沢市市役所 健康福祉部高齢・介護課 介護保険グループ 0126-22-4100</p> <p>② (社)全国有料老人ホーム協会 03-3272-3781</p> <p>③ 北海道国民健康保険団体連合会 011-231-5161</p> <p>④ 北海道空知総合振興局保健福祉部 高齢者支援局高齢者保健福祉課 0126-20-0200</p>		
対応している時間	平日	<p>① 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0</p> <p>② 1 0 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0</p> <p>③ 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0</p> <p>④ 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0</p>	
	土曜	—	
	日曜・祝祭日	—	
定休日等	土曜日、日曜日、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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) (社)全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム損害賠償責任保険」に加入し、事業者は、契約に基づくサービスの提供にあたって、万一、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償を減ずることがあります。	
その他、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に関すること			
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) サービスの提供内容は、別紙「介護サービス等の一覧表」を参照してください。			
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="radio"/>	<input type="radio"/>	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		<input checked="" type="radio"/>	あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のため家賃相当額に充当されるもの）		<input checked="" type="radio"/>	あり
名 称	最低の額	最高の額	最多価格帯
一般居室 1人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
一般居室 2人の入居の場合	円	円	円
	最低の額	最高の額	最多価格帯
介護居室 1人の入居の場合	円	円	円 戸
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	<input checked="" type="radio"/>	あり
	上記以外	(その内容) なし	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法	室料 × 日割計算		
保全措置の実施状況	<input checked="" type="radio"/>	あり	(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)		<input checked="" type="radio"/>	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠			
		<input checked="" type="radio"/>	あり
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	<input checked="" type="radio"/>	あり
	サービス提供を開始した月	<input checked="" type="radio"/>	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	<input checked="" type="radio"/>	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選定による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり		
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり		
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額 (目安)

管理費	なし	あり	1人入居の場合	5,000円(税込)
(「あり」の場合、その使途) 共用施設等の維持・管理費、事務・管理部門職員の人件費及び事務費並びに各種相談、余暇活動サービスに要する費用に充当します。				
食費	なし	あり	52,890円(税込)	
(「あり」の場合、その内容) ・ 1日3食、30日食堂利用(定食)の場合の目安 ・ ご利用いただいた分のみのお支払となります。 ・ 朝食571円、昼食601円、夕食591円/1日 1,763円				
光熱水費	なし	あり	月額15,000円(冬季暖房料11月～4月別途5,000円加算となります。)	
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料				
人員配置が手厚い場合の介護サービス		なし	あり	
(「あり」の場合、その利用料)				
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な算出根拠				
		なし	あり	
個別的な選択による介護サービス		なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ・ 協力医療機関以外の通院介助。交通費実費利用者負担 ・ 通常の利用区域以外の区域の買い物代行。交通費実費利用者負担 ・ 協力医療機関以外の移送サービス。交通費実費利用者負担 ・ 協力医療機関以外の入退院時の同行。交通費実費利用者負担 ・ 入院中の洗濯物交換・買い物。交通費実費利用者負担 ・ 入院中の見舞い訪問。交通費実費利用者負担				
家賃相当額	なし	あり	月額	45,000円

	その他に必要な月額利用料 (「あり」の場合、その内容及び利用料) <ul style="list-style-type: none"> ・ おむつ代などの介護用品費。実費利用者負担 ・ おやつ代。実費利用者負担 ・ 医療費。実費利用者負担 ・ 電話代などの個別的な通信費。実費利用者負担 ・ 個別的な日用品費。実費利用者負担 	なし	あり
	その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 (「あり」の場合、その内容及び利用料) <ul style="list-style-type: none"> ・ 理美容師による理美容サービス費。実費利用者負担 ・ 定期健康診断費。規定外(年2回を超える)の検査について実費利用者負担 ・ 役所手続き代行。交通費実費利用者負担 ・ レクリエーション、サークル活動費。材料費は実費利用者負担 ・ 貸布団賃貸料。840円/組 	なし	あり
料金改定の方法			
管理費・食費については、人件費、物価の変動、提供するサービス形態の変更、コストの見直し等に基づき、運営推進会議の意見も聴いた上で決定します。			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※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。