

重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
代表者	常岡 豊	所属・職名	理事長

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	法人の種類	医療法人		
	名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんほうめいかい 医療法人社団豊明会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒664-0857	伊丹市行基町 2 丁目 5 番地		
事業主体の連絡先	電話番号	0 7 2 - 7 7 2 - 0 5 3 1		
	F A X 番号	0 7 2 - 7 7 2 - 0 0 1 4		
	ホームページ アドレス	なし		
		あり : http://tsuneoka-h.or.jp/		
事業主体の代表者の 職名及び氏名		職名	理事長	
		氏名	常岡 豊	
事業主体の設立年月日		平成 8 年 1 月 2 9 日		

事業主体が兵庫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	☐ 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	医療法人社団豊明会 常岡病院	伊丹市行基町 2 丁目 5 番地	
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	常岡病院 通所リハビ リテーション	伊丹市行基町 2 丁目 5 番地	
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>					
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			

地域密着型通所介護	☒	なし	リハビリ特化型デイサービス エミナス	伊丹市西台1丁目 6番1号
小規模多機能型居宅介護	あり	☒		
認知症対応型共同生活介護	あり	☒		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	☒		
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	あり	☒		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	☒		
<居宅介護支援・介護予防支援>				
居宅介護支援	☒	なし	ケアプランセンター つねおか	伊丹市西台1丁目 5番12号
介護予防支援	☒	なし	ケアプランセンター つねおか	伊丹市西台1丁目 5番12号
<施設サービス>				
介護老人福祉施設	あり	☒		
介護老人保健施設	あり	☒		
介護療養型医療施設	あり	☒		
介護医療院	あり	☒		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	☒		
介護予防訪問看護	あり	☒		
介護予防訪問リハビリテーション	☒	なし	医療法人社団豊明会 常岡病院	伊丹市行基町2丁目 5番地
介護予防居宅療養管理指導	あり	☒		
介護予防通所リハビリテーション	☒	なし	常岡病院 通所リハビ リテーション	伊丹市行基町2丁目 5番地
介護予防短期入所生活介護	あり	☒		
介護予防短期入所療養介護	あり	☒		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	☒		
介護予防福祉用具貸与	あり	☒		
<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	☒		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	☒		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	☒		
<介護予防・日常生活支援事業>				
通所型サービス	☒	なし	リハビリ特化型デイ サービス エミナス	伊丹市西台1丁目 6番1号
訪問型サービス	あり	☒		

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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむさにーがーでんいたみ 介護付有料老人ホーム サニーガーデン伊丹		
施設の所在地	〒664-0858	伊丹市西台1丁目6番1号	
施設の連絡先	電話番号	072-772-3900	
	FAX番号	072-772-3901	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: http://tsuneoka-h.or.jp/	
施設の開設年月日		平成26年3月1日	
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長(管理者)	
	氏名	恒遠 春美	
施設までの主な利用交通手段			
阪急電鉄伊丹線「伊丹」駅より徒歩約2分(駅からの距離150m) JR宝塚線「伊丹」駅より徒歩約12分(駅からの距離900m)			
施設の類型及び表示事項	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) 表示事項 ・居住の権利形態…利用権方式 ・利用料の支払い方式…月払い方式 ・入居時の要件…要支援・要介護 ・介護保険…兵庫県指定介護保険特定施設 ・介護居室区分…全室個室 ・一般型特定施設である有料老人ホームの介護に関わる職員体制 …3:1以上		
介護保険事業所番号	2873302851号		
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及び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)			
事業の開始年月日	平成26年3月1日		
指定の年月日	平成26年3月1日		
指定の更新年月日	令和2年3月1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勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1
生活相談員	1				1	1
看護職員	4		7		11	8.8
介護職員	22		13	1	36	29.7
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
栄養士						(外部委託)
調理員						(外部委託)
事務員	3		1		4	3.8
その他従業者			6	1	7	2.9

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

39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	13		7	1
実務者研修	4		1	
初任者研修	4		3	
訪問介護員 1 級				
訪問介護員 2 級	1		1	
介護支援専門員				

従業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	1			
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
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）
平均時の人数

3名(看護介護職員)
4名(看護介護職員)

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						
実人数	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	1
看護職員	4		7		11	8.8
介護職員	22		13	1	36	29.7
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
その他従業者	4		7	1	12	7.7
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						39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	13		7	1	
	実務者研修	4		1		
	初任者研修	4		3		
	訪問介護員1級					
	訪問介護員2級	1		1		
介護支援専門員						
従業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	1				
	作業療法士					
	言語聴覚士					
	看護師及び准看護師					
	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				あり	なし	
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			
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以上	

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		1	2	3		
前年度1年間の退職者数		1				
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年未満の者の人数			4	3		
3年以上5年未満の者の人数			3	2		
5年以上10年未満の者の人数	1		3	4	1	
10年以上の者の人数	3	7	12	5		
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数	1		1			
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
○基本理念 利用者様本意の科学的根拠に基づいた良質な医療・介護サービスの提供 ○運営方針 ・利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、看護、介護及び機能訓練その他必要な日常生活上の支援を行うことにより、入居生活の質の向上を図る。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、家族や地域との連携を図る。 ・だれもが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域に必要とされるサービスの実施や情報提供を行い、常に関係機関との連携を図りながら開放的な施設運営を行う。			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算） ※要介護者のみ	なし	あり	
協力医療機関連携加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）※要支援者のみ	なし	あり	
入居継続支援加算（介護報酬の加算） ※要介護者のみ	なし	あり	
生活機能向上連携加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
退院退所時連携加算（介護報酬の加算） ※要介護者のみ	なし	あり	
口腔・栄養スクリーニング加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
科学的介護推進体制加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
退居時情報提供加算（介護報酬の加算）	なし	あり	
新興感染症等施設療養費（介護報酬の加算）	なし	あり	
生産性向上推進体制加算（介護報酬の加算）	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
利用者の個別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	①医療法人社団 豊明会 常岡病院 住所：伊丹市行基町2丁目5番地 （ホームからの距離200m）		
（診療科） ① 内科、循環器内科、消化器内科、外科、整形外科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科 （協力の内容）（※医療費その他の費用は入居者の自己負担） ① 入居者の健康指導、診療及び治療、緊急時の対応指示、入院受け入れ			
協力歯科医療機関	なし	あり	臼井歯科医院
（診療科） 歯科 （協力の内容）（※医療費その他の費用は入居者の自己負担） 歯科医、歯科衛生士による訪問診療等			
重度化した場合における対応（緊急時の対応）			
・入居者の病状の急変、負傷その他必要な場合は、速やかに主治医または協力医療機関への連絡や、救急要請を行う等の必要な措置を講じます。（受診は原則、入居者様・ご家族様にて対応下さい。） ※医療費は利用者負担 ※移送時の交通費は実費となります。 ・入院による不在が3ヶ月を超えた場合には、契約維持について施設より相談させていただきます。 ※入院期間中は家賃・管理費がかかります。 ・施設内で対応できる医療については「医療ニーズ対応表」の通りです。入居者様の疾病状態などにより個別に状況が異なりますので、随時ご相談下さい。			

要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
各自の居室（全室介護居室）及び共用部			
入居後に居室を住み替える場合			
一時介護室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容) 一時介護室に住み替えることはありません。			
追加的費用の有無		なし	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		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
(その内容)			
介護居室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容) 入居者の状況の変化にともない、介護居室を変更していただく場合があります。 ○手続き ・担当医の意見を聞いたうえで、一定の観察期間をおきます。 ・居室変更後の居室および介護の内容等について説明します。 ・入居者、契約者または身元引受人の同意を得ます。			
追加的費用の有無		なし	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		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
(その内容) 居室の向きや階数が変更する場合があります。			

			その他		なし		あり		
			判断基準・手続について (その内容)						
			追加的費用の有無		なし		あり		
			居室利用権の取扱い (その内容) 従前居室時の居室利用権を継続						
			入居一時金償却の調整の有無		なし		あり		
			従前の居室からの面積の増減の有無		なし		あり		
			従前居室との仕様の変更						
			便所の変更の有無		なし		あり		
			浴室の変更の有無		なし		あり		
			洗面所の変更の有無		なし		あり		
			台所の変更の有無		なし		あり		
			その他の変更の有無 (その内容)		なし		あり		
			施設の入居に関する要件						
			自立している者を対象		なし		あり		
			要支援の者を対象		なし		あり		
			要介護の者を対象		なし		あり		
			留意事項	介護保険法に定める要介護認定において要支援又は要介護に該当する方 常時医療機関で治療をする必要のない方 結核や疥癬等伝染する疾患のない方 自傷や他害の恐れのない方 連帯保証人が定められる方					
			契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者からの契約解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合 ・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 ・月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上滞納するとき ・契約書20条「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき					
			体験入居の内容	6,600円/1泊2日(税込)					
			入居定員	72名(居室数72室)					
その他	(身元引受人の条件・義務等) 契約者お一人につき、身元引受人2名を定めて頂きます。 入居者及び当該施設からの相談を受けることが可能な方で費用等の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うことになります。 又、入居契約が解除された時に入居者を引き取ることになります。								

入居者の状況						
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
6 5 歳未満						
6 5 歳以上 7 5 歳未満						
7 5 歳以上 8 5 歳未満	3	1	3	2	2	1 1
8 5 歳以上	1 7	1 2	6	1 3	2	5 0
	自立	要支援 1	要支援 2	経過的要介護		合計
6 5 歳未満						
6 5 歳以上 7 5 歳未満						
7 5 歳以上 8 5 歳未満			1			1
8 5 歳以上		4	3			7
入居者の平均年齢	9 0 . 8 歳					
入居者の男女別人数	男性	1 7 名		女性	5 2 名	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					9 5 . 8 %	
前年度に退去した者の人数						
	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	1					1
社会福祉施設			1	1		2
医療機関	1			2		3
死亡者		1	1	5	4	1 1
その他	1					1
	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			1			1
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	1 2	2 1	2 7	1 1		

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3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
	一般居室個室	あり	なし			m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	なし	7 2		13.27 m ² ～14.89 m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
					m ²	
一時介護室	あり	なし			10.76 m ²	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数				10ヶ所	
	うち車いす等の対応が可能な数				8ヶ所	
個室の便所の設置数	7 2	個室における便所の設置割合			10割	
		うち車いす等の対応が可能な数			7 2	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		5	なし	1	1	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	2階～8階に食堂					
入居者等が調理を行う設備状況		なし			あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 食堂、機能訓練室、談話コーナー、相談室、健康管理室、一時介護室、理美容室、洗濯室、汚物処理室、エレベーター、駐車場				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全フロア福祉対応						
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積		756.72 m ² (実測)				
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)土地賃貸借契約						
なし	あり	契約期間	始	平成25年7月1日	終 平成55年6月30日	
		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		全体2,995.92 m ² 有老部分2,860.53 m ²				
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		相談窓口（生活相談員 及び 管理者）		
電話番号		072-772-3900		
対応している時間		平日	9:00～17:00	
		土曜	9:00～17:00	
		日曜・祝日	—	
定休日等		なし		
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		① 伊丹市健康福祉部地域福祉室介護保険課 ② 阪神北県民局監査指導課 ③ 兵庫県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口		
電話番号		① 072-784-8037 ② 0797-61-5174 ③ 078-332-5617		
対応している時間		平日	9:00～17:00	
		土曜	—	
		日曜・祝日	—	
定休日等				
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	☒	(その内容) 居宅介護事業者等賠償責任保険		
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				
なし	☒	(その内容) サービス提供に当たって、万が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、入居者に対して損害の賠償を行います。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額を減ずることがあります。		
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) 医療法人による経営ならではの充実した日常の健康管理やリハビリ、緊急時の対応、24時間看護師配置等、安心してお暮らしいただける環境を整えます。				
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				
なし	☒	実施した年月日	令和6年3月	
		当該結果の開示状況	なし	☒
第三者による評価の実施状況				
☒	あり	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				☐ なし		☐ 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の家賃相当額に充当されるもの）				☐ なし		☐ あり	
名称		入居申込金					
		最低の額		最高の額		最多価格帯	
人の入居の場合		円		円		円 戸	
		最低の額		最高の額		最多価格帯	
人の入居の場合		円		円		円 戸	
		最低の額		最高の額		最多価格帯	
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				☐ 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		(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）				☐ なし		☐ 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積算根拠						☐ なし ☐ 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		☐ 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		(その内容)			

③利用者の個別的な選択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	(その内容)		
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	(その内容)		
一時金に対する留意事項	なし	あり	(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							
家賃相当額	なし	あり	90,000円 ※ご夫婦の場合、二人目は80,000円				
管理費	なし	あり	44,000円				
	(「あり」の場合、その用途) 共用施設等の維持管理費・光水熱費、居室の水道代、事務費						
食費	なし	あり	58,320円(税込) ※1ヶ月を30日として計算				
	(「あり」の場合、その内容) 1日3食1,944円×30日喫食の場合 ※特別食の場合は、自費につき要相談 (内訳: 朝食520円、昼食640円、夕食640円(税抜)) 食費は軽減税率(8%)の対象(1食670円以下、累計2,010円まで)となります。 但し、1月1日2日は(金額上乗せの為)軽減税率は対象外となります。						
光熱水費等	なし	あり	居室の電気代については、個別電気メーターで月1回計測し、 使用状況に応じて請求させていただきます。 居室の水道代は管理費に含みます。 居室に設置されたテレビに係るNHK等の受信料契約・負担等は各自となります。				
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の合理的な積算根拠			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)							
その他に必要な月額利用料			なし	あり			
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 特定施設サービスの料金 厚生労働大臣の定める基準によるものとし、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護が法令代理受領サービスであるときは、国が定める割合の支払いを受けるものとする。 月額(30日)の自己負担額の目安							
	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
1割負担	5,737円	9,812円	16,991円	19,092円	21,286円	23,324円	25,487円
2割負担	11,474円	19,625円	33,983円	38,184円	42,573円	46,648円	50,975円
3割負担	17,211円	29,437円	50,975円	57,276円	63,859円	69,973円	76,462円
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			なし	あり			
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 敷金 200,000円 おむつ代(使用分実費負担)、理美容代(利用施術内容に応じて)、医療費(医療保険対応)、 寝具一式110円(税込)/日、洗濯サービス550円(税込)/回、 通院・入退院の同行介助 協力医療機関以外1,100円(税込)/30分、 買い物通常利用区域以外・指定日以外1,100円(税込)/30分、レクリエーション費用(材料費実費負担)							

利用者様 _____ 様 ㊞

説明を受けられた方の氏名

_____ 様 ㊞ (続柄 _____)

説明年月日 _____ 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。

		要 支 援 １・２		要 介 護 １・２・３		要 介 護 ４・５	
		介護保険給付及び 月額利用料に含むサービス	別途費用を徴収するサービス	介護保険給付及び 月額利用料に含むサービス	別途費用を徴収するサービス	介護保険給付及び 月額利用料に含むサービス	別途費用を徴収するサービス
●介護サービス							
	○巡回	昼間9:00～17:30	適宜見守り		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		夜間17:30～9:00	必要に応じて実施		必要に応じて実施		必要に応じて実施
	○食事介助		必要に応じて見守り、介助		必要に応じて実施		必要に応じて実施
	○排泄	排泄介助	必要に応じて実施		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		おむつ交換	必要に応じて実施		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		おむつ代		実費負担		実費負担	
	○入浴等	清拭	入浴できない時等必要に応じて実施		入浴できない時等必要に応じて実施		入浴できない時等必要に応じて実施
		一般浴介助	週 2 回	3回以降1100円/1回	週 2 回	3回以降1100円/1回	週 2 回 一般浴又は特浴
		特浴介助		必要に応じて利用			3回以降1100円/1回
	○身辺介助	体位変換	必要に応じて支援		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		居室からの移動	必要に応じて支援		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		衣類の着脱	必要に応じて支援		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		身だしなみ介助	必要に応じて支援		必要に応じて実施		必要に応じて実施
	○機能訓練		身体状況に応じた訓練		身体状況に応じた訓練		身体状況に応じた訓練
	○通院介助	協力医療機関	必要に応じて実施		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		協力医療機関以外		1100円/30分 交通費実費		1100円/30分 交通費実費	
	○緊急時対応	ナースコール	24時間対応		24時間対応		24時間対応
●生活サービス							
	○生活サービス	居室清掃	週 2 回		週 2 回		週 2 回
		リネン交換	週 1 回	110円/日 寝具一式	週 1 回	110円/日 寝具一式	週 1 回
		日常の洗濯		550円/回		550円/回	
	○食事	食堂での配膳・下膳	1日3食		1日3食		1日3食
		居室配膳・下膳	必要に応じて実施		必要に応じて実施		必要に応じて実施
		特別治療食		実費		実費	
	○理美容サービス		受付及び日程調整	実施負担	受付及び日程調整	実施負担	受付及び日程調整
	○代行サービス	買物	週 1 回指定日	1100円/30分 交通費実費	週 1 回指定日	1100円/30分 交通費実費	週 1 回指定日
		役所手続	介護に必要な手続きの実施	1100円/30分 交通費実費	介護に必要な手続きの実施	1100円/30分 交通費実費	介護に必要な手続きの実施
		金銭・貯金管理	原則なし		原則なし		原則なし
	○フロントサービス		要望に応じて実施		要望に応じて実施		要望に応じて実施
	○外出時同行	事前申込み要		1100円/30分 交通費実費		1100円/30分 交通費実費	
●健康管理サービス							
	○定期健康診断		年2回定期実施	実費	年2回定期実施	実費	年2回定期実施
	○健康相談		随時実施		随時実施		随時実施
	○生活指導・栄養指導		随時実施		随時実施		随時実施
	○服薬支援		随時実施		随時実施		随時実施
	○生活リズムの記録		随時実施		随時実施		随時実施
●入退院時及び入院中のサービス							
	○医療費			医療費実費		医療費実費	
	○移送サービス	協力医療機関	あり		あり		あり
		協力医療機関以外	原則家族対応	1100円/30分 交通費実費	原則家族対応	1100円/30分 交通費実費	原則家族対応
	○入退院時の同行	協力医療機関	あり		あり		あり
		協力医療機関以外	原則家族対応	1100円/30分 交通費実費	原則家族対応	1100円/30分 交通費実費	原則家族対応
	○入院中	洗濯物交換	なし		なし		なし
		買物	なし		なし		なし
		見舞い訪問	あり		あり		あり
●その他のサービス							
		レクリエーション	適宜実施	実費負担	適宜実施	実費負担	適宜実施