

## 重要事項説明書

		記入年月日	2011年1月1日
記入者名	坂本 豊和	所属・職名	施設長

### 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	法人等の種類	なし	あり：株式会社
	名称	(ふりがな) ふあいんふおれすと かぶしきがいしゃ	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒655-0033	神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号	
	電話番号	078-704-2005	
事業主体の連絡先	FAX 番号	078-708-4567	
	ホームページアドレス	なし	
		あり：http://www.fineforest.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	森島 淑子	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	2005年10月1日		

事業主体が当該都道府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>	あり	なし			
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	フォレスト垂水デイサービスセンター	下記ホーム所在地に同じ	
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	フォレスト垂水	下記ホーム所在地に同じ	
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		
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		
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	フォレスト垂水デイサービスセンター	下記ホーム所在地に同じ
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	フォレスト垂水	下記ホーム所在地に同じ
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		

## 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) ふおれすとたるみ フォレスト垂水	
施設の所在地	〒655-0033	神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号
施設の連絡先	電話番号	078-704-2005
	FAX番号	078-708-4567
	ホームページアドレス	なし あり: <a href="http://www.fineforest.co.jp">http://www.fineforest.co.jp</a>
施設の開設年月日		2005年10月1日
施設の管理者の氏名	氏名	坂本 豊和

及び職名	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR及び山陽電鉄「垂水」駅より約480m（徒歩約6分）		
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム 居住の権利形態：利用権方式 一時金方式 入居時の要件：入居時自立、要支援、要介護 介護保険：兵庫県指定特定施設、兵庫県指定介護予防特定施設 居室：全室個室	
介護保険事業所番号	①指定特定施設：兵庫県指定第2870801749 ②指定介護予防特定施設：兵庫県指定第2870801749	
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）		
事業の開始（予定）年月日	2005年10月1日	
指定の年月日	①指定特定施設 2005年10月1日 ②指定介護予防特定施設 2006年4月1日	
指定の更新年月日		

### 3. 従業員に関する事項

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	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	7		2		9	8.0
介護職員	40		33		73	57.9
機能訓練指導員	4				4	4.0
計画作成担当者		1			1	0.5
栄養士	外部委託					
調理員	外部委託					
事務員	6		3		9	7.2
その他従業者	2		11		13	6.3
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	2	0				
介護福祉士	32		7			
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級	2		1			
2級	6		25			
3級						
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	4			
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	最小時の人数（宿直の従事者を除いた人数）			介護職員 5名 看護職員 1名
	平均時の人数			介護職員 5名 看護職員 1名

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	1.0
看護職員	7		2		9	8.0
介護職員	40		33		80	57.9
機能訓練指導員	4				4	4.0
計画作成担当者		1			1	0.5
その他従業者						
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	2					
介護福祉士	32			7		
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級	2			1		
2級	6			25		
3級						
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	4					
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						なし
管理者が有している等		なし	あり	資格等の名称		

該業務に係る資格等			
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			1. 5 : 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	1	1	6	13		
前年度1年間の退職者数	3	1	8	8		
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数			3	3	1	
1年以上3年未満の者の人数			5	5		
3年以上5年未満の者の人数			5	7		
5年以上10年未満の者の人数	4	2	27	10		
10年以上の者の人数	5	2	10	6		
	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	1					
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					
1年以上3年未満の者の人数	1					
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	1					
10年以上の者の人数	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	利用者が優しく暖かい環境の中で、ゆったりと自分らしく生活できる空間と「もっと元気になろう」と自らの意欲が自然にわきでる介護サービス事業を運営していくことをもって社会に貢献してまいります。
-------------	---

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
医療機関連携加算(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
利用者の個別的な選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	舞子台病院、神戸徳洲会病院、神戸掖済会病院、やまぐちクリニック	
(協力の内容)	高度医療を必要とする場合の入院、緊急時対応等	
協力歯科医療機関	なし	あり ; その名称 金川歯科、藤原歯科
(協力の内容)	年1回検診、往診	

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		
一般居室、介護居室のいずれか。但し、指定特定施設のサービスを受けない場合は一般居室のみの利用となる。		

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)		
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) 介護状態が悪化し、重介護棟での介護が必要となった場合、認知症専用の介護が必要となった場合、又は介護上の理由により介護部長が居室の移動が必要と考えた場合、居室を移動していただく場合があります。 その際、一定の観察期間を設け入居者及び身元引受人の意向を確認し、同意を得た後、医師、施設長、看護職員、介護長等による判断の上で居室の変更を行います。 この場合、月額利用料（上乗せ介護費が追加になります）、返還金等については入居一時金の条件により追加金等があります。		
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
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		

	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)		
	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
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・概ね65歳以上の方が対象</li> <li>・他の入居者に伝染する疾患がないこと</li> <li>・自傷、他傷の恐れがなく共同生活が円満にできること</li> </ul>	
	契約の解除の内容	<p>(入居契約者による解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退去日の30日前までに文書で通知することにより、契約を解除することができます。</li> </ul> <p>(事業主体による解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・次の場合で予告後6ヶ月を経過しても是正されないときは契約を解除することがあります。</li> </ul> <p>①入居申込書等に虚偽の記載をおこなったり、その他不正な手段により入居し</p>	

	<p>たとき</p> <p>②管理費その他の費用の支払いがない場合、または、正当な理由なくしばしば遅滞するとき。</p> <p>③本施設及び付帯の設備あるいは敷地を故意または重大な過失により汚損破損または滅失したとき。</p> <p>④その他規定に定める遵守規定を守らなかったとき。</p> <p>上記の注意要請によっても改善されない場合は、施設は契約解除等の必要な措置を取ることができるものとする。</p> <p>⑤入居者の行動が自己または他の入居者・職員の身体・生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ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ただし、①の場合は予告期間なしで契約を解除します。</p>
体験入居の内容	5泊6日（1日3食付）99,750円 消費税込
入居定員	111名
その他	

### 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
65歳未満	1	1				2
65歳以上75歳未満	1	2	1			4
75歳以上85歳未満	11	2	4	6	5	28
85歳以上	12	6	8	6	5	37
	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		1				1
75歳以上85歳未満	2	6	5			13
85歳以上	4	7	3			14

入居者の平均年齢 85.1歳

入居者の男女別人数 男性 24 女性 74

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 88%

#### 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			1			1
医療機関						
死亡者	3	1	3	2	6	15
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			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	9	19	70			

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	28		21.1m <sup>2</sup>
	一般居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	介護居室個室	あり	なし	83		21.1m <sup>2</sup>
	介護居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>
					m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
共有便所の設置数	9	うち男女別の対応が可能な数			3	
		うち車椅子等の対応が可能な数			9	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合				100%	
	うち車椅子等の対応が可能な数				111	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		4	1	2	5	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	各フロアにダイニング有り					
	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) 図書室、ロビー、ラウンジ、ゲームルーム、シアタールーム、売店、理美容室兼歯科診察室、カルチャー室、遊歩道庭園、第1・第2屋上庭園			
バリアフリーの対応状況						
	(その内容) 居室内を含む全館対応					
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			13,774.8m <sup>2</sup>			
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	2004.8.1	
				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			9,015.4m <sup>2</sup>			
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		
賃貸 (借地)						
	なし	あり	契約期間	始	2004.8.1	
				終	2034.7.31	
			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	窓口責任者：坂本 豊和	
電話番号	078-704-2005	
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
定休日等	通常勤務日以外については代表電話で職員が対応し、後日早急に対処します	
上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等		
窓口の名称	全国有料老人ホーム協会	
電話番号	03-3272-3781	
対応している時間	平日	10:00～16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等		
窓口の名称	神戸市介護保険課	
電話番号	078-331-8181	
対応している時間	平日	9:30～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
窓口の名称	兵庫県国民健康保険団体連合会	
電話番号	078-332-5601	
対応している時間	平日	9:30～17:00
	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		
なし	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険 対人賠償：5千万円 対物賠償：1千万円
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	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 事故発生時において治療を要する場合は適切な処置を行い、速やかに家族との連絡を取り解決に向けて誠実に対応する
サービスの提供内容に関する特色等		
(その内容) (食事サービス)・1日3回の食事とおやつの提供 (生活サービス)・掃除、洗濯(日曜日を除く) ・行政機関への各種代行 ・買い物代行(週1回) ・協力医療機関への送迎 (フロントサービス)・郵便、宅配の取次ぎ ・クリーニングの取次ぎ (健康管理サービス)・定期健康診断(年2回)及び歯科検診(年1回)		

・看護職員による健康相談 (その他サービス) ・アクティビティ活動及びサークル活動の運営 ・イベントの企画、開催			
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	あり	実施した年月日	2010年7月
		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			
なし	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	最低の額	最高の額
1 人の入居の場合		1千6百万円
	最低の額	最高の額
人の入居の場合	円	円
	最低の額	最高の額
人の入居の場合	円	円
一時金の償却に関する事項		
償却開始	入居した月	なし あり
	上記以外	(その内容)
初期償却率 (%)	入居一時金の20%	
償却年月数	72ヶ月	
解約時返還金の算定方法	入居一時金×0.8×(72ヶ月-入居月数) / 72ヶ月 ・契約期間は月単位とし、72ヶ月を超える場合は72ヶ月として算定 ・入居一時金の20%は90日後に償却	
保全措置の実施状況	なし あり	(その内容) (社団法人全国有料老人ホーム協会の入居者基金に加入) 入居者基金は、ホームと入居者との契約に基づきホームが拠出金を払うことにより、事業主体が万一倒産等のために入居の継続が困難となった場合に、入居者一人に対して500万円が支払われる制度です
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) 73,500円/月 (消費税込み) 人員過配置サービス費 (合理的積算根拠に基づく) *人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付 (利用者負担分を含む) に		

よる収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく			
「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精算根拠			
		なし	あり
名称		上乗せ介護費	
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居した月	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		72ヶ月	
解約時返還金の算定方法		介護一時金×(72ヶ月－入居月数) / 72ヶ月	
保全措置の実施状況		なし	あり <small>(その内容) (社団法人全国有料老人ホーム協会の入居者基金に加入)  入居者基金は、ホームと入居者との契約に基づきホームが拠出金を払うことにより、事業主体が万一倒産等のために入居の継続が困難となった場合に、入居者一人に対して500万円が支払われる制度です</small>

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
<small>(「あり」の場合、その内容及び利用料)</small>			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居した月	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	<small>(「あり」の場合、その内容)</small>	
④その他に要する一時金		なし	あり
<small>(「あり」の場合、その内容及び利用料)</small>			
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			
97,650円消費税込			
管理費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	97,650円消費税込
(「あり」の場合、その用途) 共用施設等の維持管理費、一般事務費、生活サービス等に係る人件費他			
食費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	63,000円消費税込
(「あり」の場合、その用途) ① 運営維持費 34,650円 (消費税込) ※全食お召し上がりにならない場合にも全額ご負担いただきます ② 食材費 28,350円 (消費税込) 1日当り 945円 (消費税込)			
光熱水費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	2,100円消費税込
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	<input checked="" type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 1. 5:1以上の介護体制の為の人件費 73,500円消費税込			
「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 <input checked="" type="radio"/> あり
個別的な選択による介護サービス	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ・往診等の医療費：保険診療費自己負担 ・利用者の希望する医療機関（協力病院以外）に入院する場合 移送費：専門業者に依頼（料金実費負担） 職員の同行：1人につき1,050円/30分 洗濯物の交換：1,050円/回（週2回まで） ・おむつ代：実費負担 ・嗜好品購入費：実費負担 ・クリーニング代：業者価格による（日常の洗濯は月額利用料に含まれる） ・理美容代金：実費負担 ・サークル活動での材料代：実費負担 ・アクティビティ等がかかった一部経費：実費負担 ・テレビ等のレンタル：レンタル料を負担 ・利用者の個人的な通信費：実費負担 ・ゲストルーム費用：実費負担（1人1泊3,150円） ・個別対応サービスにかかる費用（定期以外の買い物等）：実費負担			
家賃相当額	<input checked="" type="radio"/> なし	あり	円
その他に必要な月額利用料	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 要介護者の場合の介護保険給付自己負担額			
介護報酬額	単位/日	1か月分の費用額 (30日目安)	利用者負担金

要支援 1	203	63,640	6,364
要支援 2	469	147,031	14,703
要介護 1	571	179,008	17,900
要介護 2	641	200,953	20,095
要介護 3	711	222,898	22,289
要介護 4	780	244,530	24,453
要介護 5	851	266,788	26,678
個別機能訓練加算	12	3,750	375
夜間看護体制加算	10	3,120	312
医療機関連携加算	80	836	83

※要介護 1 から要介護 5 は「夜間看護体制加算（1 ヶ月 30 日計算）」の適用があり、別途お支払いいただきます。

※このほか、利用者によって「個別機能訓練加算（自己負担金 12 円/日）」「医療機関連携加算（自己負担金 83 円/月）」をお支払いいただく場合があります。

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

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

私は、重要事項説明書の記載内容について説明を受け、同意しました。

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

入居者又は代理人 \_\_\_\_\_

※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。



サービス等の一覧表

サービスを行う場所	自立		要支援1		要支援2	
	北棟3階		南棟・北棟		南棟・北棟	
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
基本サービス						
○巡回						
・昼間 8:30~17:30	◎ 必要に応じて実施		◎ 必要に応じて実施		◎ 1回~3回	
・夜間 17:30~翌8:30	◎ 必要に応じて実施		◎ 必要に応じて実施		◎ 1回~3回	
○食事介助						
・配膳下膳	◎		◎		◎ 補助具提供(エプロン含む)、一部介助	
・食事介助	◎ 必要に応じて実施		◎ 必要に応じて実施		◎ 適宜介助	
○排泄						
・排泄					◎ 適宜介助	
・おむつ交換					◎ 適宜介助	
・おむつ代						◎ 実費負担
○入浴等						
・清拭					◎ 原則、週3回(ご本人の希望により3回以上も可)	4回目より、1回につき525円(消費税込み)
・一般介助			◎ 必要に応じて実施		◎	
・特浴介助					◎	
○身体介助						
・体位変換					◎ 適宜介助	
・居室からの移動					◎ 着替えは起床時と就寝時を原則として行います	
・衣類の着脱					◎ 口腔ケアは毎食後	
・口腔ケア					◎ 他随時	
・身だしなみ介助					◎ P.Tにより必要に応じて実施	
○機能回復訓練	◎ 必要に応じて実施	◎ 施設外を利用した場合、実費	◎ 必要に応じて実施	◎ 施設外を利用した場合、実費	◎ 協力病院	◎ 施設外を利用した場合、実費
○通院時の対応	◎ 緊急を要する場合のみ相談員等に対応。嚥下医をかかりつけ医とされている場合は連携	◎ 協力病院以外への通院 2回/月までとし、ホーム出発から帰着する迄の間職員等の同行1人につき1,050円/30分(消費税込み)とする。2回/月を限度とする。	◎ 協力病院 嚥下医と連携	◎ 協力病院以外への通院 2回/月までとし、ホーム出発から帰着する迄の間職員等の同行1人につき1,050円/30分(消費税込み)とする。2回/月を限度とする。※本人のみも可	◎ 協力病院 嚥下医と連携	◎ 協力病院以外への通院 2回/月までとし、ホーム出発から帰着する迄の間職員等の同行1人につき1,050円/30分(消費税込み)とする。2回/月を限度とする。
介助費						
交通費						
タクシー代	なし	実費	なし	実費	なし	実費
通行料	なし	実費	なし	実費	なし	実費
駐車場代	なし	実費	なし	実費	なし	実費
食事代	なし	実費	なし	実費	なし	実費
○緊急時対応						
・ヘルパーコール	◎ 常時対応		◎ 常時対応		◎ 常時対応	
生活サービス						
○食事	◎ 必要に応じて実施	◎ 治療食、特別食	◎ 必要に応じて実施	◎ 治療食、特別食	◎ 日常の食事、おやつ提供、水分補給	◎ 治療食、特別食
○家事						
・清掃	◎ 日曜日を除く		◎ 日曜日を除く		◎ 日曜日を除く	
・洗濯		◎ クリーニングは実費負担		◎ クリーニングは実費負担	◎ 日曜日を除く	◎ クリーニング(水洗いできないもの、本人の希望によるもの)は実費負担
○居室配膳・下膳					◎ 必要に応じて実施	
○理美容		◎ 実費負担		◎ 実費負担		◎ 実費負担
○代行						
・買物	◎ 週に1回 原則として毎週火曜日(無料)※生活必需品	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)	◎ 週に1回 原則として毎週火曜日(無料)※生活必需品	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)	◎ 週に1回 原則として毎週火曜日(無料)※生活必需品	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)
・役所手続き	◎ 月に2回第2・第4日曜日(区内は無料)諸経費実費	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)	◎ 月に2回第2・第4日曜日(区内は無料)諸経費実費	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)	◎ 月に2回第2・第4日曜日(区内は無料)諸経費実費	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)
・銀行・郵便局	◎ 月に2回第2・第4日曜日(区内は無料)諸経費実費	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み) 区外は1回当たり1,050円+交通費実費+諸経費実費	◎ 月に2回第2・第4日曜日(区内は無料)諸経費実費	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)	◎ 月に2回第2・第4日曜日(区内は無料)諸経費実費	◎ 定期以外1回につき1050円(消費税込み)
・外出支援費		◎ (個別外出)※通院以外 外部サービスをご紹介します		◎ (個別外出)※通院以外 外部サービスをご紹介します		◎ (個別外出)※通院以外 外部サービスをご紹介します
健康管理サービス						
・健康診断	◎ 年2回の定期健康診断		◎ 年2回の定期健康診断		◎ 年2回の定期健康診断	
・歯科健診	◎ 年1回の定期健診		◎ 年1回の定期健診		◎ 年1回の定期健診	
・健康相談	◎ 随時実施		◎ 随時実施		◎ 随時実施	
・生活指導	◎ 随時実施		◎ 随時実施		◎ 随時実施	
・医師の往診		◎ 往診は保険診療		◎ 往診は保険診療		◎ 往診は保険診療
入退院時、入院中サービス						
・医療費		◎ 保険診療		◎ 保険診療		◎ 保険診療
・洗濯サービス	◎ 協力病院への実施 2回/週	◎ 3回目からは1,050円(消費税込み) 協力病院以外へは週1回とし、1回当り費用は1,575円+往復通行料+駐車場料	◎ 協力病院への実施 2回/週	◎ 3回目からは1,050円(消費税込み) 協力病院以外へは週1回とし、1回当り費用は1,575円+往復通行料+駐車場料	◎ 協力病院への実施 2回/週	◎ 3回目からは1,050円(消費税込み) 協力病院以外へは週1回とし、1回当り費用は1,575円+往復通行料+駐車場料
・移送サービス	◎ 協力病院への移送	◎ 他の病院は介護タクシーの実費	◎ 協力病院への移送	◎ 他の病院は介護タクシーの実費	◎ 協力病院への移送	◎ 他の病院は介護タクシーの実費
その他サービス						
・アクティビティ活動	◎ レクリエーション	◎ 応募型のアクティビティ	◎ レクリエーション	◎ 応募型のアクティビティ	◎ レクリエーション	◎ 応募型のアクティビティ
・サークル活動	◎	◎ 材料費等	◎	◎ 材料費等	◎	◎ 材料費等
・イベント等の提供	◎ 催事季に合わせて実施		◎ 催事季に合わせて実施		◎ 催事季に合わせて実施	

(2011年1月1日付改定)

自立・要支援1~5	
福祉用具	
介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
標準備付け ベッド、マット(褥創予防タイプ)、ベッドレール(1組)、ヘルパーコール(3箇所)、手すり(トイレ内標準仕様)	
上 常 時 使 用 す る 場 合 ( 要 介 護 2 以 上 )	標準型車椅子 離床(着床)センサー 1,050円/月、スイングバー(開閉式ベッド柵) 525円/月
一 時 的 に 使 用 す る 場 合	ポータブルトイレ、離床(着床)センサー、標準型車椅子

医療機器	
介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
一 時 的 に 使 用 す る 場 合	常 時 使 用 す る 場 合 1ヶ月を目処に吸引器、吸入器等はクリニック及び施設の機器で対応 吸引器・吸入器は個人負担で購入