

重要事項説明書

		記入年月日	平成 年 月 日
記入者名	平野 修一	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 営利法人
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃさんけあしすてむ 株式会社 サンケアシステム	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒870-0003	大分市大字生石37番地の7	
	電話番号	097-548-5133	
事業主体の連絡先	FAX番号	097-540-5110	
	ホームページアドレス	なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.suncaresystem.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	安部 省祐	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成16年1月15日		

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	グローバルライフ生石	大分市大字生石37-7
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		
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		
複合型サービス	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	グローバルライフ生石	大分市大字生石37-7
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

施設の名義、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名義	(ふりがな) ぐるーばるらいふいくし グローバルライフ生石	
施設の所在地	〒870-0003 大分市大字生石37番地の7	
施設の連絡先	電話番号	097-548-5133
	FAX番号	097-540-5110
	ホームページ	なし
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http:// www.suncaresystem.jp
施設の開設年月日	平成16年8月1日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	平野 修一
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR日豊本線「西大分駅」より約400m (徒歩約5分)		
施設の類型及び表示事項	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 居住の権利形態:利用権方式 <input type="checkbox"/> 入居時の要件:入居時自立・要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険:大分県指定介護保険特定施設 <input type="checkbox"/> 介護居室区分:全室個室(うち夫婦部屋3室) <input type="checkbox"/> 介護に係る職員体制: 3:1以上	
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護事業所 大分県指定第4470103120号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 大分県指定第4470103120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、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) ()内は介護予防特定施設		
事業の開始(予定)年月日	平成16年8月1日 (平成18年4月1日)	
指定の年月日	平成16年8月1日 (平成18年4月1日)	
指定の更新年月日	平成22年8月1日 (平成24年4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	1.0
生活相談員	1	1			2	1.5
看護職員	5		4		9	7.1
介護職員	28		3		31	30.1
機能訓練指導員	1		1		1	1.0
計画作成担当者	1	1			2	1.5
栄養士	0				0	0
調理員	0				0	0
事務員	4				4	4.0
その他従業者	1		1		2	1.6

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	19			
実務者研修	9		3	
介護職員初任者研修				
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				
作業療法士	1			
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

人数	夜勤帯平均人数 (19時～8時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1 (夜間オンコール対応)	1 (夜間オンコール対応)
介護職員	4	4

特定施設（介護予防特定施設）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			2	1.5
看護職員	5		4		9	7.1
介護職員	28		3		31	30.1
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1	1			2	1.5
その他従業者	1		1		2	1.8
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	19					
実務者研修	9			3		
介護職員初任者研修						
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						
作業療法士	1					
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						有・無
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 社会福祉士		
特定施設入居者生活介護等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 (要介護者等の数に対する介護・看護職員の配置比)						41.3% (2.4 : 1)

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	0	7			
前年度1年間の退職者数	0	1	5			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			6		1	
1年以上3年未満の者の人数			6	1		
3年以上5年未満の者の人数			3			
5年以上10年未満の者の人数			5	1	1	
10年以上の者の人数	5	3	8	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	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					1	
5年以上10年未満の者の人数	1				1	
10年以上の者の人数						
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		
<p>敬愛 実践 信頼</p> <p>多様な価値観をお持ちの施設入居者の方々のプライバシーはもとより、ご利用者の尊厳を大切に、ハートフルな介護サービスの提供を心がけるとともに、地域の皆様とも協調を図りながら、施設ご利用者の皆様から学ぶ姿勢を忘れることなく、自己研鑽に努め、信頼していただける施設サービスを提供してまいります。</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
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
介護職員処遇改善加算（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	シーサイドクリニックオオイト、渡辺内科医院、ハートクリニック	
(協力の内容)	<p>「協力医療機関契約書」による、入居者の診察・治療並びに緊急対応の支援、入院を要する場合の他の医療機関との連携（医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>○シーサイドクリニックオオイト（大分市大字生石37-7）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科目：内科、消化器内科、リハビリテーション科 <p>○渡辺内科（大分市生石2丁目1-5）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科目：内科、消化器科、循環器科、呼吸器科 <p>○ハートクリニック（大分市光吉台17-280）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療科目：内科、訪問診療 	
協力歯科医療機関	なし	あり
(協力の内容)	<p>「協力医療機関契約書」による、入居者の歯科診療及び投薬等（医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p> <p>その名称 けんせい歯科クリニック</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		
居室及び共用施設		

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) 一時介護室はございません。		
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) 入居者の身体、精神状況に著しい変化が生じた場合において、居室を住み替えていただくことがあります。その場合、以下の手続を行います。 ①入居者の意思を確認する ②身元引受人等の意見を聴く なお、利用料金等に重大な変更がある場合、次の手続をあわせて行います。 ①一定の観察期間を設ける ②費用負担の増減等を入居者、身元引受人等に説明 ③入居者、身元引受人の同意を得る		
追加的費用の有無 (同タイプの居室の場合)	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) そのまま存続します。		
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	概ね60歳以上の方で、2人入居の場合は夫婦に限ります。		
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらとも逝去した場合） ②事業者が解約した場合（90日の予告期間が必要） ③入居者が解約した場合（30日の予告期間が必要） 主な解除理由 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段による入居 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延 ・入居者の行動が、他の入居者又は職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、等（その他は入居契約書参照）		
体験入居の内容	1泊 3,440円（7泊までで食事代別途必要）		
入居定員	98人		
その他			

入居者の状況

入居者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	6	6	6	4	2	24
85歳以上	13	7	5	1	11	47
	自立	要支援1	要支援2			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				8
85歳以上	4	8	5			17

入居者の平均年齢 87.1歳

入居者の男女別人数 男性 30人 女性 67人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 98.9%

前年度の有料老人ホームを退居した者の人数

	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	3	2		3	7	15
その他			1	1		2
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他		1				1

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	10	7	49	27	4	

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	室		m ²
	一般居室相部屋	あり	なし	室	人部屋	m ²
				室	人部屋	m ²
				室	人部屋	m ²
	介護居室個室	あり	なし	A 88室		18.75m ²
				B 6室		20.78m ²
				C 1室		24.80m ²
D 3室				夫婦部屋	37.54m ²	
計 98室						
介護居室相部屋	あり	なし	室	人部屋	m ²	
			室	人部屋	m ²	
一時介護室	あり	なし	室	人部屋	m ²	
共用便所の設置数	(全数)	うち男女別の対応が可能な数			8個	
	15個	うち車椅子等の対応が可能な数			7個	
個室の便所設置数	(全数)	個室における便所の設置割合			100%	
	98個	うち車椅子等の対応が可能な数			98個	
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	0	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	各階(2~7階)に1ヶ所ずつ					
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・談話室、多目的室(機能訓練にも使用)、眺望室				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 施設内全館対応						
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			3,911.67m 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(借地)						
なし	あり	契約期間	始	H.16.7.1	終	
		契約の自動更新		なし	あり	

施設の建物に関する事項							
建物の構造				鉄筋コンクリート・7階建			
建物の延床面積				4,808.89 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 H.16.7.1 終 H.36.6.30	
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		生活相談室 (苦情処理担当者を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申し出による差別的な待遇は一切行いません。)	
電話番号		097-548-5133	
対応している時間		平日	9:00~16:00
		土曜	9:00~16:00
		日曜・祝日	9:00~16:00
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グローバルライフ生石 第三者委員会 ②大分市長寿福祉課 ③大分県高齢者福祉課 ④大分県国民健康保険団体連合会	
電話番号		①097-548-5133 (事務局) ②097-534-6111 ③097-536-1111 ④097-534-8470	
対応している時間		平日	① 9:00~16:00 ②③④ 9:00~17:00
		土曜	① 9:00~16:00 ②③④ -
		日曜・祝日	① 9:00~16:00 ②③④ -
定休日等		① なし ②③④ 土日・祝祭日・年末年始等	

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		あり	
(その内容) あいおい損害保険 介護保険社会福祉事業者総合保険 (限度額) 対人賠償 5億円 対物賠償 500万円			
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		あり	
(その内容)			

サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 介護度によるフロア別のサービスを提供			
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日	H.16.8.1
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> 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

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式			
敷金	0 円 (家賃の ヶ月分)					
一時金方式						
一時金及び月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定	なし	あり				
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり				
料金プラン						
プラン名称	一時金 (1月当たり前 払家賃相当額)	月額 計	(内 訳)			
			家賃 相当額	食費	光熱 水費	管理費
Aタイプ	160万円 (2万円/月)	151,800円	60,000円	48,600円	実費	43,200円
Bタイプ	160万円 (2万円/月)	156,800円	65,000円	48,600円	実費	43,200円
Cタイプ	160万円 (2万円/月)	166,800円	75,000円	48,600円	実費	43,200円
Dタイプ(1人)	240万円 (3万円/月)	213,400円	100,000円	48,600円	実費	64,800円
Dタイプ(夫婦)		262,000円	100,000円	97,200円	実費	64,800円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額	居室面積、借地料、借家料、借入利息等を勘案した家賃相当額を設定し、1月当たりの前払家賃相当額を控除したもの				
	食費	外部委託契約による負担（喫食1日3食+おやつ 30日の場合の料金表示）				
	光熱水費	居室電気使用料に応じた実費負担				
	管理費	共有部分の維持管理、事務・管理部門の人件費他				
	一時金	<p>A・B・Cタイプ $160万円 = 2万円 (1ヶ月分の家賃相当額のうち前払金分) \times 60ヶ月 (想定居住期間 (月数)) + 40万円 (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する費用)$</p> <p>Dタイプ $240万円 = 3万円 (1ヶ月分の家賃相当額のうち前払金分) \times 60ヶ月 (想定居住期間 (月数)) + 60万円 (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する費用)$</p>				
一時金の償却に関する事項						
償却開始日の設定	入居日	入居日の翌日				
初期償却率 (%)	25%					
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				<p>A・B・Cタイプ 40万円</p> <p>Dタイプ 60万円</p>		
権利金等(※)の額	0円					
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。						
償却年月数 (想定居住期間)	60ヶ月					

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 想定居住期間内に契約が終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。 返還金＝一時金×想定居住期間償却率（75%）÷（入居の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了の翌日から償却期間満了日までの実日数） ※その他、月払い利用料については日割り計算を行います。 					
保全措置の実施状況	なし	あり	※ 別口座にて管理		
三月以内の契約終了による返還金について					
三月の起算日	入居日	その他	（入居日の翌日）		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後3月が経過するまで（入居日の翌日から平成 年 月 日まで）の間に契約が解除又は死亡により終了する場合には、入居一時金の全額を返還し、入居日から契約終了日までの家賃相当額をお支払いいただきます。 ・ 本契約における目的施設の1日当たりの家賃相当額は（A・B・Cタイプ：667円、Dタイプ：1,000円）です。これは算定根拠となる月額家賃相当額を30日で除した額です。 ※月払い利用料についても日割り計算にてお支払いいただきます。 ※その他、必要な原状回復費用などがあればご相談のうえお支払いいただきます。 					
一時金の支払方法					
入居契約締結後、一括して銀行口座振込の支払方法とします。					
月払い方式					
月単位で支払う利用料					
年齢に応じた金額設定	なし	あり			
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり			
料金プラン					
プラン名称	月額	(内 訳)			
	計	家賃相当額	食費	光熱水費	管理費
Aタイプ	171,800円	80,000円	48,600円	実費	43,200円
Bタイプ	176,800円	85,000円	48,600円	実費	43,200円
Cタイプ	186,800円	95,000円	48,600円	実費	43,200円
Dタイプ（1人）	243,400円	130,000円	48,600円	実費	64,800円
Dタイプ（夫婦）	292,000円	130,000円	97,200円	実費	64,800円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
算定根拠	家賃相当額	居室面積、借地料、借家料、借入利息等を勘案			
	食費	外部委託契約による負担（喫食1日3食＋おやつ 30日の場合の料金表示）			
	光熱水費	居室電気使用料に応じた実費負担			
	管理費	共有部分の維持管理、事務・管理部門の人件費他			

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護保険料の1割をお支払いいただきます。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
内容			
利用料		円（月額・日額）	
算定根拠			
支払方法	月単位（日割りの有無 あり・なし）		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定 （介護サービス等の一覧表を参照）		
料金改定の手続			
本施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、家族懇談会及び第三者委員会の意見を聴いたうえで改定することがあります。			

6. その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	（その内容）	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

入居者 _____ (印)

署名代行者 _____ (印) (続柄 _____)

身元引受人 _____ (印)

説明年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____ (印)