

東京都消費生活条例による表示

「かがやきの郷」入居契約 兼 指定（介護予防）特定施設等利用契約
重要事項説明書

記入年月日	令和6年1月1日
記入者名	藤原 健太
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	法人の種類	株式会社
名称	(ふりがな) (か) サンライズヴィラつちうら 株式会社サンライズヴィラ土浦	
主たる事務所の所在地	〒300-0065 茨城県土浦市常名 2212 番地	
連絡先	電話番号	029-823-8808 0120-085-787 (フリーダイヤル)
	FAX番号	029-826-7301
	ホームページアドレス	https://www.kagayakinosato.com
代表者	氏名	島田 宏之
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和63年2月25日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かがやきのさと かがやきの郷	
所在地	〒300-0065 茨城県土浦市常名 2212 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 常磐線「土浦駅」
	交通手段と所要時間	① JR 常磐線「土浦駅」下車 ・タクシー10分 3.4km ・バス 15分「在宅」停留所で下車、徒歩 200m ② 常磐自動車道「土浦北 IC」より車で 5分 5km
連絡先	電話番号	029-823-8808 0120-085-787 (フリーダイヤル)
	FAX番号	029-826-7301
	ホームページアドレス	https://www.kagayakinosato.com
管理者	氏名	藤原 健太
	職名	施設長
建物の竣工日		平成4年11月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成12年4月1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業者 茨城県：0870300498 介護予防特定施設入居者生活介護事業者 茨城県：0870300498
	指定した自治体名	茨城県
	事業所の指定日	平成 12 年 3 月 24 日
	指定の更新日 (直近)	令和 2 年 4 月 2 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	6,954 m ²					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地					
		2 事業者が賃借する土地					
		抵当権の有無	1	あり	2	なし	
所有関係	契約期間	1	あり	(年 月 日 ~ 年 月 日)			
	2	なし					
	契約の自動更新	1	あり	2	なし		
建物	延床面積	全体	8,192.65 m ²				
		うち、老人ホーム部分	702.65 m ²				
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()					
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
		2 事業者が賃借する建物					
		抵当権の設定	1	あり	2	なし	
		契約期間	1	あり	(年 月 日 ~ 年 月 日)		
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
			2 相部屋あり				
最少			2人部屋				
		最大	4人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
Sタイプ (夫婦部屋)		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	56.24 m ²	2	一般居室個室	
Aタイプ (夫婦部屋)		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	42.75 m ²	24	一般居室個室	
Bタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	33.75 m ²	70	一般居室個室	
Cタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	28.12 m ²	4	一般居室個室	
個室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	15.63 m ²	21	介護居室個室	

	多床室 2 人	有/無	有/無	25.13 m ²	5	介護居室相部屋		
	多床室 3 人	有/無	有/無	35.37 m ²	4	介護居室相部屋		
	多床室 4 人	有/無	有/無	47.25 m ²	6	介護居室相部屋		
	個室	有/無	有/無	15.63 m ²	1	一時介護室		
共用施設	共用便所における 便房	23ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		23ヶ所			
	共用浴室	2ヶ所	個室		0ヶ所			
			大浴場		2ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所			
			リフト浴		1ヶ所			
			ストレッチャー浴		1ヶ所			
			その他 ()		ヶ所			
食堂	1	あり	2	なし				
入居者や家族が利 用できる調理設備	1	あり	2	なし				
エレベーター	1	あり (車椅子対応)	2	あり (ストレッチャー対応)	3	あり (上記1・2に該当しない)	4	なし
消防用設備 等	消火器	1	あり	2	なし			
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし			
	火災通報設備	1	あり	2	なし			
	スプリンクラー	1	あり	2	なし			
	防火管理者	1	あり	2	なし			
	防災計画	1	あり	2	なし			
その他	共用施設の設備状況：ロビー、応接コーナー、健康相談室、図書室、麻雀室、和室（茶室）、ラウンジ、屋上ガーデン、専用駐車場（有料）、菜園、多目的ホール（介護棟）、汚物処理室 年に2回防災訓練実施							

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>経営理念</p> <p>1. 誠実な心</p> <p>2. 責任ある行動</p> <p>3. 社会の共栄</p> <p>を、モットーに、地域に愛され、地域になくってはならぬ「かがやきの郷」の確立に、全員で努力致します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>我々は入居者を敬い</p> <p>住：快適な居住空間を提供いたします。</p> <p>介：心のこもった介護を提供いたします。</p> <p>医：よりよい健康管理のお手伝いをいたします。</p> <p>食：栄養バランスのよいお食事を提供いたします。</p> <p>遊：楽しい遊びの時間を提供いたします。</p> <p>文化：歴史的な地元の文化を提供いたします。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅰ)ロ		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1 以上	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	土浦リハビリテーション病院 介護医療院
		住所	土浦市真鍋新町 11-7
		診療科目	内科/整形外科/泌尿器科/リハビリテーション科
		協力内容	入院対応、訪問診療
	2	名称	わたひきクリニック（嘱託医）
		住所	土浦市桜町 3-5-1-2
		診療科目	内科/心療内科/精神科/神経内科
		協力内容	健康管理、医療管理、定期訪問診療、往診、緊急時対応
	3	名称	桜井内科医院
		住所	土浦市中央 2-16-21
		診療科目	内科/循環器科/呼吸器科/消化器科
		協力内容	健康管理、医療管理、定期訪問診療、往診、緊急時対応
協力歯科医療機関		名称	とうぎき歯科クリニック
		住所	土浦市東崎町 11-30
		協力内容	定期往診・治療、口腔ケア、口腔衛生指導 緊急時対応

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）
判断基準の内容	退院後や一時的に 24 時間の介護が必要となった場合、常時介護が必要となった場合に、一般居室から介護居室への住み替えを求め る場合があります。
手続きの内容	介護居室へ移る場合 ① ホームが指定する医師の意見を聴く ② 概ね 3 か月間の観察期間を置く ③ 本人・身元引受人の同意を得る
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行 (一時介護室の場合は概ね6か月間の観察期間を置く)	
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	入居時 60 歳以上。(2 人入居の場合は、夫婦・親子・兄弟姉妹・友人でどちらかが 60 歳以上) ホーム看護職員は中心静脈栄養管理、気管切開、経管栄養、人工呼吸器、伝染病の対応は不可。 その他、療養管理については要相談	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容: 空室がある場合。1 泊 2 食付 5,000 円+税) 2 なし	
入居定員	186 人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ^{※1}
	合計			
		常勤	非常勤	※2
管理者	1	1		0.3
生活相談員	4	4		2.0
直接処遇職員				
介護職員	57	22	35	35.0
看護職員	6	1	5	4.0
機能訓練指導員	2	1	1	1.2
計画作成担当者	3	2	1	1.5
栄養士	1	1		委託
調理員	8	2	6	委託
事務員	6	4	2	5.0
その他職員	3	3		委託
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				37時間
<p>※1 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。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	18	11	7
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	27	8	19
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1		1
理学療法士	1	1	
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	4 人	3 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率*	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	【表示事項】 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.1 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり 2 なし				
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称		介護支援専門員						
	2 なし										
		看護職員		介護職員		生活相談員		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			1		2						
前年度1年間の退職者数					4						
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			1	5						
	1年以上				2						
	3年未満										
	3年以上			2	5						
	5年未満										
	5年以上		1	5	7						
	10年未満										
10年以上	1	4	12	15	4		1	1	2	1	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式				
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式				
	2 一部前払い・一部月払い方式				
	3 月払い方式				
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 月払い方式</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式	<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式					
<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式					
<input type="checkbox"/> 3 月払い方式					
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 60 日以上の場合に限り、 60 日経過後の翌月より管理費 20,000 円＋税				
利用料金の改定	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">条件</td> <td>物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。</td> </tr> <tr> <td>手続き</td> <td>運営懇談会の意見を聴く。</td> </tr> </table>	条件	物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。	手続き	運営懇談会の意見を聴く。
条件	物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。				
手続き	運営懇談会の意見を聴く。				

(利用料金のプラン)【全額前払い方式の場合】

		一般居室	介護居室
入居者の状況	要介護度	自立・要支援	要支援・要介護
	年齢	60歳以上	60歳以上
居室の状況	床面積	28.12～56.24 m ²	15.63～47.25 m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	216万円～2,620万円	216万円～1,008万円
	前払金の毎月の償却額 ※一般居室の2人目は各料金の50%を追加料金として加算	Sタイプ：130,000円 Aタイプ：100,000円 Bタイプ：80,000円 Cタイプ：50,000円	50,000円 (1人) 100,000円 (2人)
<p>月ごとに必要な費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前月支払：介護保険外費用のうち「管理費」「食費」「介護費用（上乗せ部分、介護居室のみ）」「生活支援費（一般居室のみ）」の合計額（下表「介護保険外月額費用の合計」） ・翌月支払：「特定施設入居者生活介護の費用（本人負担分）」及び、介護保険外費用のうち「その他（実費）」の合計額、並びに前月支払分の精算額 			
介護保険外月額費用の合計		163,880円（1人） 282,660円（2人）	174,880円（1人） 304,660円（2人）
食費 ※1日3食とも契約の場合		59,160円（1人） 118,320円（2人）	59,160円（1人） 118,320円（2人）
管理費		99,220円（1人） 153,340円（2人）	104,720円（1人） 164,340円（2人）
介護費用（上乗せ部分）		0円	11,000円（1人） 22,000円（2人）
生活支援費		5,500円（1人） 11,000円（2人）	0円
その他		実費	実費
特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、利用者から本人負担分（1割又は2割又は3割）の支払いを受けるものとする。	

(利用料金のプラン・代表的なプラン2例)【全額前払い方式の場合】

		プラン1 一般居室Bタイプ	プラン2 介護居室 個室	
入居者の状況	要介護度	自立	要介護3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	33.75 m ²	15.63 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	8,000,000円 (償却月数90ヶ月)	3,600,000円 (償却月数65ヶ月)	
月額費用の合計		163,880円	197,654円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 (1割又は2割又は3割)	0円	22,774円 (30日、1割の場合) 夜間看護体制加算、サービス提供体制強化加算、医療機関連携加算、個別機能訓練加算、介護職員処遇改善加算、が含まれています。	
	介護保険外 ^{※2}	食費	59,160円	59,160円
		管理費	99,220円	104,720円
		介護費用(生活支援費)	0円	11,000円
		生活支援費	5,500円	0円
		光熱水費	実費	実費
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)</p>				

(利用料金のプラン)【月払い方式の場合】

		一般居室	介護居室
入居者の状況	要介護度	自立・要支援	要支援・要介護
	年齢	60歳以上	60歳以上
居室の状況	床面積	28.12～56.24 m ²	15.63～47.25 m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	敷金	180,000円～468,000円 3か月分	180,000円 3か月分
<p>月ごとに必要な費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前月支払：介護保険外費用のうち「管理費」「食費」「介護費用（上乗せ部分、介護居室のみ）」 「生活支援費（一般居室のみ）」の合計額（下表「介護保険外月額費用の合計」） ・翌月支払：「特定施設入居者生活介護の費用（本人負担分）」及び、介護保険外費用のうち「その他（実費）」の合計額、並びに前月支払分の精算額 			
介護保険外月額費用の合計		223,880円～319,880円 (1人) 372,660円～516,660円 (2人)	234,880円(1人) 424,660円(2人)
家賃相当額		Sタイプ：156,000円 Aタイプ：120,000円	60,000円 (1人)
※一般居室の2人目は各料金の50%を追加料金として加算		Bタイプ：96,000円 Cタイプ：60,000円	120,000円 (2人)
食費		59,160円(1人)	59,160円(1人)
※1日3食とも契約の場合		118,320円(2人)	118,320円(2人)
管理費		99,220円(1人) 153,340円(2人)	104,720円(1人) 164,340円(2人)
介護費用（上乗せ部分）		0円	11,000円(1人) 22,000円(2人)
生活支援費		5,500円(1人) 11,000円(2人)	0円
その他		実費	実費
特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、利用者から本人負担分（1割又は2割又は3割）の支払いを受けるものとする。	

(利用料金のプラン・代表的なプラン2例)【月払い方式の場合】

		プラン1 一般居室Bタイプ	プラン2 介護居室 個室	
入居者の状況	要介護度	自立	要介護3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	33.75 m ²	15.63 m ²	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	敷金	288,000円	180,000円	
月額費用の合計		259,880円	257,654円	
家賃相当額		96,000円 96,000円×90回払い	60,000円 60,000円×65回払い	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 (1割又は2割又は3割)	0円	22,774円 (30日、1割の場合) 夜間看護体制加算、サービス提供体制強化加算、医療機関連携加算、個別機能訓練加算、介護職員処遇改善加算、が含まれています。	
	介護保険外 ^{※2}	食費	59,160円	59,160円
		管理費	99,220円	104,720円
		介護費用(生活支援費)	0円	11,000円
		生活支援費	5,500円	0円
		光熱水費	実費	0円
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃相当額	建物の建設費、借入金利息等を基礎とし、近隣の家賃等を参考にして算出した。
敷金	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が目的施設に入居し、日常生活に必要な各種サービスを受ける場として当該目的施設を利用するにあたり、月額家賃相当額の3か月分を、本契約から生ずる債務の担保とする。 ・全額無利息の預り金とする。 ・消費税の負担はなし。
介護費用（生活支援費）	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>（一般居室）生活支援費：自立者に対する一時的介護、生活支援費用 （介護居室）介護費用：長期推計に基づき、要介護者2.5人に対し週37時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な算定根拠に基づく。</p>
管理費	共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。
光熱水費	実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	おやつ代（介護居室にて希望に応じ提供、実費）

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	（前掲）
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	34人
	女性	87人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	11人
	75歳以上 85歳未満	31人
	85歳以上	78人
要介護度別	自立	33人
	要支援1	10人
	要支援2	5人
	要介護1	25人
	要介護2	20人
	要介護3	14人
	要介護4	6人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	15人
	6ヶ月以上 1年未満	12人
	1年以上 5年未満	48人
	5年以上 10年未満	27人
	10年以上 15年未満	11人
	15年以上	8人

(入居者の属性)

平均年齢	85.4歳
入居者数の合計	121人
入居率※	65%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	人
	死亡者	17人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 在宅復帰、特養入所

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		① 社内対応：お客様相談窓口、施設長 (苦情処理担当を定め体制を整備。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。苦情による差別的な待遇は一切行わない。) ② 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ③ 茨城県国民健康保険団体連合会 ④ 土浦市高齢福祉課
電話番号		① 029-823-8808 (内線 151) ② 03-3548-1077 ③ 029-301-1565 ④ 029-826-1111
対応している時間	平日	① 随時 ②、③、④ 10:00～17:00
	土曜	① 随時
	日曜・祝日	① 随時
定休日		① なし ②、③、④ 土日祝祭日

(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	1 あり	公社) 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」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可効力による場合を除き賠償される。
	2 なし	
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	1 あり	(その内容) 緊急時対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(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	1 あり 2 なし	実施日	平成 29 年 11 月 15 日
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	平成 25 年 1 月 16 日
		評価機関名称	ぎょうせい総研
		結果の開示	1 あり 2 なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 4回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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"/> 1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別の実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____様

説明年月日 令和 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。

別添1 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	「かがやきの郷」特定施設入居者生活介護事業所	茨城県土浦市常名2212番地
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		
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		
看護小規模多機能型居宅介護	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	「かがやきの郷」介護予防特定施設入居者生活介護事業所	茨城県土浦市常名2212番地
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		

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無								なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		備考				
	包含	都度	包含	都度	料金（税込）				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋ 上乗せ介護費	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋ 上乗せ介護費	
おむつ代			なし	あり		○		オムツ S¥120 M¥140 L¥150 リハビリ S¥100 M¥110 L¥130 LL¥140 パッド女性用¥30 外モレ安心¥40 長時間安心¥50 一晩中安心¥80 吸収シート¥30 /1枚	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			週 4 回以上は実費 （¥2,200/1時間）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			週 4 回以上は実費 （¥2,200/1時間）	
身辺介助（移動・着替等）	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋ 上乗せ介護費	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋加算給付	
通院介助（付添介助）	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100円/30分 最初の30分以降は 550円/15分	市内受診など介護費・生活支援費による 市外受診、時間外受診等 ホーム指定時のみ有料 （有料時は事前に説明の上実施）	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	1,100円/30分 最初の30分以降は 550円/15分	要介護者：特定施設生活介護費による 自立者の一時的介護者：生活支援費による	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	220円/1回	ホームが必要と認めた回数を超える場合：有料 自立者による本人要望時：有料	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	110円/1回	外部の食事代実費	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	○	実費		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費		
おやつ			なし	あり		○	実費		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費		
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	550円/30分 最初の30分以降は	ホームスケジュールによる代行は無料 別途実費負担あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	275円/15分		
金銭・貯金管理			なし	あり		○	2,640円/年	個別管理台帳作成 （基本的には個人管理）	

	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス (利用者一部負担※1)		個別の利用料 (利用者が全額負担)		で、実施するサービス			備考
					包含	都度	料金(税込)	
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			年1回
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり				実施していない
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。