

介護付有料老人ホーム  
ハイリタイヤー21南山

# 重 要 事 項 説 明 書

株式会社 セントラル・エム・ケア  
ハイリタイヤー 21南山

## 重要事項説明書

	記入年月日	平成26年 4月 1日
記入者名	上平 秀晃	所属・職名
		管理者

### 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	営利法人
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃせんとらる・えむ・けあ 株式会社 セントラル・エム・ケア
事業主体の主たる事務所の所在地	〒461-0001	名古屋市東区泉一丁目19番8号
事業主体の連絡先	電話番号	052 - 953 - 9800
	FAX 番号	052 - 953 - 7767
	ホームページアドレス	なし
		<input checked="" type="checkbox"/> : <a href="http://www.central-m-care.co.jp">http://www.central-m-care.co.jp</a>
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	塚本 友紀
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成15年11月10日	

事業主体が名古屋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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	セントラル・エム・ケア訪問介護事業所	名古屋市東区泉一丁目19番8号
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ハイリタイヤー名城 ハイリタイヤー松葉公園	名古屋市西区新道二丁目1-21 名古屋市中川区丸米町二丁目23
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
複合型サービス	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	セントラル・エム・ケア居宅介護支援事業所	名古屋市東区泉一丁目19番8号
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	セントラル・エム・ケア訪問介護事業所	名古屋市東区泉一丁目19番8号
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		



	介護予防特定施設入居者生活介護：平成 18 年 9 月 1 日
指定の年月日	特定施設入居者生活介護：平成 18 年 9 月 1 日 介護予防特定施設入居者生活介護：平成 18 年 9 月 1 日
指定の更新年月日	特定施設入居者生活介護：平成 24 年 8 月 29 日 介護予防特定施設入居者生活介護：平成 24 年 8 月 29 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	0.5
生活相談員	1	1			2	1
看護職員	1		2	1	4	2.3
介護職員	7		4		11	9.5
機能訓練指導員				1	1	0.1
計画作成担当者	1				1	1
栄養士						
調理員						
事務員						
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						37.5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	1					
介護福祉士	1					
実務者研修						
介護職員初任者研修	5			3		
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						
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						

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 (23時～6時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	1		1			
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
看護職員	1		2	1	4	2.3
介護職員	7		4		11	9.5
機能訓練指導員				1	1	0.1
計画作成担当者	1				1	1
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 37.5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	1					
介護福祉士	1					
実務者研修						
介護職員初任者研修	5			3		
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						
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	
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	
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					2.9 : 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	
	専従	非専従	専従	非専従	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	2		2			
前年度1年間の退職者数	2		3			
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数		2	3			
1年以上3年未満の者の人数	1	1	3			
3年以上5年未満の者の人数			2			
5年以上10年未満の者の人数			3		2	
10年以上の者の人数						
	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						1
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						
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			
<ul style="list-style-type: none"> <li>入居者様の人格を尊重し、心身の状態に適したサービスを提供する。</li> <li>常に利用者様の立場になって考え、安心 安全な施設運営に努める。</li> <li>要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある高齢者に対して、適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。</li> </ul>			
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		<input type="checkbox"/> なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		<input type="checkbox"/> なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		<input type="checkbox"/> 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伊藤クリニック ②医療法人生寿会かわな病院		
(協力の内容)	往診、日常の健康管理・相談、健康診断の実施		
協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称：リハデンタルクリニック
(協力の内容)	往診、治療・相談、口腔ケアの指導等		
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			
介護は各居室にて行う(全室介護対応型)			

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)

身体状況の変化等により他の介護居室に移っていただく場合には、

- ① 変更する理由、変更先の場所の概要、介護内容、費用負担について入居者及び身元引受人に説明を行う。
- ② 身元引受人の意見を聞く。
- ③ 入居者本人の同意を得る。

以上の手続を経て、介護居室の移動を行います。

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)

なし

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室から面積の増減の有無

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)

なし

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

身体状況の変化等により他の介護居室に移っていただく場合には、

- ① 変更する理由、変更先の場所の概要、介護内容、費用負担について入居者及び身元引受人に説明を行う。
- ② 身元引受人の意見を聞く。
- ③ 入居者本人の同意を得る。

以上の手続を経て、介護居室の移動を行います。

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり
			従前居室との仕様の変更		
			便所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
			浴室の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
			洗面所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
			台所の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
			その他の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	身元引受人を一名定めていただきます。身元引受人は契約書の必要義務に責任を負います。また、必要時に入居者の身柄を引き取ります。		

<p>契約の解除の内容</p>	<p>(入居契約者による解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者および利用者代理人は、事業者に対し、1ヶ月の予告期間においてこの契約を解除することができます。(30 日前に解除届を提出)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 契約解除日までに居室を明け渡すものとする。</li> <li>② 契約解除届を提出しないで、居室を退去した場合には、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して、30 日目をもって契約は解除されたものとする。</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の死亡による解除は、死亡後7日以内に解除届を提出し、記載された退去日までに私物の搬出を完了とする。</li> </ul> <p>(事業者の契約解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者は利用者および利用者代理人に対し、次の各号に該当する場合には 90 日間の予告期間において、この契約を解除することが出来ます。ただし、事業者は解除通告をするに当たっては、次の第2号を除き利用者および利用者代理人に十分な弁明の機会を設けるものとします。</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 入居申込書に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居した時。</li> <li>② 伝染病疾患により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めかつ利用者の退去の必要があるとき。</li> <li>③ 正当な理由なく、利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月分滞納したとき。</li> <li>④ 建物、付帯設備、敷地を故意または重大な過失により汚損、破損、滅失したとき。</li> <li>⑤ 利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用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事業者が判断したとき。</li> <li>⑥ 利用者または利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。</li> <li>⑦ 利用者、または身元引受人が反社会的勢力と判明し、その勢力を事業者または他の利用者に行使しようとする恐れがあるとき。</li> </ol>
<p>体験入居の内容</p>	<p>管理運営規定に準ずる。</p>
<p>入居定員</p>	<p>43名(8室・2名入居可能)</p>
<p>その他</p>	

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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	3	3	1	1	1	9
85歳以上	4	4	3	1	2	14
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	1					1
85歳以上	5		3			8

入居者の平均年齢 87.9歳

入居者の男女別人数 男性 5 女性 27

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 91.4%

前年度の有料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	2	1		1	3	7
その他						
	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						

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	2	2	18	10		

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 <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	35		18.00~46.8 m <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>
共用便所の設置数	6			うち男女別の対応が可能な数	0	
				うち車椅子等の対応が可能な数	5	
個室の便所の設置数	35			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	35	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
	23	20	2		1	
その他、浴室の設備に関する事項						

食堂の設備状況			
入居者等が調理を行う設備状況		なし	<input type="checkbox"/> あり
その他、共用施設の設備状況			
なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 健康管理室 × 1箇所 / 7.60 m <sup>2</sup> (2階) ラウンジ × 1箇所 / 50.48 m <sup>2</sup> (1階) 相談室 (和室) × 1箇所 / 15.08 m <sup>2</sup> (1階) 洗濯リネン室 × 3箇所 / 3.67 m <sup>2</sup> (1階)・3.67 m <sup>2</sup> (2階)・3.67 m <sup>2</sup> (3階) 湯上りコーナー × 2箇所 / 12.65 m <sup>2</sup> (2階)・11.41 m <sup>2</sup> (3階) 配膳室 × 2箇所 / 8.40 m <sup>2</sup> (2階)・11.19 m <sup>2</sup> (3階) 事務所 × 1箇所 / 18.90 m <sup>2</sup> (1階)	
バリアフリーの対応状況			
(その内容) 全館バリアフリー対応			
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり
施設の敷地に関する事項			
敷地の面積		1880.00 m <sup>2</sup>	
事業所を運営する法人が所有		<input type="checkbox"/> なし	一部あり あり
<sub>1</sub> 抵当権の設定		<input type="checkbox"/> なし	あり
貸借 (借地)			
なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始 H18.8.1 終 H43.7.31
		契約の自動更新	なし <input type="checkbox"/> あり
施設の建物に関する事項			
建物の構造		鉄筋コンクリート造	
建物の延床面積		2086.95 m <sup>2</sup>	
事業所を運営する法人が所有		<input type="checkbox"/> なし	一部あり あり
<sub>1</sub> 抵当権の設定		<input type="checkbox"/> なし	あり
貸借 (借家)			
なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始 H18.8.1 終 H43.7.31
		契約の自動更新	なし <input type="checkbox"/> 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	ハイリタイヤー21 南山 苦情相談窓口 担当者：上平 秀晃	
電話番号	052 - 752 - 9801	
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	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 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 ② 愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課 ③ 名古屋市健康福祉局介護保険課 ④ 昭和区役所介護福祉課	
電話番号	① 03-3272-3781 ② 052-971-4165 ③ 052-972-2592 ④ 052-735-3912	
対応している時間	平日	① 9：00～17：30 ② 9：00～16：00 ③④ 9：00～17：00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日等	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時の対応

損害賠償責任保険の加入状況

なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険 株式会社
----	--	---------------------------

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="checkbox"/> あり	(その内容) サービスの提供に当たって、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、天災その他の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を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合は賠償額を減ずることができます。
----	--	--

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)

- ・ ご利用者様の希望・状況に適したサービスの提供。
- ・ ご利用者様の自然な暮らしを支援し、身近にある幸せを考えていただける、寄り添い型の介護を特色とする。

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	意見箱確認・月1回	
		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	H25.2.18	
		実施した評価機関の名称	全国有料老人ホーム協会	
		当該結果の開示状況	なし	あり

5. 利用料金

※金額はすべて税抜き価格で表示

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	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	月額 計	(内訳)				
			家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱水費	管理費
A	6,000,000 円	220,000 円	80,000 円		60,000 円	80,000 円	
B	10,000,000 円	266,000 円	120,000 円		60,000 円	80,000 円	
C	6,000,000 円	240,000 円	100,000 円		60,000 円	80,000 円	
	10,000,000 円	245,000 円	105,000 円		60,000 円	80,000 円	
D	6,000,000 円	260,000 円	120,000 円		60,000 円	80,000 円	
E	6,000,000 円	250,000 円	110,000 円		60,000 円	80,000 円	
F	6,000,000 円	245,000 円	105,000 円		60,000 円	80,000 円	
G	10,000,000 円	265,000 円	125,000 円		60,000 円	80,000 円	
H	20,000,000 円	260,000 円	120,000 円		60,000 円	別途 80,000 円	
I	20,000,000 円	255,000 円	115,000 円		60,000 円	別途 80,000 円	
J	20,000,000 円	248,000 円	108,000 円		60,000 円	別途 80,000 円	
K	20,000,000 円	310,000 円	170,000 円		60,000 円	別途 80,000 円	
L	20,000,000 円	250,000 円	110,000 円		60,000 円	別途 80,000 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	90,000 円～170,000 円で設定。 居室面積等による。					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	2,000 円/日 朝食 500 円                      昼食 700 円                      夕食 800 円					
	光熱水費	H、I、J、K、Lプラン（1階別室）においては個別のメーターでお支払は別になります。					
	管理費	共用施設の運営管理費、事務費、生活サービスに係わる人件費等					
	一時金	共用設備保全・一時前家賃等として設定。					
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定		入居日					
初期償却率 (%)							
(1階)	20,000,000 円 /	8 戸 /	初期償却 30% /	償却年数	5 年		
(2階)	10,000,000 円 /	11 戸 /	初期償却 40% /	償却年数	4 年		
(3階)	6,000,000 円 /	16 戸 /	初期償却 50% /	償却年数	3 年		
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金額							

権利金等（※）の額			
（※）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）	【1 階】 5 年間 【2 階】 4 年間 【3 階】 3 年間		
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
<p>入居金の初期償却残金を【1 階】 5 年間【2 階】 4 年間【3 階】 3 年間で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の計算式に基づき無利息で返還します。</p> <p>【1 階】〔 「返還金」 額 = 入居金（初期償却後残金）÷ 60 ヶ月 × （60 ヶ月 - 利用経過月数） 〕</p> <p>【2 階】〔 「返還金」 額 = 入居金（初期償却後残金）÷ 48 ヶ月 × （48 ヶ月 - 利用経過月数） 〕</p> <p>【3 階】〔 「返還金」 額 = 入居金（初期償却後残金）÷ 36 ヶ月 × （36 ヶ月 - 利用経過月数） 〕</p> <p>事業者は、返還金を契約終了日の翌日から換算して 120 日以内に返還します。</p> <p>※退去に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復することとします。</p> <p>規程に基づき入居者がその費用の負担で行う原状回復の内容及び方法については協議するものとする</p>			
保全措置の実施状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	（保全先）全国有料老人ホーム協会の入居者基金制度に加入
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		
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			
<p>※初期償却は入居日より 3 ヶ月（90 日）後に償却し、3 ヶ月（90 日）以内に解約の場合は初期償却せず返還します。</p> <p>※入居金償却は入居日を起算日とし、初期償却を差し引いた額より起算日から契約終了日まで（利用経過月数）を償却し、その残額を返還します。</p>			
一時金の支払方法			
入居前に振り込みによる支払い			

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	介護 費用	食費	光熱 水費	管理費

※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	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	
	光熱水費	
	管理費	

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費用の1割を徴収する。
----	------------------------

人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）	なし	あり
-----------------------	----	----

内容	
利用料	円（月額・日額）
算定 根拠	
支払い 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	なし	あり
算定 根拠		

料金改定の手続

運営懇談会において、利用者様または身元引受人様にご説明し、同意を得るものとする。

## 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 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 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」

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 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。

介護を行う場所	自 立		(要支援1・2、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)			
	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	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
介護サービス						
○巡回 ・昼間 <u>9～21</u> ・夜間 <u>21～9</u>	適宜 適宜		4時間毎 3時間毎		4時間毎 3時間毎	
○食事介助			必要に応じて一部介助		必要に応じて全面介助	
○排泄 ・排泄介助			必要に応じて適宜		必要に応じて適宜	
・おむつ交換			必要に応じて適宜		必要に応じて適宜	
・おむつ代				実費		実費
○入浴等 ・清拭			入浴不可時		入浴不可時	
・一般浴介助			週3回 (身体の状況により見守り対応)	4回目以降介助が必要な場合 476円/回	週3回 (身体の状況により見守り対応)	4回目以降介助が必要な場合 476円/回
・特浴介助			同上	同上	同上	同上
○身辺介助 ・体位変換			状態に応じた介助		状態に応じた介助	
・居室からの移動			状態に応じた介助		状態に応じた介助	
・衣服の着脱			状態に応じた介助		状態に応じた介助	
・身だしなみ介助			状態に応じた介助		状態に応じた介助	
○機能訓練			看護師による生活・レクリエーションの場で実施		看護師による生活・レクリエーションの場で実施	
○通院の介助 ・協力医療機関			協力医療機関への定期通院	左記以外 2,000円/1時間	協力医療機関への定期通院	左記以外 2,000円/1時間
・協力医療機関以外			協力医療機	左記以外	協力医療機	左記以外

			関への定期 通院	2,000 円 /1 時間	関への定期 通院	2,000 円 /1 時間
○緊急時対応	24 時間対応		24 時間対応		24 時間対応	
・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						
○家事						
・居室清掃	週 1 回		週 1 回		週 2 回	
・日常の洗濯		4,000 円 /1 ヲ月 (最低週 2 回)		4,000 円 /1 ヲ月 (最低週 2 回)		4,000 円 /1 ヲ月 (最低週 2 回)
・リネン交換		4,000 円 /1 ヲ月 (最低週 1 回)		4,000 円 /1 ヲ月 (最低週 1 回)		4,000 円 /1 ヲ月 (最低週 1 回)
○居室配膳・下膳	身体状態に より対応		身体状態に より対応		身体状態に より対応	
・入居者の嗜好に応じた 特別な食事		実費		実費		実費
・おやつ		実費		実費		実費
○理美容師による理美容サ ービス		実費		実費		実費
○代行						
・買い物(通常の利用区 域)	定期便対応 指定店のみ 1 回/週	左記以外 2,000 円 /1 時間	定期便対応 指定店のみ 1 回/週	左記以外 2,000 円 /1 時間	定期便対応 指定店のみ 1 回/週	左記以外 2,000 円 /1 時間
・買い物(上記以外の区 域)						
・役所手続き	昭和区役所 1 回/月		昭和区役所 1 回/月		昭和区役所 1 回/月	
・金銭・貯金管理	無		無		無	
健康管理サービス						
・定期健康診断		実費	1 回/年(2 回 目は任意で 実費)	左記以外 自己負担	1 回/年(2 回 目は任意で 実費)	左記以外 自己負担
・健康相談	適宜		適宜		適宜	
・生活指導・栄養指導	適宜		適宜		適宜	
・服薬支援		調剤薬局 との連携 により実施		調剤薬局 との連携 により実施		調剤薬局 との連携 により実施
・医師の往診	1 回/週＋ 緊急時、適 応時	医療費 自己負担	1 回/週＋ 緊急時、適 応時	医療費 自己負担	1 回/週＋ 緊急時、適 応時	医療費 自己負担
・生活リズムの記録(排便・			介助の必要		介助の必要	

睡眠等)			な方へ実施		な方へ実施	
入退院時、入院中のサービス ・医療費		自己負担		自己負担		自己負担
○移送サービス	定期サービスエリアにて実施	交通費自己負担＋付添 2,000円 /1時間	定期サービスエリアにて実施	交通費自己負担＋付添 2,000円 /1時間	定期サービスエリアにて実施	交通費自己負担＋付添 2,000円 /1時間
○入退院時の同行 ・協力医療機関	定期サービスエリアにて実施		定期サービスエリアにて実施		定期サービスエリアにて実施	
・協力医療機関以外		交通費自己負担＋付添 2,000円 /1時間		交通費自己負担＋付添 2,000円 /1時間		交通費自己負担＋付添 2,000円 /1時間
○入院中の洗濯物交換・買い物 ○入院中の見舞い訪問	病院の面会にて洗濯や買物代行を行う(定期サービスエリア)		病院の面会にて洗濯や買物代行を行う(定期サービスエリア)		病院の面会にて洗濯や買物代行を行う(定期サービスエリア)	
その他のサービス						
・レクリエーション		実費		実費		実費