

住宅型有料老人ホーム
ハイリタイヤー金城

重 要 事 項 説 明 書

株式会社 フロンティアの介護

ハイリタイヤー 金城

重要事項説明書

		記入年月日	平成 29 年 1 月 1 日
記入者名	加藤 智仁	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	あり：営利法人
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ふろんていあのかいご 株式会社 フロンティアの介護
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 あり
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	昭和 56 年 4 月 13 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
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり		ヘルパーステーション フロンティアの介護	名古屋市東区泉一丁目19番8号
訪問入浴介護		なし		
訪問看護	あり		ナーシングサポート	名古屋市東区泉一丁目19番8号
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護		なし		
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護	あり		ハイリタイヤー松葉公園 ハイリタイヤー名城 ハイリタイヤー21南山 もりやまの憩	名古屋市中川区丸米町二丁目23 名古屋市西区新道二丁目1-21 名古屋市昭和区向山町一丁目1-1 名古屋市守山区廿軒家22-40
福祉用具貸与		なし		
特定福祉用具販売		なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時訪問介護・看護				
夜間対応型訪問介護		なし		
認知症対応型通所介護		なし		
小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護	あり		とくがわの憩 もりたかの憩	名古屋市東区大松町4番6号 名古屋市守山区森考4-124
地域密着型特定施設入居者生活介護				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
複合型サービス		なし		
居宅介護支援	あり		ケアプランセンター フロンティアの介護	名古屋市東区泉一丁目19番8号
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり		ヘルパーステーション フロンティアの介護	名古屋市東区泉一丁目19番8号
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所介護		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり		ハイリタイヤー松葉公園 ハイリタイヤー名城 ハイリタイヤー21南山 もりやまの憩	名古屋市中川区丸米町二丁目23 名古屋市西区新道二丁目1-21 名古屋市昭和区向山町一丁目1-1 名古屋市守山区廿軒家22-40
介護予防福祉用具貸与		なし		

特定介護予防福祉用具販売		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		とくがわの憩 もりたかの憩	名古屋市東区大松町4番6号 名古屋市守山区森考4-124
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設		なし		
介護老人保健施設		なし		
介護療養型医療施設		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) はいりたいやー きんじょう ハイリタイヤー金城			
施設の所在地	〒462-0024	名古屋市北区鳩岡2丁目18番15号		
施設の連絡先	電話番号	052-912-9801		
	FAX 番号	052-918-8277		
	ホームページ	なし		
	ドレス	あり		
施設の開設年月日	平成27年 9月 1日			
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	加藤 智仁		
	職名	管理者		
施設までの主な利用交通手段				
【鉄道利用】名古屋市交通 地下鉄名城線 「黒川駅」より約1.7km (徒歩 約22分)				
【バス利用】①名古屋市交通 市バス名駅13号系統 「城北小学校」より約200m (徒歩 約4分)				
施設の類型及び表示事項	類型	: 住宅型有料老人ホーム		
	居住の権利形態	: 利用権方式		
	利用料の支払方式	: 一時金方式		
	入居時の要件	: 自立・要支援・要介護		
	介護保険	: 在宅サービス利用可		
	居室区分	: 全室個室		
	その他	:		
介護保険事業所番号				
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)				
事業の開始 (予定) 年月日				
指定の年月日				
指定の更新年月日				

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						
看護職員				4	4	3.1
介護職員				24	24	5.9
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員				1	1	1.0
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						
介護福祉士	1				6	
実務者研修						
介護職員初任者研修					12	
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						
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 (16時30分～9時30分)	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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
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

※ 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				
実務者研修				
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				
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

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		6		
前年度1年間の退職者数		1		3		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		4		6		
1年以上3年未満の者の人数		3		3		
3年以上5年未満の者の人数				5		
5年以上10年未満の者の人数				3		
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						
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						
従業者の健康診断の実施状況			なし		あり	

ハイリタイヤー金城としての実績

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"> 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。 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。 利用者様の住みやすい環境作りに努める。 			
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	伊藤クリニック（名古屋市千種区内山 3-31-18）ホームから 7 km		
（協力の内容） 診療科目…内科 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：リハテントタルクリニック（名古屋市東区泉 1-19-8） ホームから 5 km
（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。

この場合、追加の費用負担はありません。

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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
			洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
			その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			(その内容)		

			その他 ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			判断基準・手続について		
			(その内容)		
			追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			従前居室との仕様の変更		
			便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
			その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	要支援の者を対象		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	要介護の者を対象		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	留意事項	当施設の対象者は自立者、要介護（支援）者であって、常時医療機関において治療する必要がない方。 その他、利用者及びご家族の意向を踏まえた上で、入居について協議を行う。		

<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"> ・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) ① 契約解除日までに居室を明け渡すものとする。 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。 ・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。 <p>(事業者の契約解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。
<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>66名(11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					1	1
65歳以上75歳未満	1	2	1			4
75歳以上85歳未満	4	4	1	3	3	15
85歳以上	6	3	5	5	2	21
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満			1			1
75歳以上85歳未満	4		1			5
85歳以上	1	3	2			6

入居者の平均年齢 84歳

入居者の男女別人数 男性 12 女性 41

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 89.8%

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						0
社会福祉施設	1	1				2
医療機関						0
死亡者	1	2	1	2	4	10
その他						0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関		1				1
死亡者			2			2
その他						0

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	5	4	22	18		

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	55	18.00~48.00 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		m ²
	介護居室相部屋	あり	なし		m ²
					m ²
					m ²
	一時介護室	あり	なし	2	18.00 m ²
				m ²	
				m ²	
共用便所の設置数	5	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	57	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			57
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
	19	16	2		1
その他、浴室の設備に関する事項					

食堂の設備状況	2階 62.63㎡ 3～5階 53.63㎡×3箇所 テーブル、イス、洗面台、テレビが配置、機能訓練室等の多目的に利用		
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			
健康管理室	× 1箇所	／	5.15㎡ (2階)
ラウンジ	× 1箇所	／	45.12㎡ (1階)
相談室	× 1箇所	／	16.09㎡ (2階)
湯上りコーナー	× 3箇所	／	4.95㎡ (3階) 6.96㎡ (4階) 9.72㎡ (5階)
事務所	× 1箇所	／	21.64㎡ (1階)
配膳室	× 4箇所	／	10.66㎡ (2階) 8.47㎡ (3～5階)
洗濯室	× 4箇所	／	2～5階に各1
なし	あり	(その内容)	
バリアフリーの対応状況 全館バリアフリー対応			
(その内容) 全設備車椅子対応可能			
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	1576.14㎡		
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 H21.2.1 終 H46.1.31
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	鉄骨造		
建物の延床面積	2682.92㎡		
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 H21.2.1 終 H46.1.31
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	ハイリタイヤー金城 苦情相談窓口 担当者 加藤 智仁		
電話番号	052-912-9801		
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名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 ②北区役所介護福祉課		
電話番号	① 052 - 972 - 2592 ② 052 - 917 - 6531		
対応している時間	平日	①② 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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)
<ul style="list-style-type: none"> ご利用者の希望・状況に適したサービスの提供。 ご利用者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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	平成 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	<input checked="" type="checkbox"/> 一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	円 (家賃の 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 ※金額はすべて税抜き価格で表示（一時金と家賃相当額は非課税）

プラン名称	一時金	月額					
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
A	1,800,000円 (2,300,000円)	234,000円	100,000円		54,000円		80,000円
B	4,800,000円 (6,100,000円)	234,000円	100,000円		54,000円		80,000円
C	4,800,000円 (6,100,000円)	254,000円	120,000円		54,000円		80,000円
D	8,000,000円 (10,200,000円)	284,000円	150,000円		54,000円		80,000円
E	8,000,000円 (10,200,000円)	284,000円	150,000円		54,000円		80,000円
F	8,500,000円 (10,800,000円)	284,000円	150,000円		54,000円		80,000円
G	8,500,000円 (10,800,000円)	284,000円	150,000円		54,000円		80,000円
H	9,000,000円 (11,400,000円)	284,000円	150,000円		54,000円		80,000円
I	9,500,000円 (12,100,000円)	294,000円	160,000円		54,000円		80,000円
J	12,000,000円 (15,300,000円)	304,000円	170,000円		54,000円		80,000円
K	13,000,000円 (16,500,000円)	324,000円	190,000円		54,000円		80,000円

※（ ）内金額は「自立」の場合
 ※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	100,000円～190,000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	1,800円/日 朝食 400円 昼食 700円 夕食 700円
	光熱水費	管理費に含む
	管理費	共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービスに係わる人件費
	一時金	別紙参照

一時金の償却に関する事項

償却開始日の設定	入居日の翌日
----------	--------

初期償却率 (%)	
入居時 自立	全居室タイプ 10%
入居時 要支援・要介護	全居室タイプ 20%
(3月以内の解約は、初期償却いたしません。)	
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	(入居一時金×初期償却率) で算出。
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)	入居時自立 全居室タイプ 120ヵ月 入居時要支援・要介護 全居室タイプ 84ヵ月

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例

・償却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。

○「返還金」額 = (入居一時金－初期償却) ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数

・償却期間を超えて契約が終了した場合には、返還金はありません。

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。

*必要な原状回復費用があれば受領します。

保全措置の実施状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(保全先) 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加盟
-----------	----	--	--

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	
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月が経過するまでの間に契約が解除又は死亡により終了する場合に対応します。	
受領済みの入居一時金については、全額返金します。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領します。	
・算定方法 (入居一時金－初期償却) ÷ 償却期間の月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの実日数)	
※「1日当たりの利用料」 = (入居一時金－初期償却) ÷ 償却期間の月数 ÷ 30	
※ 必要な原状回復費用があれば受領します。	

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（2割負担の場合もあり）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。

別 添

介護サービス等の一覧表

介護を行う場所	自 立		(要支援1・2、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)			
	居室		居室		居室	
	一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス 注1)						
○巡回 ・昼間 9～21 ・夜間 21～9	必要時随時 必要時随時		必要時随時 必要時随時		必要時随時 必要時随時	
○食事介助	—		—		—	
○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	— — —	実費	— — —	実費	— — —	実費
○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助	— — —		— — —		— — —	
○身辺介助 ・体位変換 ・居室からの移動 ・衣服の着脱 ・身だしなみ介助	— — — —		— — — —		— — — —	
○機能訓練	—		—		—	
○通院の介助 注2) ・協力医療機関 ・協力医療機関以外	協力医療機関への頻度にて通院(送迎のみ) 24時間対応 随時	左記以外 1人 1時間 2,000円	協力医療機関への頻度にて通院(送迎のみ) 24時間対応 随時	左記以外 1人 1時間 2,000円	協力医療機関への頻度にて通院(送迎のみ) 24時間対応 随時	左記以外 1人 1時間 2,000円
○緊急時対応 ・ナースコール	—		—		—	
生活サービス						
○家事 ・居室清掃 ・日常の洗濯 ・リネン交換	週1回 —	各項目 1カ月 4,000円	週1回 —	各項目 1カ月 4,000円	週1回 —	各項目 1カ月 4,000円
○居室配膳・下膳 ・入居者の嗜好に応じた特別な食事 ・おやつ	—	—	—	—	—	—
○理美容師による理美容サービス 注3)	—	実費	—	実費	—	実費
○代行 注2)	定期便対応	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円	定期便対応	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円	定期便対応	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円
・買い物(通常の利用区域) ・買い物(上記以外の区域)	指定店 1回/週	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円	指定店 1回/週	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円	指定店 1回/週	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円
・役所手続き ・金銭・貯金管理	北区役所 1回/週	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円	北区役所 1回/週	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円	北区役所 1回/週	左記以外(週2回以上) 1時間 2,000円

健康管理サービス 注1) ・定期健康診断(年2回) ・健康相談 ・生活指導・栄養指導 ・服薬支援 ・医師の往診 ・生活リズムの記録(排便・睡眠等)	— 随時 随時 ・1回/週 (医療費) +緊急時、 適応時 ・随時	実費 入居者負担	— 随時 随時 ・1回/週 (医療費) +緊急時、 適応時 ・随時	実費 入居者負担	— 随時 随時 ・1回/週 (医療費) +緊急時、 適応時 ・随時	実費 入居者負担
入退院時、入院中のサービス 注2) ・医療費 ○移送サービス ○入退院時の同行 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 ○入院中の洗濯物交換・買い物 ○入院中の見舞い訪問	指定エリア内 週2回病院の面会にて洗濯や買い物代行を行う — 定期サービスエリアにて実施	入居者負担	指定エリア内 週2回病院の面会にて洗濯や買い物代行を行う — 定期サービスエリアにて実施	入居者負担	指定エリア内 週2回病院の面会にて洗濯や買い物代行を行う — 定期サービスエリアにて実施	入居者負担
その他のサービス 注3) ・レクリエーション	—	実費	—	実費	—	実費

- 注1) 介護状態を想定してのモデルケースです。個別の状態に応じて回数、方法をご相談させていただきます。
- 注2) 定期付き添いサービス・定期便外出等(協力医療機関などは除く)は、エリアと場所ごとに曜日を決めて車両移動で10分圏内は無料とし、10分を超えるエリアは各項目の有料サービス内容となります。詳細に関してはご相談させていただきます。
- 注3) 理美容・その他のサービス等については、近隣の理美容院への外出や訪問理美容を行うため、費用またレクリエーションやサークル活動にかかる費用については事前にご案内します。
- 注4) 一覧表記載の金額は税抜き金額の為、別途消費税が加算されます。