

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成29年7月1日 |
| 記入者名 | 廣瀬 加代 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人／法人 法人の場合、その種類 営利法人 | |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ にほんらいふでざいん 株式会社 日本ライフデザイン | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒104-0061 東京都中央区銀座7丁目4番地12号 銀座メディカルビル6階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6228-5020 |
| | FAX番号 | 03-6228-5040 |
| | ホームページアドレス | http://j-lifedesign.com |
| 代表者 | 氏名 | 加藤 文雄 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 | 15年 5月13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) あーぱんりびんぐいなげ アーバンリビング稻毛 | |
| 所在地 | 〒263-0002 千葉県千葉市稻毛区山王町327-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 稻毛駅 |
| | 交通手段と所要時間 | J R 稲毛駅より、京成バス「山王町行き」に乗車し、終点「山王町」下車し、徒歩5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 043-424-0520 |
| | FAX番号 | 043-424-0078 |
| | ホームページアドレス | http://ulinage.jimdo.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 廣瀬 加代 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 | 21年3月27日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 | 22年4月1日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | |
|---------------------|-------------------------------|---------------------|--|
| 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) | | |
| 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) | | |
| 3 住宅型 | | | |
| 4 健康型 | | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1 2 7 0 3 0 1 3 7 5 | |
| | 指定した自治体名 | 千葉県(市) | |
| | 事業所の指定日 | 平成22年4月1日 | |
| | 指定の更新日(直近) | 平成28年4月1日 | |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--------|----------------|------------------------|------------------------|----------------------------|-----------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 2176.14 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 | | |
| | | | 1 あり | (2009年4月1日～ 2034年3月31日) | | |
| | | 契約期間 | 2 なし | | | |
| | | | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 延床面積 | 全体 | | | |
| | | | 4177.52 m ² | | | |
| 建物 | 耐火構造 | うち、老人ホーム部分 | | | | |
| | | 4177.52 m ² | | | | |
| | | 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 | | | |
| | | 所有関係 | 3 木造 | | | |
| | | | 4 その他() | | | |
| | | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 2 事業者が賃借する建物 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | | 1 あり | (2009年4月1日～ 2034年3月31日) | | |
| | | 抵当権の設定 | 2 なし | | | |
| | | | 1 あり | | | |
| | | | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | |
| 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 | 1人部屋 | | | |
| | | | 2人部屋 | | | |
| | | 最大 | | | | |
| 介護居室個室 | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・ 室数 | |
| | | 有／無 | 有／無 | 18.60 m ² | 97 | |

| | | | | | |
|---------|--|--------------------|----------------------|----------------|--|
| 介護居室相部屋 | 有／無 | 有／無 | 38.44 m ² | 3 | |
| | タイプ3 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ4 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ5 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ6 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ7 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ8 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ9 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | タイプ10 | 有／無 | 有／無 | m ² | |
| | | | | | |
| 共用施設 | ※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | |
| | 共用便所における便房 | 9ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 9ヶ所 | 個浴 | 6ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 2ヶ所 | チェア一浴 | 2ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | |
| | 介護浴槽 | 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 | | | |
| 消防用設備 | 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 | | | |
| | 火災通報装置 | 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 | | | |
| その他 | 防災計画 | 1 あり 2 なし | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <p>1、介護付有料老人ホーム「アーバンリビング稻毛」の運営に当たりましては、ご入居者様が快適で、心身共に充実・安定した生活を営むことを資すると共に、施設の良好な生活環境を確保することに心がけていきます。</p> <p>2、職員は、特定施設入居者生活介護サービス計画等に基づき、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話・機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、要介護状態等となった場合でも、ご入居者様が事業所においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行っていきます。</p> <p>3、事業の実施に当たっては、千葉県及び、千葉市、稲毛区その他関係市区町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めて参ります。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 当ホームは、心地よくシンプルで、どなたにも合わせやすい居住空間と、上質な介護サービスをご提供いたします。地域医療との連携を強化し、お客様お一人おひとりに最適なケアを提供できる体制を確保します。スタッフは、お客様が「我が家」で「自分らしく」、ゆったりと落ち着いた毎日をお過ごしいただけるよう、お一人おひとりの生活を心を込めてお手伝いさせていただきます。また、近隣の子供や学生、ボランティアの皆様など、さまざまな世代の人々に日常的にホームを訪れていただき、人間的交流ができる「普通の生活空間」を築きます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 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 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 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体制の有無 | 個別機能訓練加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2なし |
| | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2なし |
| | 看取り介護加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 認知症専門 ケア加算 | (I) (II) | 1あり 1あり |
| | サービス 提供体制 強化加算 | (I)イ (I)ロ (II) (III) | 1あり 1あり 1あり 1あり |
| | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (介護・看護職員の配置率) 3:1 | |
| | 2なし | | |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|---|---|
| 医療支援 ※複数選択可 | 1 | 救急車の手配 |
| | 2 | 入退院の付き添い |
| | 3 | 通院介助 |
| | 4 | その他() |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 医療法人社団晴山会 平山病院 住所 千葉市花見川区花見川1494-3 診療科目 救急診療、一般診療：外科・整形外科・内科・神経内科・精神科・泌尿器科・皮膚科・形成外科・眼科・耳鼻咽喉科・歯科 協力内容 緊急時対応・疾病等による治療 |
| | 2 | 名称 医療法人社団威風会 栗山中央病院 住所 四街道市栗山906-1 診療科目 救急診療、一般診療：内科、外科・消化器外科・肛門科・内科・循環器科・呼吸器科・整形外科・泌尿器科・皮膚科 協力内容 緊急時対応・疾病等による治療 |
| | 3 | 名称 医療法人社団精樹会さくらホームクリニック 住所 佐倉市南ユーカリが丘15-26 診療科目 内科・眼科 協力内容 定期的な訪問診療 |
| | 4 | 名称 医療法人社団泰仁会 四街道駅クリニック 住所 四街道市四街道1-1 四街道駅ビル4階 診療科目 内科・整形外科 協力内容 定期的な訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 医療法人社団高輪会 八千代デンタルクリニック 住所 八千代市村上南1-3-1 イトーヨーカドー八千代店2階 協力内容 定期的な訪問歯科診療 |

(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 type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input 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 | | <p>下記の状態により介護がより必要と認められた場合には、一定の観察期間をおき、医師の判定を踏まえ、入居者、連帯保証人（身元引受人）、家族（または後見人）の同意を得た上で、2階一時介護室に移動していただく場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 全ての移動動作に介助が必要になったとき ② 身だしなみや身の回り全般に介助が必要になったとき ③ 食事や排泄に関する動作に介助が必要になったとき ④ 疾病や急性症状により、當時もしくは継続的に観察が必要になったとき ⑤ 日常生活に支障をきたすような行動や意思疎通の困難さが著しくなり、介護が必要となったとき |
| 手続きの内容 | | 上記の件にて部屋を移動した場合は、移動前の部屋の修復費用等は、入居期間と要修復状況により、都度協議、同意の上決定します。ただし、入居者からの住み替えの申し込みがあった場合は、現居室の修繕費用を全額お支払いいただきます。 |
| 追加的費用の有無 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 居室利用権の取り扱い | | ※該当せず |
| 前払い金償却の調整の有無 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | (変更内容) <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | 要支援の者 | <input type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | 要介護の者 | <input type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| 留意事項 | 入居者の条件は以下を全て満たす方とします。 | | | |
| | (1) 65歳以上の要支援要介護の方、又は介護保険適用の方(40歳以上の方も応相談) ただし、2人入居の場合はどちらか一方が65歳以上 | | | |
| | (2) 70歳以上の自立の方 ただし、2人入居の場合はどちらか一方が70歳以上 | | | |
| | (3) ご入居後、月額利用料のお支払いが可能な方 | | | |
| | (4) 健康保険に加入している方 | | | |
| | (5) 原則として身元引受人と連帯保証人を定められる方、医療機関で常時治療を受ける必要のない方 | | | |
| | (6) 結核、疥癬などの感染症に罹患していない方 | | | |
| | (7) 施設内で円滑に共同生活が営める方 | | | |
| 契約の解除の内容 | (1) 契約の終了と認めるのは以下の場合です。 ① 入居者が死亡したとき(入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき) ② 入居者が、施設に対し一定の手続きに基づいて契約の解約を通告し、予告期間が満了したとき ③ 施設が、入居者に対し一定の手続きに基づいて契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき (催告期間をおかず解除が認められる場合には、通知により契約が解除されたとき) (2) 入居者からの契約の解約について ① 入居者が、契約を解約しようとするときは、30日以上の予告期間をもって、施設に契約解約届を提出し、そのとき決まった契約解約日に契約は解約されたものとする ② 契約終了後直ちに居室は明け渡すものとする (3) 施設からの契約解除について ① 乙は、甲が次の各号の一に該当し、かつ、そのことがこの契約をこれ以上将来にわたり、維持することが社会通念上著しく困難であると認められる場合には、甲に対し、30日以上の予告期間を置いて、この契約の解除を通告することができる (イ)入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき (ロ)月払いの利用料その他の支払いを正当な理由 | | | |

| | |
|----------------|--|
| | <p>なく、しばしばまたは2カ月を超えて遅滞したとき</p> <p>(ハ)入居契約書に定める禁止条項等につき違反したとき</p> <p>(ニ)入居者の暴力・奇声等の行為が入居者自身又は他者への身体、生命等に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護サービスの提供などではこれを防止することができないとき。なお、この場合、一定の観察期間を設けるとともに、医師の意見を聞いたのち、判断し、契約解除後のことについても出来る限りの協力をいたします</p> <p>②入居金振込予定日までに入居金(敷金・前払家賃)が入金されなかつた場合には、事業者は何らの催告期間をおかずに入居者に通知することにより、この契約を解除することができるものとし、これに対する入居者及び連帯保証人(身元引受人)等からの異議申し立ては認められないものとする。</p> |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 入居契約書第26条2項 |
| 入居者からの解約予告期間 | 解約予告期間 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1あり(内容:1泊2日(食費込) 9,720円【税込:介護保険適用外】) 2なし |
| 入居定員 | 103人 |
| その他 | |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算 人数 ※1※2 |
|--------------------------|----------|----|-----|--------------------|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| 直接処遇職員 | 41 | 36 | 5 | 41.4 |
| 介護職員 | 34 | 32 | 2 | 35.2 |
| 看護職員 | 7 | 4 | 3 | 6.2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 計画作成担当者 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| 栄養士 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 調理員 | 5 | 3 | 2 | 3.9 |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |

※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。
 ※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。

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 19 | 18 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 3 | 0 |
| 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 |
| 看護師または准看護師 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 1 | 1 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(17時～10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 ※ 【表示事項】 | a 1. 5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2. 5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 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) | 98 : 41 . 4 |

※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 | | 介護福祉士 | | | | |
| | | 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 | 1 | 7 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間 の退職者数 | | 1 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務 に 応 じ た 職 員 の 人 数 | 1年未満 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 2 | 2 | 15 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 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"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式 | | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・ 一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取り扱い | <input type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 不在期間が　日以上の場合に限り、 日割り計算で減額 | | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 入居契約第24条の規定に基づき、当ホーム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 | |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いて改定致します。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | | 月払プラン | 前払プランA |
|------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護 1 | 要介護 1 | |
| | 年齢 | 70歳 | 70歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.60m ² | 18.60m 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 | 0円 | 5,220,000円 | |
| | 敷金 | 261,000円 | 87,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 199,444円 | 93,690円 | |
| 家賃 | | 87,000円 | 0円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 19,162円 (1割負担) 38,324円 (2割負担) | 19,162円 (1割負担) 38,324円 (2割負担) | |
| | ※2 介護保険外 | 食費 管理費 介護費用 光熱水費 その他 | 47,250円 46,440円 0円 0円 0円 | 47,250円 46,440円 0円 0円 0円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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する介護費用は、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）

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|--------------------|---|
| 家賃 | 建物設備の賃貸料及び居室設備費用、建物及び付帯設備の維持・管理費 |
| 敷金 | 家賃の3ヶ月分（月払プラン） 家賃の1ヶ月分（前払プラン） |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 詳細は、別紙「介護サービス一覧表」に定めるとおりとする。 |
| 管理費 | 各種消耗品、娯楽用品等の共用費、建物及び付帯設備の維持・管理費及び、事務部門に係る人件費等及び光熱水費 |
| 食費 | 1日あたり3食のお食事とおやつ 1,575円／日 食材費、設備・備品代（調理器具・食器など） |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | 詳細は、別紙「介護サービス一覧表」に定めるとおりとする。 |

(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 | 要介護度に応じて介護費用の1割又は2割を徴収する。 |
| 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(上乗せサービス) | なし |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払い金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|-------------------------------------|--|
| 算定根拠 | 建物設備の賃貸料及び居室設備費用、建物及び付帯設備の維持・管理費 |
| 想定居住期間(償却年月数) | 60ヶ月・36ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 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(初期償却額) | 0円 |
| 初期償却率 | 0% |
| 返還金の算定方法 | <p>入居後3月以内の契約終了</p> <p>1. 返還金の算定方法は前払プラン契約書第4条に定めるとおりとする。 2. 前払金の充当期間内における月中の解約又は解除の場合は、「家賃」は、1ヶ月を30日とする。 日割り計算にて算出した額を、前払金にて精算するものとします。 3. 乙は甲より預かった前払金のうち、前払いプラン契約書第4条第1項に基づき計算される返還金額を、甲の居室明け渡しの翌日から起算して60日以内に返還するものとします。但し、返還金には利息はつけないものとする。</p> <p>入居後3月を超えた契約終了</p> <p>1. 返還金の算定方法は前払プラン契約書第4条に定めるとおりとする。 2. 前払金の充当期間内における月中の解約又は解除の場合は、「家賃」は、1ヶ月を30日とする。 日割り計算にて算出した額を、前払金にて精算するものとします。 3. 乙は甲より預かった前払金のうち、前払いプラン契約書第4条第1項に基づき計算される返還金額を、甲の居室明け渡しの翌日から起算して60日以内に</p> |

| | | |
|----------|-------------------|----------------------------------|
| | | 返還するものとします。但し、返還金には利息はつけないものとする。 |
| 前払い金の保全先 | 1 連帶保証を行う銀行等の名称 | オリックス銀行株式会社 |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他 (名称 :) | |

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 | 29人 |
| | 女性 | 69人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 5人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 28人 |
| | 85歳以上 | 63人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 5人 |
| | 要支援2 | 8人 |
| | 要介護1 | 23人 |
| | 要介護2 | 20人 |
| | 要介護3 | 13人 |
| | 要介護4 | 19人 |
| | 要介護5 | 10人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 18人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 9人 |
| | 1年以上5年未満 | 43人 |
| | 5年以上10年未満 | 28人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|--------|
| 平均年齢 | 87歳1ヶ月 |
| 入居者数の合計 | 98人 |
| 入居率※ | 94.4% |

※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 | 5人 |
| | 社会福祉施設 | 4人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 24人 |
| | その他 | 0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 | 33人 |
| | | (解約事由の例) 特養入所、老健入所、在宅復帰、入院 |

8. 苦情・事故等に関する体制

| | | |
|----------|--------------------------------|----------------------|
| 窓口の名称 | ①苦情受付窓口（施設内） ②介護保険事業課 | |
| 電話番号 | ①043-424-0520 ②043-245-5256 | |
| 対応している時間 | 平日 | ①9時から18時 ②9時から18時 |
| | 土曜 | ①9時から18時 ②なし |
| | 日曜・祝日 | ①9時から18時 ②なし |
| 定休日 | ①なし ②土日・祝日・年末年始 | |

(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 | (その内容) 「居宅介護事業者賠償責任保険」に加入 |
| | 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) 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、地震・津波等の天災、戦争・暴動等または入居者の故意によるもの等を除いて損害賠償保険等の手配を行い誠実に対応します。但し、入居者に重大な過失が有る場合には、賠償を減ずることがあります。 |
| | 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 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 実施日 | 平成28年8月1日～8月31日 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| 運営懇談会 | <input type="checkbox"/> あり | (開催頻度) 年2回 |
| | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) |
| | <input type="checkbox"/> 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名 :) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 | <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「5.規模及び構 造設備」に合致しない事 項 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 合致しない事項がある 場合 | | |
| 「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」 への適合性 | <input type="checkbox"/> 適合している(代替措置) <input type="checkbox"/> 適合している(将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 | なし | |
| 不適合事項がある場合 の内容 | | |

添付書類：別添1（別に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 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。