

重要事項説明書

		記入年月日	平成 26 年 7 月 1 日
記入者名	古川 泰征	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 一般財団法人
	名称	(ふりがな) いっぽんざいだんほうじん あいのさと 一般財団法人 愛の里	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒874-0828		
		大分県別府市山の手町17組の1	
事業主体の連絡先	電話番号	0977-25-2155	
	FAX番号	0977-25-8287	
	ホームページアド レス	なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> あり	: http://www.ainosato.or.jp
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	菅 貞淑	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月日	昭和 53 年 4 月 1 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	早稲田イーライフ愛の里 (他1箇所)	大分県別府市石垣東2丁目3-22
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	愛の里サンヴィラ	大分県別府市山の手町17組の1
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	早稲田イーライフ愛の里 (他1箇所)	大分県別府市石垣東2丁目3-22
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	愛の里サンヴィラ	大分県別府市山の手町17組の1
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) あいのさと さんうゝいら 愛の里 サンヴィラ
施設の所在地	〒874-0828 大分県別府市山の手町17組の1
施設の連絡先	電話番号 0977-25-2155
	FAX番号 0977-25-8287
	ホームページ なし
	アドレス <input checked="" type="checkbox"/> : http://www.ainosato.or.jp
施設の開設年月日	昭和55年8月4日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 古川 泰征 職名 施設長
施設までの主な利用交通手段	
<p>当施設は別府駅から西に2kmの位置にあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バスをご利用の場合 別府駅より亀の井バス山の手経由鉄輪行にて、「明豊学園前」バス停車、徒歩約1分(バスの所要時間は約10分) ・タクシーをご利用の場合 別府駅西口より約5分 	
施設の類型及び表示事項	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) 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：選択式 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 介護保険：大分県指定介護保険特定施設(一般型特定施設)、大分県指定介護予防特定施設 介護居室区分：個室介護 介護にかかわる職員体制：3：1以上
介護保険事業所番号 ※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	特定施設入居者生活介護事業所 大分県指定 4470200926号 介護予防特定施設入居者生活介護 大分県指定 4470200926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) ※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	
事業の開始(予定)年月日	平成14年11月1日
指定の年月日	平成14年11月1日
指定の更新年月日	平成20年11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	0.9
生活相談員		1	1		2	1.0
看護職員	1	1	1		3	1.9
介護職員	11		6		17	15.3
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士	2				2	2.0
調理員	5		1		6	5.3
事務員	1		1		2	1.8
その他従業者			1		1	0.5
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	10					
実務者研修						
介護職員初任者研修	1			5		
介護支援専門員	1					
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 (17時～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	2		2			

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	1.0
看護職員	1	1	1		3	1.6
介護職員	11		6		17	12.1
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従業者			1		1	0.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40
※ 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	10					
実務者研修						
介護職員初任者研修	1			5		
介護支援専門員	1					
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						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 介護支援専門員		
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						2.6 : 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						
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						
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						
		機能訓練指導員		計画作成担当者			
		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					
	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						
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

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※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	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	別府中央病院 国家公務員共済組合連合会 新別府病院 青山整形クリニック
-----------	---

（協力の内容）
協力医療機関は次の通りです。入居者の病状の急変時などの対応を中心に協力いただいております。

協力医療機関名	所在地	診療科目	その他の協力内容
別府中央病院	別府市北的ヶ浜5-19 (当施設より2km)	内科・外科・脳神経外科・整形外科・耳鼻科・泌尿器科・眼科	・年二回の健康診断(各自負担) ・月二回の健康相談(各自負担)
国家公務員共済組合連合会 新別府病院	別府市大字鶴見3898番地 (当施設より2.5km)	内科・神経内科・呼吸器科・消化器科・リウマチ科・循環器科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・肛門科・放射線科・心臓血管外科・眼科・呼吸器外科・麻酔科・リハビリテーション科	・入院受入の協力 ・緊急時ベッドの確保協力
青山整形クリニック	別府市山の手町17-1 (当施設に隣接)	整形外科・内科・外科・リハビリテーション科	・外来診療の協力

入居者が医療を要する場合は、これら協力医療機関、又は入居者が選択する医療機関において治療を受けていただきます。費用については、医療保険で支給される以外の費用は入居者の負担となります。入退院の手続きは無料で代行します。

協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 イトセ歯科南立石診療所
----------	----	----	------------------

（協力の内容）
入居者の病状の急変時等の協力対応（医療費その他の費用は各自負担）

協力医療機関名	所在地	診療科目	その他の協力内容
イトセ歯科南立石診療所	別府市南荘園21 (当施設より1km)	歯科	・隔月の口腔内健康相談(各自負担)

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	
原則として入居されている一般居室。また、次の場合には一時介護室も利用できます。	

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		
<p>(その内容)</p> <p>次の状態により、介護が必要と認められた場合には、医師の意見を踏まえ、入居者本人の同意を得た上で、一時介護室にて介護します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全ての移動動作に介助が必要となったとき ・身だしなみや身の回り全般に介助が必要となったとき ・食事や排せつに関する動作に介助が必要となった時 ・疾病や急性症状により、常時もしくは継続的に観察が必要となったとき ・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、認知症高齢者の日常生活自立判定基準においてランクⅢ以上となり、介護が必要となったとき 		
追加的費用の有無	なし	あり
一時介護室の利用にあたっては、介護消耗品、電気・水道代、電話代等の実費を除いて追加の負担はありません。		
居室利用権の取扱い		
<p>(その内容)</p> <p>一時介護室で介護をうけられている間については、居室はそのまま確保され、回復後は元の居室にお戻りいただけます。</p>		
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
<p>(その内容)</p> <p>一般居室と同様の内容です。</p>		
介護居室へ移る場合		
(一般居室から他の一般居室への住み替えについて)		

判断基準・手続について		
(その内容) 一時介護室での介護のほか、入居者の心身の状態を総合的に把握し管理事務室に近い等の理由で、他の一般居室へ住み替えをお勧めすることがあります。この場合、医師の意見を聴くほか、6ヶ月の観察期間を設けたうえ、変更先の居室の概況、提供サービスの内容、権利の変更、費用負担の増減等について本人に説明し本人の同意および状況に応じて身元引受人の同意を得て行います。2人入居の場合は2人一緒に住み替えていただきます。		
追加的費用の有無 (面積の増減に伴うもの)	なし	<input checked="" 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	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
台所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	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 ()		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	満60歳以上(2人入居の場合はどちらか一方が満60歳以上であれば)		

	入居可能です)																		
契約の解除の内容	<p>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）</p> <p>2. 入居者が解約した場合（30日の予告期間が必要）</p> <p>3. 当施設が解約した場合（90日の予告期間が必要）</p> <p>【主な解除理由】</p> <p>当施設は、次のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、90日の予告期間において契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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とき ・月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・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、又はその危惧の切迫した恐れがあり、かつ、ホームにおける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	<p>満60歳以上の方について体験入居が可能です。</p> <p>【1週間以内の短期体験入居】</p> <p>1泊2食付 お1人様 5,400円（税込）</p> <p>【1ヶ月を超え3ヶ月以内の短期体験入居】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>月額</th> <th>1人入居</th> <th>2人入居</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>家賃</td> <td>104,000円</td> <td>134,000円</td> </tr> <tr> <td>管理費（税込）</td> <td>50,760円</td> <td>75,600円</td> </tr> <tr> <td>食費（3食付、税込）</td> <td>55,410円</td> <td>110,820円</td> </tr> <tr> <td>水道光熱費（税込）</td> <td>6,100円</td> <td>10,200円</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>216,270円</td> <td>330,620円</td> </tr> </tbody> </table>	月額	1人入居	2人入居	家賃	104,000円	134,000円	管理費（税込）	50,760円	75,600円	食費（3食付、税込）	55,410円	110,820円	水道光熱費（税込）	6,100円	10,200円	合計	216,270円	330,620円
月額	1人入居	2人入居																	
家賃	104,000円	134,000円																	
管理費（税込）	50,760円	75,600円																	
食費（3食付、税込）	55,410円	110,820円																	
水道光熱費（税込）	6,100円	10,200円																	
合計	216,270円	330,620円																	
入居定員	100人																		
その他																			

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	1	1				2
75歳以上85歳未満	2	1	1		1	5
85歳以上	5	5	2	6	1	19
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満	3					3
75歳以上85歳未満	5	4	1			10
85歳以上	19	4	1			24
入居者の平均年齢	85.1 歳					
入居者の男女別人数	男性	13 人		女性	50 人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						63 %
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	2	1		2	5	10
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設	1					1
医療機関						
死亡者		2				2
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	3	3	16	21	6	14

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	
	居室（個室）	あり	なし	71室	1人部屋	40.7㎡～ 51.8㎡
	居室（相部屋）	あり	なし	室	人部屋	㎡
				室	人部屋	㎡
室				人部屋	㎡	
一時介護室	あり	なし	室	人部屋	㎡	
共用便所の設置数	（全数） 5個	うち男女別の対応が可能な数			1個	
		うち車椅子等の対応が可能な数			4個	
個室の便所の設置数	（全数） 71個	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			19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	
		52	2 (男女別 大浴場)	1 (介護浴室)	0	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	自立者用：1階(171.22㎡) 70席 要介護者用：1階(37.56㎡) 18席					
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) ロビー、フロント健康相談室兼面会室、集会室、ゲストルーム、図書コーナー、機能訓練室、デイルーム、洗濯室、入居者駐車場(駐車場を除き使用料は不要ですが、施設によっては予約が必要です。				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
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			
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
			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		鉄筋コンクリート造り陸屋根地下1階付6階建	
建物の延床面積		5,958.06㎡	
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
	(所有者：学校法人文理学園)		終
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	管理事務室（苦情相談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課し、速やかに対応。苦情申出による差別的な待遇は一切行わない。）		
電話番号	0977-25-2155		
対応している時間	平日	9：00～17：00	
	土曜	9：00～17：00 (当施設にて対応 TEL 0977-25-2155)	
	日曜・祝日	9：00～17：00 (当施設にて対応 TEL 0977-25-2155)	
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大分県高齢者福祉課 ②大分県国民健康保険団体連合会 ③公益社団法人全国有料老人ホーム協会		
電話番号	① 097-506-2684 ② 097-534-8470 ③ 03-3272-3781		
対応している時間	平日	① 8：30～17：15 ② 8：30～17：15 ③ 10：00～17：00	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日等	土曜・日曜・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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」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、不可抗力による場合を除き賠償されます。	
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"/>	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) 介護理念である「信頼・優しさ・笑顔を届ける介護」の実現を目指しています。			
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"/>	実施した年月日	平成24年1月24日
		当該結果の開示状況	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成24年2月14日
		実施した評価機関の名称	公益社団法人全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス評価プログラム (機関名：(株)川原経営総合センター第三者評価室)
		当該結果の開示状況	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

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	720,000円 (家賃の 6 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							
5つの居室タイプごとに、入居者数別、年齢別、性別、身体状態別の料金表を設定(160種)。さらに、各料金表に一時金と月払いを併用した10コースの料金プランがあります。下表はその一例です。							
プラン名称	一時金	月額 (税込)	(内訳)				
			家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
○自立・女性 プラン (70～79歳) (No22-2)	4,580,800 円	206,170 円	100,000 円	—	55,410 円	実費	50,760 円
○要介護・男性 プラン (80～89歳) (No83-5)	3,441,000 円	176,170 円	70,000 円	—	55,410 円	実費	50,760 円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※上記の1月当たり家賃相当額は、1月を30日とした場合							
算定根拠	家賃相当額	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。					
	介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	食材費、厨房・食堂経費。(喫食数による返金制度もあり)					
	光熱水費	個別メーターによる実費負担。					
	管理費	事務管理、共用施設の維持管理費、備品・消耗品費、生活支援サービスの人件費、食堂の運営のための人件費・諸雑費。					
	一時金	借家量、借入利息、固定資産税等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、および想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。					
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 (%)		8.3%～31.7% (年齢、性別、身体状態、入居一時金額により異なる)					

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	年齢、性別、身体状態、入居一時金額により異なる
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)	償却年月数(想定居住期間)は、入居者の性別、年齢、身体状態により異なります。厚生労働省発表の簡易生命表に基づき設定。既掲の上記料金プランの場合は次のとおりです。 ○自立・女性プラン・・・204月 (70～79歳) (No. 22-2) ○要介護・男性プラン・・・48月 (80～89歳) (No. 83-5)

<p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <p>想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。 返還金＝想定居住期間内の入居一時金÷入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数× 契約終了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清算を行う。</p>			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)入居者基金制度(社団法人全国有料老人ホーム協会) 当施設が個別入居者の搬出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後でも保証金として500万円が入居者に支払われる。
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		
<p>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> <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。但し、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 算定方法 基本家賃月額÷30×入居日から契約終了日までの実日数 「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用」は、全額返金する。 <p>※月払い利用料については日割清算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>			
一時金の支払方法			
入居契約締結後、2週間以内に振り込む。			
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
基本プラン (Aタイプ・1人)	226,170 円	120,000 円	—	55,410 円	実費	50,760 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	算定根拠は入居一時金に準ずる				
	介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	食材費、厨房・食堂経費。(喫食数による返金制度もあり)				
	光熱水費	個別メーターによる実費負担。				
	管理費	事務管理、共用施設の維持管理費、備品・消耗品費、生活支援サービスの人件費、食堂の運営のための人件費・諸雑費。				

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	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			
2年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。			

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
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。