

ベーネいしかわ 重要事項説明書 (住宅型)

	記入年月日	2021年10月1日
記入者名	加藤 慎梧	所属・職名
		施設長

1. 設置者概要

設置者の名称、所在地及び連絡先		
設置者の名称	法人等の種類	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 営利法人
	名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ ベーねはこだて 株式会社ベーネ函館
設置者の所在地	〒041-0821	函館市港町1丁目21-22
設置者の連絡先	電話番号	0138-86-5118
	FAX番号	0138-86-5119
	ホームページアドレス	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
設置者の氏名及び職名	氏名	伊藤 留美
	職名	代表取締役
設置者の設立年月日	2019年5月1日	

設置者が函館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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護事業所ベーネいしかわ	函館市石川町464番地1
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ショートステイいしかわ	函館市石川町464番地1
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

特定施設入居者生活介護	あり	なし		
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	定期巡回随時 対応型訪問介 護看護わらく	函館市石川町 464 番地 1
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	グループホー ムいしかわ	函館市石川町 464 番地 1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	カーサ石川	函館市石川町 464 番地 1
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	ベーネ函館支 援センター	函館市石川町 464 番地 1

<居宅介護予防サービス>

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	ショートステ イいしかわ	函館市石川町 464 番地 1
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		
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	グループホーム いしかわ	函館市石川町 464 番地 1
介護予防支援	あり	なし		

介護予防・日常生活支援総合事業	あり	<input type="checkbox"/> なし		
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/> なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び連絡先		
施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ベーねいしかわ 住宅型有料老人ホーム ベーネいしかわ	
施設の所在地	〒041-0802	函館市石川町 464 番地 1
施設の連絡先	電話番号	0138-34-3381
	FAX 番号	0138-34-3380
	ホームページ	なし
	アドレス	<input type="checkbox"/> あり : なし
施設の開設年月日	2019年 5月 1日	
施設長の氏名	氏 名	加藤 慎梧
施設までの主な利用交通手段		
JR 函館駅より約 6.8 km、函館空港より約 8.8 km JR 五稜郭駅より約 3.5 km、函館バス：石川会館前 徒歩 5 分		
施設の類型及び表示事項		
類型	住宅型有料老人ホーム	
表示事項	居住の権利形式 : 利用権方式 利用料の支払い方式 : 月額払い 入居時の要件 : 要支援 1,2 要介護 介護保険 : 訪問介護、訪問看護等の在宅サービス利用可 介護居室区分 : 全室個室 その他 : 提携ホーム移行可	
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) () は介護予防特定施設。		
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

令和3年 10月1日現在

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

実人員	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
生活相談員						
介護職員				10	10	5
看護職員				2	2	1
生活支援員						
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
その他の従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40.0時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延べ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
看護師				2
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				4
介護支援専門員				

従事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				
柔道整復師				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				

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～翌9時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
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		
施設長						
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						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他の従事者						

1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数

時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延べ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				

従事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				
柔道整復師				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				○
施設長の他の職務との兼務の有無			あり	なし
施設長が有している当該業務に係る資格等	あり	なし	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	
	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		
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		2		
1年以上3年未満の者の人数		1		8		
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	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				あり	なし	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
「入居者の尊厳を守り安心して生活できる環境をつくる」という企業理念のもと、ニーズに合わせた医療と介護の提供に努めて参ります。			
介護サービスの内容、利用定員等			
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	
特定施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	なし	
生活機能向上連携加算	あり	なし	
個別機能訓練加算	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし	
医療機関連携加算	あり	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	なし	
栄養スクリーニング加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算	あり	なし	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	あり	なし	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし	
協力医療機関の名称	ベーネ函館クリニック（函館市石川町 464 番地 1）		
(協力の内容) 診療科目：内科 診療の為に内科医師派遣・緊急対応・1～2週間に1度程度のペースでの往診・日常の健康相談・他の医療機関に受診・入院を要する場合の紹介。			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人社団 吉田歯科口腔外科 (函館市湯川町 1 丁目 30-8)
(協力の内容) 診療科目：一般歯科・口腔外科・障害歯科診療			

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

一般居室

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)

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)

介護居室へ移る場合

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)

居室内収納の増減

その他		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
判断基準・手続について			
(その内容)			
<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり継続した介護・看護を受けることが必要となり、事業者が入居に対して適切な介護の提供をするために必要と判断する場合、若しくは入居者又は契約者及び身元引受人が提携ホームの介護居室への住み替えを希望された場合には、以下の手続の上、住み替えを検討します。 			
① 事業者の指定する医師の意見を聴く			
② 緊急やむを得ない場合を除いて、住み替えを行う前に一定の観察期間を設ける。			
③ 住み替え先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者又は契約者及び身元引受人等に説明を行う。			
④ 入居者の意思を確認する。(入居者の意思が困難な場合は、契約者及び身元引受人 <input checked="" type="checkbox"/> 思を確認する)			
⑤ 入居者の同意を得る。(入居者の同意が困難な場合は、契約者及び身元引受人の同意を得る)			
上記の手続きを経て、介護居室への住み替えを行います。住み替え後も観察期間を設け、生活状況に不具合がないことを確認します。			
追加的費用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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
従前の居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
台所の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
その他の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(その内容) 居室内収納の増減			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		<input checked="" type="checkbox"/> なし	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	<p>○入居時における入居者の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・概ね 65 歳以上 ・ご入居にあたり身元引受人を立てられる方 ・健康保険・介護保険に加入している方 	
契約の解除の内容	<p>○入居者が死亡したとき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の死亡により居室が明け渡される場合には、以下の手続きによります。 ・契約者又は身元引受人に、直ちに入居者の身柄を引き取っていただきます。 ・居室の明け渡し迄の間、契約者又は身元引受人は、事業者から居室の管理及び入居者の所有物の管理を速やかに引き継ぐこととします。 ・死亡日の翌日から起算して 30 日以内に、契約者又は身元引受人に居室の明け渡しを行っていただきます。居室の明け渡し日が契約終了日になります。 <p>○入居者又は契約者が本契約の解約を希望される場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者又は契約者から本契約の解約を希望される場合は、30 日以前に所定の「解約届」を提出していただきます。 ・入居者と契約者が異なる場合には、事業者は入居者の意思を確認します。 ・居室の明け渡し、所有物等の引き取りは、「解約届」で届け出た「解約日」までに行っていただきます。 	
設置者からの解約	解約条項	<p>○下記の場合等には、90 日の予告期間において、本契約の解除をすることがあります。居室の明け渡しは予告期間の満了日までに行っていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者又は契約者が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。 ・入居者又は契約者が、月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく遅滞し、遅滞している金額の通算の合計額が管理費の 3 ヶ月相当を超えるとき。 ・事業者が目的施設又は敷地内において禁止又は制限している行為の規定に契約者又は入居者が違反したとき。 ・入居者の行動が他の入居者または従業員の生命、身体に危害を及ぼす恐れ、又は他の入居者の財産を侵害する恐れがあり、かつ入居者に対す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。(その他入居契約書参照)
入居者からの解約	解約予告期間	1 ヶ月

体験入居の内容	1泊2日 1名の場合 一泊3,300円(税込) 別途 食事1,500円/朝食400 昼食500 夕食600 ご入居検討の方に限りです。原則2泊3日までとします。
入居定員	20名
その他	○入居者が医療を要する場合の対応 ① 病気や怪我の治療は、医療機関で受けていただきます。医療費は医療保険の適用を受けてください。医療保険の一部自己負担金及び医療保険適用外の費用については、入居者の方の負担となります。 ② 緊急時の移送、付添の手配をします。(管理費で充当) ③ 協力医療機関への入退院時の移送、付添を行います。(管理費で充当) ④ 協力医療機関への入院中の定期的訪問を行います。(管理費で充当) ⑤ 入院が長期にわたった場合でも入居契約は存在しますので、退院後には入院前の居室に戻ることができます。(ただし管理費は不在の場合もお支払いいただきます。)

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		3	5
75歳以上85歳未満	1		1	2	1	5
85歳以上			1		3	4
	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						
85歳以上		1				1

入居者の平均年齢

81歳

入居者の男女別人数

男性

10人

女性

5人

入居率(一時的に不在となっている者を含む)

定員20名に対し 75%

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	1	1		1	1	4
死亡者	1			2	2	5
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か月未満	6か月以上 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
	5	1	9			

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2に規定する準耐火建築物			なし	あり	
消防用設備等	消火器			なし	あり	
	カーテン・カーペット等の防災措置			なし	あり	
	自動火災報知設備			なし	あり	
	消防機関へ通報する火災報知装置			なし	あり	
	スプリンクラー			なし	あり	
	防火管理者			なし	あり	
	防災計画			なし	あり	
居室の状況	区 分		室数	人数	1居室の床面積	
	居室個室	あり	なし	20	20	17.51~57.51 m ²
	居室相部屋	あり	なし			m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
共用便所の設置数	4	うち車椅子等の対応が可能な数			2	

個室便所の設置数		うち車椅子等の対応が可能な数				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
			1	1	—	
その他、浴室の設備に関する事項						
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
エレベーターの設置状況	1	あり (ストレッチャー対応)		2	あり (車椅子対応)	
	3	あり (上記1・2に該当しない)		4	なし	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 食堂・相談室、共有便所				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)全居室、廊下、共用施設に手すり設置。車椅子での移動可能。						
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		10,129.90 m ²				
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	あり		
敷地 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	令和1年5月1日	終	令和20年4月30日
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		9152.37 m ²				
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	あり		
貸借(借家)						
なし	あり	契約期間	始	令和1年5月1日	終	令和20年4月30日
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

設置者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	事務所（苦情処理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を課し、速やかに対応。苦情申出による差別的な待遇は一切行なわない。）	
電話番号	0138-34-3381	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時
	土曜	午前9時から午後5時
	日曜・祝日	休日
定休日等	日・祝日	

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函館市保健福祉部高齢福祉課 ②北海道国民健康保険団体連合会	
電話番号	①0138-21-3025 ②011-231-5175	
対応している時間	平日	① 8:45～17:30 ② 9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝祭日	
定休日等	土日・祝日	

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

なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 民間保険会社の「施設管理損害賠償責任保険」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、直ちに必要な措置を講ずるとともに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の賠償を行ないます。ただし、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減らすことがあります。
----	--	---

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 type="checkbox"/>	<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			
<p>(その内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室の入居者に対し、ホーム独自で介護保険に基づく介護サービスは提供できませんが、居室内で介護保険の在宅サービス（訪問介護・訪問看護等）を受けていただけます。別途事業者との契約締結と利用料支払いが必要です。ご利用いただいた介護保険サービスの利用者負担額は、介護保険法令の関係法令に基づいて定められているため、関係法令が改正された場合には、改正後の金額となります。 ・長期にわたり継続した介護・看護を受けることが必要となった場合は、提携ホームの特定施設入居者生活介護への住み替えを検討します。 			
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			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり
		実施した年月日	令和 年 月 日
		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			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり
		実施した年月日	令和 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	前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式					
前払い方式								
入居一時金（前払金）及び月単位で支払う利用料								
年齢に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
要介護状態に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
料金プラン								
プラン名称	入居一時金	月額	(内訳)					
		計	管理費	食費	光熱費	家賃相当額	介護費用	生活支援費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※上記の1ヶ月当たりとは、1ヶ月を30日とした場合。								
算定根拠	管理費							
	食費							
	光熱費							
	家賃相当額							
	支援費							
	入居一時金							
	生活支援費	自立者の一時的介護等を行うための費用。						
入居一時金の償却に関する事項								
償却開始の設定		入居日			入居日の翌日			
初期償却率 (%)								
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						入居一時金ごとに異なる		
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)						
契約期間終了時返還金の算定方法及び返還金の例						
保全措置の実施状況		なし	あり			
3ヶ月以内の契約終了による返還金について						
3ヶ月の起算日		入居日		その他(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						
入居一時金の支払い方法						
原則、入居日前日までに振り込む。						
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
ベーネいしかわプラン A館	75,000 ～	30,000～ 35,000		30,000 ～	5,000 ～	10,000
	91,000			40,000	6,000	
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。税別表示						
算定根拠	家賃相当額	建物建築費用より算定				
	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	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。(喫食数による算定)				
	光熱水費	水道料・電気代				
	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、目的施設の維持管理費。				
選択方式						
介護保険サービスの自己負担額						
内容	在宅サービス利用時、別途サービス提供事業者を利用料支払が必要です。 ※要介護度に応じて介護費用の1割または2割または3割(負担割合)の利用料を支払う。					
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	サービス内容に応じた人件費等を勘案した額に基づく。 (介護サービス等の一覧表を参照)
------	---

料金改定の手続き
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たうえで、月額利用料を改定するものとします。

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	10,000円
(「あり」の場合、その用途) ・共用施設等の維持管理費・事務費、生活サービス等に係る人件費			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	30,000～40,000円
(「あり」の場合、その用途) 1日3食30日喫食した場合の費用 別紙参照			
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	5,000～6,000円
電話、インターネット、NHK受信料、新聞等の料金、及びこれらに類する料金については、これを供給する事業者の料金規定及び方法により、各居室ごとに別途実費負担。			
その他に必要な月額利用料		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他、入居一時金及び利用料以外に必要な利用料		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 詳細は添付の「介護サービス等の一覧表」及び「有料サービス一覧表」を参照			

料金改定の手続き
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や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで、月額利用料を改定するものとします。

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 交付していない
運営規程	入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 交付していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 交付していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 交付していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 交付していない

7. 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 checked="" 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		

なし	
あり	(その内容)

入居者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※ 契約を前提として説明を行なった場合は、説明を受けた者の署名を求める。

函館市港町1丁目21-22
株式会社ベーネ函館
代表取締役 伊藤 留美 印

健康管理サービス	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
	実施するサービス	利用者一部負担※1	包含※2	都度※2	料金※3	
定期健康診断			あり	なし	あり	年2回の機会提供 (健康診断料は実費)
健康相談	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	あり	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行 (協力医療機関)	あり	なし	あり	なし	あり	1,100円/1時間☆
入退院時の同行 (協力医療機関以外)	あり	なし	あり	なし	あり	1,100円/1時間☆
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	あり	適宜

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる (1割から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、月額に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。

☆有料老人ホーム職員 (介護職員、生活支援員など) の付き添いによる介助サービス料金については、1時間あたり1,100円 (消費税別) となります。