

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	貴田 さおり	記入年月日	令和3年10月1日
		所属・職名	ホーム長

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先			
設置者の名称	法人等の種類	なし	あり
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃめでいかるしゃとーほこだて 株式会社 メディカルシャトー函館	
設置者の所在地	〒041-0806 函館市美原2丁目50番2号		
設置者の連絡先	電話番号	0188-34-3231	
	FAX番号	0138-34-3230	
	ホームページアドレス	なし	あり : http://www.shirayuri.gr.jp/
設置者の氏名および職名	氏名	白川 直哉	
	職名	代表取締役	
設置者の設立年月日	令和元年8月29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	あり	なし	ヘルパーステーション白ゆり 函館市美原2丁目50番2号
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	デイサービスセンター白ゆり美原 函館市美原2丁目50番2号
			デイサービスセンター白ゆり 函館市富岡1丁目23番12号
			デイサービスセンター白ゆり乃木 函館市乃木町4番53号
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	ショートステイ白ゆり美原 函館市美原2丁目50番2号
			ショートステイ白ゆり乃木 函館市乃木町4番53号
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	介護付き有料老人ホーム白ゆり 函館市富岡1丁目23番12号
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	巡回ステーション白ゆり美原 函館市美原2丁目50番2号
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	グループホーム白ゆり 函館市富岡町1丁目23番12号
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付き有料老人 函館市乃木町4番53号

			ホーム白ゆり乃木	
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	ケアプランセンター白ゆり	函館市美原2丁目50番2号
<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	ショートステイ白ゆり美原	函館市美原2丁目50番2号
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	介護付き有料老人ホーム白ゆり	函館市富岡町1丁目23番12号
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	グループホーム白ゆり	函館市富岡町1丁目23番12号
介護予防支援	あり	なし		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
国基準訪問型サービス	あり	なし	ヘルパーステーション白ゆり	函館市美原2丁目50番2号
訪問型サービスA	あり	なし		
国基準通所型サービス	あり	なし		
通所型サービスC	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		
介護医療院	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先	
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しらゆりみはら 住宅型有料老人ホーム白ゆり美原
施設の所在地	〒041-0806 函館市美原2丁目50番2号
施設の連絡先	電話番号 (0138) 34-3239
	FAX番号 (0138) 34-3230
	ホームページ なし
	アドレス あり : http:// www.shirayuri.gr.jp/
施設の開設年月日	令和元年12月1日
施設長の氏名	貴田 さおり
施設までの主な利用交通手段	
函館バス 美原1丁目停留所より徒歩1分	
施設の類型および表示事項	
類型	住宅型有料老人ホーム
表示事項	利用権方式
介護保険事業所番号	
特定(地域密着型特定)施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日, 指定または許可を受けた年月日(指定また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およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
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	0.3
生活相談員	2				2	2.0
看護職員						
介護職員		18			18	3.9
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従事者			7		7	3.0
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		17				
実務者研修						
介護職員初任者研修		1				
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				
看護師および准看護師				
柔道整復士				
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および介護職員の人数				
人数	夜勤帯平均時間 (時～ 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員				
介護職員				

特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態						
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		
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						
その他従事者						
1 週間のうち、常勤の従事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						
従事者である機能訓練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						
看護師および准看護師						
柔道整復士						
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						
施設長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			
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員およ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			4			
前年度1年間の退職者数			6			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			0			
1年以上3年未満者の人数			0			
3年以上5年未満者の人数			2			
5年以上10年未満者の人数			10			
10年以上の者の人数			6		2	
	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年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
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			
① 利用者様の自己決定と主体性を尊重し、個性を活かし人間としての尊厳を尊重します。 ② 自主を支援し、生活全体をとらえた総合的なケアを目指します。 ③ コミュニティ福祉の視点を重視します。 ④ 「参加型福祉」社会を実現します。			
介護サービスの内容, 利用定員等			
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況		別 紙	
特定（地域密着型特定）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（Ⅰ）	あり	なし	
入居継続支援加算（Ⅱ）	あり	なし	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	あり	なし	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	あり	なし	
個別機能訓練加算（Ⅰ）	あり	なし	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
ADL 維持等加算	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	
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	なし	
科学的介護推進体制加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算（Ⅰ）	あり	なし	
看取り介護加算（Ⅱ）	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）	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	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	あり	なし	
介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし	
介護職員特定処遇改善加算（Ⅱ）	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	医療法人仁生会 西堀病院・函館市医師会病院		
(協力の内容)			
入居者の診察・治療・入院の受け入れ			
訪問診療の依頼			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 さいとう歯科診療室、つるが歯科
(協力の内容)			
入居者の診察・治療（訪問診療）			
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			
居室で介護を行います。			
介護の状況により、居室移動のご相談をする場合がございます。			

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		
(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)		
前払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
従前の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)		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
介護居室なし		
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)		
本人のみ		
前払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
従前の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		

その他 (フロアー移動について)	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
原則、ご入居者様のご意向による居室移動は承っておりません。 介護の状況等に、ご相談の上、適したフロアーへ移動することもございます。		
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)		
前払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
従前の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等			
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			
契約の解除の内容	<p>事業者は、入居者が次の各号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、本契約を解除することがあります。</p> <p>一、入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不当手段により入居した時</p> <p>二、月払いの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</p> <p>三、規定に違反したとき</p> <p>四、入居者の行動が、他の入居者の生命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方法ではこれを防止することができないとき</p>		
設置者からの解約	解約条項	入居契約書 第29条1項～3項に記載	
	解約予告期間	90日間	
入居者からの解約	解約予告期間	7日間	
体験入居の内容	1	あり 内容： 半日（昼食後まで）935円（税込1,048円） 1日（夕食後まで）2,381円（税込2,619円） 宿泊（翌日まで）4,762円（税込5,238円） 朝食 355円（税込383円） 昼食 575円（税込621円） 夕食 707円（税込777円）	
	2	なし	
入居定員	82名		
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						
75歳以上85歳未満	1	5			1	7
85歳以上	23	3	20	5	4	55
	自立	要支援1	要支援2	事業対象者		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		2				2
85歳以上		3	8	1		12
入居者の平均年齢	90.4 歳					
入居者の男女別人数	男性	13		女性	63	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）92.6%						
前年度の有料老人ホームまたは軽費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	1			1		2
社会福祉施設		1	3		1	5
医療機関	1	2		3		6
死亡者	1		1		1	3
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			1			1
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	8	6	47	15		

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				あり	なし
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物				あり	なし
消防用設備等	消火器				あり	なし
	カーテン・カーペット等の防災措置				あり	なし
	自動火災報知設備				あり	なし
	消防機関へ通報する火災報知装置				あり	なし
	スプリンクラー				あり	なし
	防火管理者				あり	なし
	防災計画				あり	なし
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	82室	82名	17.22~25.42㎡
	居室相部屋	あり	なし			㎡
						㎡
	一時介護室	あり	なし			㎡
共用便所の設置数	7か所	うち車椅子等の対応が可能な数			4か所	
個室便所の設置数	82か所	うち車椅子等の対応が可能な数			82か所	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		5か所	2か所	1か所	なし	
入居者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 (車いす対応)	
	3	あり (上記1・2に該当しない)		4	なし	
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		5,281.87㎡				
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		なし	あり	
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	H23.4.1	終	H53.3.31
		契約の自動更新		なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の面積		5,731.03㎡ (うち有料老人ホーム部分 ㎡)				
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		なし	あり	
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	H23.4.1	終	H53.3.31
		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			
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	有料老人ホーム白ゆり美原 生活相談員		
電話番号	(0138) 34-3239		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝祭日	9:00~18:00	
定休日等			
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			
電話番号			
対応している時間	平日		
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等			
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) 当ホームのサービスの提供にともなって、当ホームの責めに帰すべき事由により利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合にはその損害を賠償します。	
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 当ホームのサービスの提供にともなって、当ホームの責めに帰すべき事由により利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合にはその損害を賠償します。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 併設事業所に訪問介護・定期巡回随時対応型訪問介護・通所介護・居宅介護支援事業所が併設しており、介護を要する状態になった時にご利用いただくことも可能です。また、地域の介護保険サービス事業所のご利用も可能なため、慣れ親しんだ事業所の継続してご利用して頂く事も可能です。			
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	
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> 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"/>	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 一時金方式	(2) 月払い方式	(3) 選択方式						
敷金	150,000円 (家賃のヶ月分)								
(1) 前払い方式									
前払金およ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									
家賃一部前払プラン									
タイプ	居室	居室数	要介護3~5			自立~要介護2			
			入居月	入居翌月~36ヶ月	家賃一部前払金償却後	入居月	入居翌月~36ヶ月	家賃一部前払金償却後	
北2-A	234-236	3	83,400	48,400	48,400	103,400	68,400	68,400	
北2-B	242-250	9	81,400	46,400	46,400	101,400	66,400	66,400	
北2-C	230-233	4	80,700	45,700	45,700	100,700	65,700	65,700	
北2-D	237-241	5	74,600	39,600	39,600	94,600	59,600	59,600	
東2-A	201-209	9	83,400	48,400	48,400	103,400	68,400	68,400	
東2-B	210-217	8	76,300	41,300	41,300	96,300	61,300	61,300	
東2-C	218-220	3	74,600	39,600	39,600	94,600	59,600	59,600	
南2-A	221-226	6	83,400	48,400	48,400	103,400	68,400	68,400	
南2-B	227-229	3	81,400	46,400	46,400	101,400	66,400	66,400	
東3-A	301-309	9	87,000	52,000	52,000	107,000	72,000	72,000	
東3-B	310-316	7	84,900	49,900	49,900	104,900	69,900	69,900	
東3-C	317-318	2	82,200	47,200	47,200	102,200	67,200	67,200	
東3-D	319-320	2	77,600	42,600	42,600	97,600	62,600	62,600	
南3-A	321-326	6	87,000	52,000	52,000	107,000	72,000	72,000	
南3-B	327-332	6	84,900	49,900	49,900	104,900	69,900	69,900	
食費(税込)			53,430			共益費(非課税)			38,000
光熱水費(税込)			14,459			暖房費(10月-5月)			11,531
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 「家賃のお支払金額について」 ※①入居月：・・・標記の金額が請求額となります。(月途中の場合は日割り) ※②入居翌日~36か月・・・標記の金額より、月額償却額の35,000円を減額した金額が請求額となります。(家賃一部前払金により、36か月間は35,000円分が家賃額に充当するため) ※③家賃一部前払金償却・・・標記の金額が請求金額となります。3年以上、ご入居頂いた場合には本来の家賃より優遇措置として35,000円減額致します。(償却前の家賃額から、35,000円減額)									
算定根拠	家賃相当額	居室ごとの日当たり、眺望により家賃額を設定しています。							
	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	食材料費・人件費等の算出により算定							
	光熱水費	水道料金・電気料金にかかる費用の算出により算定							
	共益費	共用施設の維持管理費(共用施設内の備品・消耗品費、光熱費、上下水道使用料、清掃費、大浴室管理費などを含む)により算定しています。							
前払金	終身にわたる家賃の一部として。終身とは、入居から退去までの期間で想定し、平均入居期間が3年間であることから。(35,000円×3年間分)								
前払金の償却に関する事項									
償却開始の設定			入居翌月の1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					契約期間が経過しても新たな前払金のお支払いは不要です。				

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）	3年（36か月）		
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例			
償却期間内に契約が終了する場合は、家賃の前払金総額から入居期間償却分を差し引いた額を返還します。前払い金は、入居月の次月より各月ごとに償却。			
（例） 1年間ご入居し退去した際の返金額 840,000円			
2年間ご入居し退去した際の返金額 420,000円			
保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）朝日信託
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および原状回復のための費用の算定方法			
月額の利用料につきましては、契約開始から契約終了まで上記の料金プランをご参照下さい。			
月途中の契約開始・終了につきましては、日割計算となります。			
原状回復に費用につきましては、原則敷金を充当致します。			
前払金の支払方法			
指定口座へのお振込み頂きます。			
（お振込み先は契約書・管理規定をご参照下さい。）			

(2) 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

月額払いプラン				
タイプ	居室	居室数	要介護 3~5	自立~要介護 2
北2-A	234-236	3	83,400	103,400
北2-B	242-250	9	81,400	101,400
北2-C	230-233	4	80,700	100,700
北2-D	237-241	5	74,600	94,600
東2-A	201-209	9	83,400	103,400
東2-B	210-217	8	76,300	96,300
東2-C	218-220	3	74,600	94,600
南2-A	221-226	6	83,400	103,400
南2-B	227-229	3	81,400	101,400
東3-A	301-309	9	87,000	107,000
東3-B	310-316	7	84,900	104,900
東3-C	317-318	2	82,200	102,200
東3-D	319-320	2	77,600	97,600
南3-A	321-326	6	87,000	107,000
南3-B	327-332	6	84,900	104,900

食費（税込）	53,430	共益費（非課税）	38,000
光熱水費（税込）	14,459	暖房費（10月-5月）	11,531

※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	居室ごとの日当たり、眺望により家賃額を設定しています。
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	食材料費・人件費等の算出により算定
光熱水費	水道料金・電気料金にかかる費用の算出により算定
共益費	共用施設の維持管理費（共用施設内の備品・消耗品費、光熱費、上下水道使用料、清掃費、大浴室管理費などを含む）により算定しています

(3) 選択方式			
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における保険負担割合証記載の割合分を徴収する。		
人員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			

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	入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない

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	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」

入居者 _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 _____

※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。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者署名 _____

(代筆者署名 _____)

身元引受人署名 _____

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		各種一時金、月額の利用料等で実施するサービス		別途利用料を徴収した上で実施するサービス		備 考
介護サービス							
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	介護サービスが必要な場合には、介護保険サービスをご利用して頂きます。併設事業所には、定期巡回随時対応型サービス・ヘルパーステーション・デイサービス・ショートステイ・ケアプランセンターがございます。また、訪問看護ステーションもございます。
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
おむつ代	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
通院介助（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
通院介助（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
生活サービス							
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	◎リネン使用：1日96円（税込105円） ◎居室配膳下膳：1日96円（税込105円） ◎理美容サービスは外部委託により実施 ◎金銭・貯金管理：月額926円（税込1,018円）（預り金上限30,000円） ◎受診・買物代行・同行：30分926円（税込1,018円）移動時の車両は自費負担
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
おやつ	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
理美容師による理美容サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
買い物代行（通常の利用区域）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
買い物代行（上記以外の区域）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	◎定期健康診断：自費
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入退院時の同行（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	