

住宅型有料老人ホーム

吉岡たやの家

入居契約重要事項説明書

兼「東京都消費生活条例による表示」

たくみ株式会社

令和2年4月1日現在

重要事項説明書

		記入年月日	令和 2 年 4 月 1 日
記入者名	浅見 直	所属・職名	吉岡たやの家 支配人

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	営利法人
	名称	(ふりがな) たくみかぶしきがいしゃ たくみ株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	370-0006		
	群馬県高崎市問屋町1丁目6番地4			
事業主体の連絡先	電話番号	0 2 7 - 3 7 0 - 1 9 8 1		
	FAX 番号	0 2 7 - 3 6 4 - 5 1 9 9		
	ホームページアドレス	なし		
		<input checked="" type="checkbox"/> あり	: http://www.takumikk.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	信澤 真由美		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	1 9 9 1 年 1 0 月 2 8 日			

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核都市で実施する介護サービス

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	デイサービスセンター ハルジ高崎 デイサービスセンター だんだん デイサービス温泉の里 デイサービスセンター 吉岡たやの家 川場たやの家 デイサービスセンター	高崎市問屋町 1-7-3 高崎市問屋町 1-6-4 高崎市問屋町 1-7-2 北群馬郡吉岡町上野田 96 利根郡川場村生品 1823-1
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	ショートステイハルジ高崎 ショートステイ湯治場	高崎市問屋町 1-7-3 高崎市問屋町 1-7-2
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	介護付有料老人ホーム ハルジ高崎	高崎市問屋町 1-7-3
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	アムールフィーリングケア高崎	高崎市問屋町 1-7-3
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	ハルジ前橋たやの家 ハルジ渋川たやの家	前橋市上泉町 1870-3 渋川市半田 3075
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	川場たやの家居宅支援事業所 アムール居宅介護支援事業所	利根郡川場村生品1823-1 高崎市問屋町 1-7-3
<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	ティーサービスセンター ヘルシィ高崎 ティーサービスセンター だんだん ティーサービス温泉の里 川場たやの家 ティーサービスセンター	高崎市問屋町 1-7-3 高崎市問屋町 1-6-4 高崎市問屋町 1-7-2 利根郡川場村生品 1823-1
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	ショートステイヘルシィ高崎 ショートステイ湯治場	高崎市問屋町 1-7-3 高崎市問屋町 1-7-2
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	介護付有料老人ホーム ヘルシィ高崎	高崎市問屋町 1-7-3
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	ヘルシィ前橋たやの家 ヘルシィ渋川たやの家	前橋市上泉町 1870- 渋川市半田 3075
介護予防支援	あり	なし	川場たやの家居宅 支援事業所 アムール居宅介護支援 事業所	利根郡川場村生品1823-1 高崎市問屋町 1-7-3
<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) よしおか いえ 吉岡たやの家	
施設の所在地	〒370-3606 群馬県北群馬郡吉岡町上野田 96	
施設の連絡先	電話番号	0 2 7 9 - 3 0 - 6 0 6 0
	FAX 番号	0 2 7 9 - 3 0 - 6 0 6 1
	ホームページ	なし
	メールアドレス	あり : http://yoshioka@takumikk.co.jp
施設の開設年月日	2 0 1 6 年 7 月 1 日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 吉田 麻美 職名 支配人	
施設までの主な利用交通手段		
関越自動車道渋川伊香保 IC より車で 10 分 JR 上越線渋川駅よりタクシーで 15 分 JR 八木原駅より徒歩 20 分		
施設の類型及び表示事項	<input type="checkbox"/> 類型：住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 居住の権利形態：利用権方式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方法：月払い方式 <input type="checkbox"/> 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険：在宅サービス利用可 <input type="checkbox"/> 介護居室区分：個室	
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) () 内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

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	0	1	0	0	1	0.5
生活相談員	0	1	0	0	1	1.0
看護職員	0	1	0	0	1	0.1
介護職員	0	4	0	7	11	7.3
機能訓練指導員	0	0	0	0	0	0
計画作成担当者						
栄養士						
調理員（委託事業者職員）	0	0	0	0	0	0
事務員	0	1	0	0	1	0.5
その他従業者	0	0	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					40時間以下	
※ 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		1				
介護福祉士		3				
実務者研修		1				
介護職員初任者研修					3	
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		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 (14時45分～翌日8時45分) または (18時45分～翌日8時45分)		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		
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	あり
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 社会福祉士		
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						
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						
	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	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
※1人ひとりの尊厳を守り、安心、安全、快適な住まいの提供を心がけ、常にサービス向上に努める		
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
医療機関連携加算（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	伊藤内科医院	
(協力の内容) 管理規程 別表Ⅳ-3のとおり		
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
芳賀歯科医院		
(協力の内容)		
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		
入居者の居室にて介護を行います。介護を要する状態になったことによる居室の住み替えはございません。		

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) なし	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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) なし	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
(その内容) なし	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
判断基準・手続について	
(その内容) なし	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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		
施設の入居に関する要件			
	自立している者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	要支援の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	要介護の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	留意事項	年齢制限なし	
	契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行われた場合（30日前） ③事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月滞納したとき ・入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規程に違反したとき ・入居者の行為が他の入居者の生命に危険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出来ないとき 	
	体験入居の内容	1泊2日（3食付） ￥5,000円（1ヶ月以内）	
	入居定員	18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	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	2	0	1	0	0	3
75歳以上85歳未満	2	4	2	1	0	9
85歳以上	1	1	2	1	1	6
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	0	0	0	0		0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0		0
75歳以上85歳未満	0	0	0	0		0
85歳以上	0	0	0	0		0
入居者の平均年齢	81.3歳					
入居者の男女別人数	男性	12名		女性	6名	
入居者の入居時の住所地	県内 17人　うち施設設置市町村 3人／県外 1人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						%
前年度の有料老人ホーム又は軽費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	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	1	1	1	2		5
医療機関	1	0	0	0	0	1
死亡者	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	0	0	0			0
社会福祉施設	0	0	0			0
医療機関	0	0	0			0
死亡者	0	0	0			0
その他	0	0	0			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	20	9	24	0	0	0

身元引受人及び連帯保証人

身元引受人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額45万円の範囲内で連帯してご負担頂くものとします。その額は、利用者又は身元引受人の方が亡くなった時に確定し、生じた債務について、ご負担頂く場合があるものとします。

身元引受人からの請求があった場合には、当法人及び事業所は、身元引受人の方に利用料金等の支払い状況等、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務額等に関する情報を提供します。

施設、設備等の状況

		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
		区分	室数	人数	1の居室の床面積
一般居室個室	あり	なし			
一般居室相部屋	あり	なし			
介護居室個室	あり	なし	18	18	17.39 m ²
介護居室相部屋	あり	なし			
一時介護室	あり	なし			
共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数			4
		うち車椅子等の対応が可能な数			4
個室の便所の設置数	18	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			18
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			
その他、浴室の設備に関する事項 ※緊急通報装置設備あり					
食堂の設備状況	1階1ヶ所 (83.02 m ²)				
	2階1ヶ所 (83.02 m ²)				
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) 相談室、健康管理室、機能訓練室、洗濯室、カットスペース、駐車場			
バリアフリーの対応状況					
(その内容) トイレ、廊下、ホール等、施設内に手すり設置。車いすでの移動可能。					
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			914.64 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	
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		鉄骨造			
建物の延床面積		785.03 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	
貸借 (借家)					
なし	あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新				なし	あり

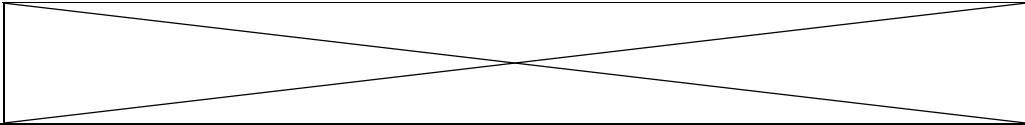
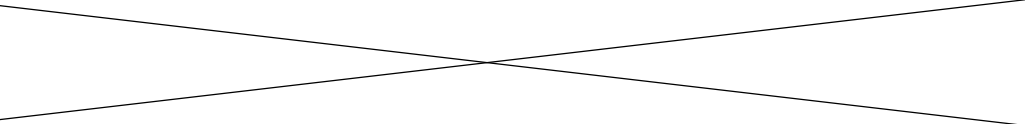
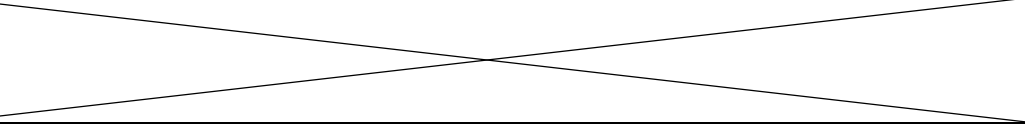
入居者及び身元引受人又は連帯保証人からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している入居者及び身元引受人又は連帯保証人からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	苦情相談窓口 担当職員・・・吉田 麻美 (苦情処理担当者を定め、入居者及び身元引受人又は連帯保証人からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申し出による差別的な待遇は一切行わない)		
電話番号	0279-30-6060		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝日	9:00~18:00	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	① 吉岡町役場 高齢福祉課 ② 群馬県国民健康保険団体連合会		
電話番号	① 0279-54-3111(代) ② 027-290-1363		
対応している時間	平日	① ②8:30~17:15	
	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) 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る (介護保険・社会福祉事業者総合保険) 対人1名・1事故 1・10億円 対物1000万円	
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) 食事サービス・・・入居者様の健康を考慮し栄養士管理のもと1日3食、また2月に1回は行事食を提供し楽しんで頂きます。 医師・看護職員の健康相談・健康診断・機能訓練を実施し、健康管理に努めます。 外部との交流を図りながら運営懇談会を開催、皆様より御意見を頂戴し改善を行います。 自立支援を目指し、身体・生活における両面をサポートします。			
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 checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日	平成 年 月 日
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし あり

情報開示状況

	閲 覧	書面交付
入居契約書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
重要事項説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
財務諸表	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
パンフレット	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式			
敷金	0円（家賃の0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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
料金プラン						
プラン 名称	一時金	月額 計	(内訳)			
			家賃相 当額	介護 費用	食費	光熱水 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					
一時金の償却に関する事項						
償却開始日の設定	入居日					
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						
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 がされた施設に限る。						
償却年月数 （想定居住期間）						
契約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		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(保全先)		
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及び原状回復のための費用の算定方法						
						
一時金の支払方法						
						
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		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
要介護状態に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
料金プラン(消費税別途)						
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
個室	101,160	37,500	-	40,110	実費	23,550
※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	近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出				
	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	食材料費を勘案して算出				
	光熱水費	実費				
	管理費	共用施設等の維持・管理費、事務管理給食部門の人員費及び事務費、要支援者・要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス等に係わる人員費を勘案して算出				

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割又は2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）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
算定根拠		
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人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いて、月額利用料を改定することがあります		

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 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

別 添

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		特定施設入居者生活介護費、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 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助 身辺介助（移動・着替え等） 機能訓練 通院介助（協力医療機関） 通院介助（協力医療機関以外）	なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり	実費負担 指定機関以外 1000 円/時間	*介護サービスについては原則として、入居者が介護保険の在宅サービス事業者と個別に契約し、自己負担額をサービス業者に支払います。
生活サービス								
居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 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 買い物代行（通常の利用区域） 買い物代行（上記以外の区域） 役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり	540 円/1 回（30 分） 実費負担 実費負担 実費負担 指定場所以外 1000/回	
健康管理サービス								
定期健康診断 健康相談 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	年 2 回。費用は自己負担	
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス 入退院時の同行（協力医療機関） 入退院時の同行（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	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	適宜実施（交通費自己負担） 同上 適宜実施 適宜実施	

※住宅型有料老人ホームについて、「特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で実施サービス」は入居者が介護保険の在宅サービスを利用しない場合は、管理費で賄うものであること。