

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成26年9月1日

1 事業主体概要

事業主体名	長谷川介護サービス株式会社
代表者名	代表取締役 長谷川 芳博
所在地	東京都豊島区東池袋3-1-1 サンシャイン60 57F
電話番号	03-5956-3929
ホームページアドレス	http://www.irs.jp
資本金(基本財産)	5,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	長谷川ホールディングス株式会社 100%
設立年月日	平成18年11月1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 6,331,842,259 円 (費用) 6,251,544,869 円 (損益) 80,297,390 円
主要取引金融機関	三菱東京UFJ銀行 池袋東口支店
会計監査人との契約	特になし
他の主な事業	

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名		イリーゼ横浜センター南		
施設の類型 及び表示事 項	類型	① 介護付（一般型・外部サービス利用型） 2 住宅型 3 健康型		
	居住の権利形態	① 利用権方式 2 建物賃借方式 3 終身建物賃借方式		
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 ④ 自立・要支援・要介護		
	介護保険	① 市指定介護保険特定施設 (番号1473800967 指定年月日平成25年3月1日) 介護専用型・ <u>混合型</u> ・混合型（外部サービス利用型）・ 地域密着型・ <u>介護予防</u> ・介護予防（外部サービス利用型） 2 介護保険在宅サービス利用可		
	居室区分	① 全室個室（夫婦等居室含む） 2 相部屋あり		
	介護に関わる職員体制	2.5 : 1 以上		
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()		
開設年月日	平成19年3月1日			
施設の管理者氏名	石井 伸一			
所在地	横浜市都筑区中川中央2-3-28			
電話番号	045-590-0230			
交通の便 ※3	横浜市営地下鉄 センター南駅 徒歩5分			
ホームページアドレス	http://www.irs.jp/			
敷地概要 ※4	権利形態 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約 (借地の場合の契約期間) 平成-年-月-日～平成-年-月-日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 有 敷地面積 555.05㎡			
建物概要	権利形態 所有 ・ <u>借家</u> (借家の場合の契約形態) <u>通常借家契約</u> 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成19年2月20日～平成39年12月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 <u>有</u> 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上7階建 <u>耐火</u> 延床面積 2323.18㎡ (うち有料老人ホーム2323.18㎡) 建築年月日 平成19年3月1日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム			
居室、一時介護室の概要	居室総数 55室 定員 55人(一時介護室を除く) (内訳)			
	居室	居室定員	室数	面積
		個室	55室	18㎡
		うち2人定員	0室	㎡～㎡
		2人部屋(相部屋)	0室	㎡～㎡
	人部屋(相部屋)	0室	㎡～㎡	

	一時介護室	個室	0室	m ² ～m ²
		2人部屋(相部屋)	0室	m ² ～m ²
		人部屋(相部屋)	0室	m ² ～m ²
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	共同生活室(エントケアの場合)	設置階	-	(m ²)
	食堂	設置階	6階	(165.99m ²)
	浴室(一般浴槽)	設置階	大浴室6階 小浴室3階	(38.71m ²) (5.67m ²)
	浴室(特別浴槽)	設置階	6階	(38.71m ²) ※大浴室兼用
	便所	設置箇所	各居室	各階
	洗面設備	設置箇所	各居室	各階
	医務室(健康管理室)	設置階	1階	(14.8m ²)
	談話室	設置階	-	
	応接室	設置階	1階	(8.25m ²)
	事務室	設置階	1階	
	宿直室	設置階	-	
	洗濯室	設置階	1階	(11.1m ²)
	汚物処理室	設置階	2階～5階	
	看護・介護職員室	設置階	2階～5階	
	機能訓練室	設置階	6階(食堂と兼用)	(195.99m ²)
	健康・生きがい施設	設置階	-	
	外来者宿泊室	設置階	-	
	エレベーター ※5	1基(ストレッチャー搬入可)		
スプリンクラー	設置箇所	全館(各居室・廊下)		
居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員	(1.4 m～ . m)		
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ケアコールの設置場所	浴室・トイレ、各居室及び室内トイレ		
	安否確認の方法・頻度等	2時間おきに行われる巡視による安否確認。		
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	特になし			
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	特になし			

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	一時金方式	月払い方式	選択方式
----------	-------	-------	------

(2) 一時金方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金は一括支払（指定日までに当社指定口座へ振込）。 月額利用料は毎月の請求による月払（口座振替）
敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）
入居一時金 （介護費用の一時金除く）	1 法第29条第7項に規定される前払金 1 プランA：495万円 プランB：645万円 2 上記以外の一時金 2 0円
想定居住期間又は償却期間	5年（60ヶ月）
算定の基礎（内訳）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使途：入居一時金は、目的施設（居室及び共用施設）を終身にわたって利用するための家賃相当額の一部に充当します。 老人福祉法第29条第7項において受領が禁止されている権利金又は 対価性のない金品に該当しません。 ・ 内訳：目的施設の建物賃借料 ・ 算定根拠：入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づき算定します。
解約時の返還金（算定方法等）	<p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 入居一時金のうち、解約時に返還される額については下記計算式により計算します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合 返還額＝入居一時金－{入居一時金÷60ヶ月÷30×（入居の日から契約解除・終了日までの日数）} ・ 入居者の入居後、3月が経過し、契約期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合 返還額 ＝ 入居一時金×70%÷60ヶ月×（60ヶ月－入居月数） ・ 一時金償却期間を超える場合 返還金はなく、一時金の追加徴収は行ないません。
返還の対象とならない額の有無	<p>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として、合理的に算出された額を入居一時金の非返還対象分（入居一時金の30%相当額）とし、ただちに事業者は取得します。 この額は、入居契約書第43条に定める入居後3月以内の短期解約特例による場合を除き、入居者に返還されません。</p>

初期償却の開始日	入居日						
介護費用の一時金	円 ～ 円						
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
月額利用料	プランA：199,600円 プランB：174,600円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	199,600円	64,800円		64,800円		70,000円	
	174,600円	64,800円		64,800円		45,000円	
算定根拠 ※11	管理費	事務所管理部門の人的費・事務費 共用施設の費用・施設などの維持管理費					
	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	1ヵ月を30日として月64,800円を徴収。 1日2,160円として算出。					
	光熱水費	電気料金のみ実費。 他、管理費の中に含まれる為、不要。					
	家賃相当額	入居者が居住する居室の費用として、終身にわたって受領する家賃相当額の一部					
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	電気料金、 おむつ代、提携外病院通院介助、理美容、買物代行、役所手続き、 年2回を超えた健康診断、医師の往診、医療保険制度で支給される 以外の費用、医療費、レクリエーション雑費（特別に材料等が別途 必要なもののみ）、生活サポート費42,120円/月（自立の場合）						

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
		月 額	自己負担額
	要介護1	178,500円	17,850円
	要介護2	200,100円	20,010円
	要介護3	222,900円	22,290円
	要介護4	244,500円	24,450円
	要介護5	267,000円	26,700円
	個別機能訓練加算(無)、夜間看護体制加算(有) 医療機関連携加算(有)、看取り介護加算(無) 介護職員処遇改善加算(有)		
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
		月 額	自己負担額
要支援1	62,400円	6,240円	
要支援2	144,300円	14,430円	
個別機能訓練加算(無)、医療機関連携加算(有) 介護職員処遇改善加算(有)			

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料：毎月指定日に口座振替による					
敷金	無・有 (円、家賃相当額の か月分)					
月額利用料	282,100円					
年齢に応じた金額設定	無・有					
要介護状態に応じた金額設定	無・有					
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳				
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額
	282,100円	64,800円		64,800円	152,500円	
算定根拠 ※11	管理費	居室の水道代、共用施設等の維持管理費、事務費、管理部門にかかる人件費等、レクリエーション費				
	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	1ヵ月を30日として月64,800円を徴収。 1日2,160円として算出。				
	光熱水費	電気料金のみ実費。 他、管理費の中に含まれる為、不要。				
	家賃相当額	入居者が居住する居室の費用として、終身にわたって受領する家賃相当額の一部				
	その他					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	電気料金、おむつ代、提携外病院通院介助、理美容、買物代行、役所手続き、年2回を超えた健康診断、医師の往診、医療保険制度で支給される以外の費用、医療費、レクリエーション雑費(特別に材料等が別途必要なもののみ)、生活サポート費42,120円/月(自立の場合)					

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>178,500円</td> <td>17,850円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>200,100円</td> <td>20,010円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>222,900円</td> <td>22,290円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>244,500円</td> <td>24,450円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>267,000円</td> <td>26,700円</td> </tr> </tbody> </table>		月 額	自己負担額	要介護1	178,500円	17,850円	要介護2	200,100円	20,010円	要介護3	222,900円	22,290円	要介護4	244,500円	24,450円	要介護5	267,000円	26,700円
		月 額	自己負担額																	
	要介護1	178,500円	17,850円																	
	要介護2	200,100円	20,010円																	
	要介護3	222,900円	22,290円																	
	要介護4	244,500円	24,450円																	
	要介護5	267,000円	26,700円																	
	個別機能訓練加算(無)、夜間看護体制加算(有) 医療機関連携加算(有)、看取り介護加算(無) 介護職員処遇改善加算(有)																			
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>62,400円</td> <td>6,240円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>144,300円</td> <td>14,430円</td> </tr> </tbody> </table>		月 額	自己負担額	要支援1	62,400円	6,240円	要支援2	144,300円	14,430円										
	月 額	自己負担額																		
要支援1	62,400円	6,240円																		
要支援2	144,300円	14,430円																		
個別機能訓練加算(無)、医療機関連携加算(有) 介護職員処遇改善加算(有)																				

(4) 共通事項

改定ルール(勘案する要素及び改定手続等)	物価の変動や人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いた上で行う
一時金の返還金の保全措置	有り 保全措置の内容: 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	有り 介護事業者総合賠償責任保険 東京海上日動火災保険株式会社
消費税の対象外とする利用料等	入居一時金・家賃相当額は非課税
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	無し

※7 総額表示のこと。

※8 一時金方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 入居一時金や月額利用料の請求時期や支払い方法を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは枠内に記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、共用施設の費用、施設等の維持管理費
	食費	1日3食（定食方式）、食堂内配膳・下膳
	その他	郵便物取次・宅配便・クリーニング等
（介護予防）特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	長谷川フードサービス株式会社（厨房業務）	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	<p>苦情対応マニュアルに従って、担当者に連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。</p> <p>○ホーム長 石井 伸一 TEL:045-590-0230</p> <p>○長谷川介護サービス株式会社 本社お客様相談室 TEL:03-5956-3929</p> <p>施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <p>○第三者機関、行政等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 TEL：03-3548-1077 ・ 横浜市役所健康福祉局高齢施設課 TEL：045-671-4117(直通) 	
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	<p>事故対応マニュアルに基づき、応急処置、協力医療機関である横浜新都市脳神経外科病院への搬送若しくは119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、施設長から家族へ連絡します。さらに、在宅総合診療を行う医療機関とも連携を取って対応します。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>	
事故発生の防止のための指針	有り	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	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、損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。ただし、天災等の不可抗力は除きます。	
(社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入	有り
	入居者基金への加入	有り

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や(社)全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	すべて居室は個室の介護居室になっており、入居されている介護居室において介護します。	
入居後、居室に替居え室又は合施設	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	—
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合	介護居室から他の介護居室へ住み替える場合 適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け。医師の意見を聞いた上で介護居室を変更して頂くことがあります。入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。利用権の対象居室は、当初の介護居室から住み替え後の居室に変更になります。追加費用はありません。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	—

6 医療

協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院
	診療科目	脳神経外科・内科・整形外科・皮膚科・リハビリテーション科
	所在地	横浜市青葉区荏田町433番地
	距離及び所要時間	約 4 km 車で約 6 分
	協力内容	入居者に入院治療が必要になった場合の受入協力、病床の確保、医師派遣
協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人メイ・ロイヤル メイロイヤル矢向歯科医院
	診療科目	一般歯科・口腔歯科
	所在地	横浜市鶴見区矢向6-10-11
	距離及び所要時間	約 15 km 電車・徒歩で約50分
	協力内容	入居者の歯科診療・口腔ケア
入居者が医療を要する場合の対応(入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等)	ホームの協力医療機関または入居者が選択する医療機関において治療を受ける。費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担。 入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払下さい	

7 入居状況等

(平成 26 年 9 月 1 日現在)

入居者数及び定員	48人（定員55人）		
入居者内訳	性別	男性	9人、女性 39人
	介護の 要否別	自立	0人
		要介護	40人
		要介護1	6人
		要介護2	11人
		要介護3	8人
		要介護4	10人
		要介護5	5人
		要支援	8人
		(内訳)要支援1	5人
要支援2		3人	
未認定	0人		
平均年齢	86.3歳（男性 86.2歳、女性 86.5歳）		
運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役 職員を除く参加者数、 主な議題等）	年2回（1回は事業報告連絡会） 主な議題（管理費・食費収支、サービス提供の状況、食費・管理費等の主 な改定、入居者及び身元引受人の要望・意見）		

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される
場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(平成 26 年 9 月 1 日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時30分～翌9時30分) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1(0)				
	生活相談員	1(0)				
	直接処遇職員	23(7)	20.7	0		
	介護職員	19(4)	18.7	0	2	
	看護職員	4(3)	2.0	0		
	機能訓練指導員	1(1)				非常勤看護職員が兼務
	理学療法士	0()				
	作業療法士	0()				
	その他	0(0)				
	計画作成担当者	1(0)				介護支援専門員
	医師	0()				
	栄養士	0()				外部委託
	調理員	0()				外部委託
	事務職員	0()				
	その他職員	0()				
合計	26(7)			2		

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対
して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算

後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援1の人数	2人	4人	4人
要支援2及び要介護者の人数	50人	49人	49人
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	20.9人	19.9人	22.7人
配置している直接処遇職員の人数 ※17	20.9人	19.9人	22.7人
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合	2.4 : 1	2.5 : 1	2.2 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	7 : 00 ~ 16 : 00
		日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
		遅番	10 : 30 ~ 19 : 30
		夜勤	16 : 30 ~ 翌9 : 30
	看護職員	日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
	その他の職員	日勤	9 : 00 ~ 18 : 00

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	0人 (0人)	ホームヘルパー1級	0人 (0人)
介護福祉士	6人 (0人)	ホームヘルパー2級	8人 (1人)
介護支援専門員	0人 (0人)	ホームヘルパー3級	0人 (0人)
介護職員基礎研修修了	2人 (0人)	無資格者	3人 (0人)

注) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を()に外数で記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件（年齢、心身の状況（自立・要支援・要介護）等）	概ね60歳以上で、入居時自立又は要支援・要介護の方
身元引き受け人等の条件及び義務等	身元引受人を1名定めて頂きます。身元引受人は利用料の支払について、入居者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解除されたときに、入居者を引き取ることとなります。
生活保護受給者の受入れ対応	否
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>① 入居者が逝去した場合</p> <p>② 入居者から契約解約が行なわれた場合</p> <p>③ 事業者から契約解除が行なわれた場合</p> <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、しばしば遅滞するとき ・ 入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害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 <p>入居者は、入居日からの経過日数が三月以内の場合は、事業者に対し書面で通知することにより、直ちに本契約を解約することができます。</p> <p>入居者は、入居日から三月を経過した後は、30日前に書面で予告することにより、本契約を解約することができます。</p> <p>返還金がある場合の返還金については、契約終了日が属する月の翌々月末日に返還金受取人指定口座へ振込により返金します。</p>
前年度1年間の施設からの契約解除件数	0件
体験入居の期間及び費用負担等	最大7泊8日まで体験入居が可能です。 1泊2食付 10,800円（消費税込）

※ 19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、入居一時金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開

※20 市指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：「別添 1 介護サービス等の一覧表」

「別添 2 短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 _____ 印

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署 名 _____ 印

別添1

介護サービス等の一覧表

	(自 立)		(要支援1～2)		要介護1～5)	
介護を行う場所	居室		居室		居室	
	一時金及び月額 利用料を含むサ ービス	その都度徴収 するサービ ス	介護保険(※) 給付、一時金及 び月額利用料に 含むサービス	その都度徴 収するサー ビス	介護保険(※)給 付、一時金及び月 額利用料を含むサ ービス	その都度徴 収するサー ビス
介護サービス ○巡回 ・昼間9:00～18:00 ・夜間18:00～翌9:00 ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助 ○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練 ○通院の介助 ○緊急時対応 ・ナースコール	随時 2時間毎に巡回 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 24時間対応	実費 お客様希望に より1回540円 介助 10分540円 お客様希望 10分540円 お客様希望 10分540円	随時 2時間毎に巡回 必要時 必要時 必要時 週2回 必要おむつ交換 時部分清拭 必要おむつ交換 時部分清拭 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 無料 (協力医療機関) 24時間対応	実費 週3回目から お客様希望 により有料 1回540円 おむつ代実 費 介助 10分540円 お客様希望 10分540円 お客様希望 10分540円	随時 2時間毎に巡回 必要時 必要時 必要時 週2回 必要おむつ交換 時部分清拭 必要おむつ交換 時部分清拭 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 必要時 無料 (協力医療機関) 24時間対応	実費 週3回目から お客様希望 により有料 1回540円 おむつ代実 費 介助 10分540円 お客様希望 10分540円 お客様希望 10分540円
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯 ○居室配膳・下膳 ○理美容 ○代行 ・買物	体調不良時は 無料 週1回指定日・ 指定業者無料	お客様希望 1回540円 お客様希望 1回540円 お客様希望 1回540円 月1回・実費 左記以外希望 により 10分540円	週2回 週2回 体調不良時は 無料 週1回指定日・ 指定業者無料	週3回目から お客様希望 により有料 10分540円 週3回目から お客様希望 により有料 1回540円 お客様希望 1回540円 左記以外希 望により 10分540円	週2回 週2回 体調不良時は 無料 週1回指定日・ 指定業者無料	週3回目から お客様希望 により有料 10分540円 週3回目から お客様希望 により有料 1回540円 お客様希望 1回540円 左記以外希 望により 10分540円

・役所手続		10分540円		10分540円		10分540円
健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診	適時看護師対応 適時看護師対応	年2回実費 必要に応じ随時医療保険制度で支給される以外の費用は実費	年2回 適時看護師対応 適時看護師対応	年2回 必要に応じ随時医療保険制度で支給される以外の費用は実費	年2回 適時看護師対応 適時看護師対応	必要に応じ随時医療保険制度で支給される以外の費用は実費
入退院時、入院中のサービス ・医療費 ・移送サービス		実費 お客様の希望により有料 10分540円	協力医療機関は無料	実費 左記以外 お客様の希望により有料 10分540円	協力医療機関無料	実費 左記以外 お客様の希望により有料 10分540円
その他サービス ・レクリエーション ・個別サービス	随時	一部のレクリエーションはお客様の希望により実費負担有 お客様の希望により有料 10分540円	随時	一部のレクリエーションはお客様の希望により実費負担有 お客様の希望により有料 10分540円	随時	一部のレクリエーションはお客様の希望により実費負担有 お客様の希望により有料 10分540円

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立・要支援1～2・要介護1～5と区分した場合は、8区分となるが、一覧表をわかりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

注3) 記入に当たっては、各サービスごとに回数及び費用負担等を明示すること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

(※) (介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付を指す。有料老人ホームが提供しない訪問介護サービス等は含まない。