

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和4年10月1日
記入者名	叶 浩司	所属・職名	施設長

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 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 函館市石川町464番地1			
設置者の連絡先	電話番号	0138-86-5118		
	FAX番号	0138-34-3361		
	ホームページアドレス	なし		
		あり	: http://	
設置者の氏名および職名	氏名	長田 宇司		
	職名	代表取締役		
設置者の設立年月日	平成31年3月26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	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		
通所リハビリテーション	あり	なし		
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	なし		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<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
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	<input checked="" type="checkbox"/>	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>				
国基準訪問型サービス	あり	なし		
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べーねいしかわ つー 住宅型有料老人ホーム ベーネいしかわⅡ	
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	あり : http://
施設の開設年月日	令和元年9月25日	
施設長の氏名	叶 浩司	
施設までの主な利用交通手段		
JR函館駅より約6.8km、函館空港より約8.8km JR五稜郭駅より約3.5km、函館バス：石川会館前 徒歩5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	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 : 65歳以上で自立 要支援1,2 要介護の方 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 :	
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	0.5
生活相談員						
看護職員						
介護職員				3	3	1.5
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						
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					3	
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 (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（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 介護福祉士、社会福祉主事	
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				1		
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		
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						
	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		
「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 ※特定施設入居者生活介護等の提供をしていない場合は省略可能		
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
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし
介護職員等特定処遇改善加算（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	アイビー函館クリニック（函館市上湯川町10番地8）	
（協力の内容） 診療科目：内科 診療の為に内科医師派遣・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		

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)		
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)		

その他 ()		なし	あり
判断基準・手続について			
(その内容) ・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の意思を確認する) 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		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) 居室内収納の増減			
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	○入居時における入居者の条件 ・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	○入居者が死亡したとき ・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受け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>○下記の場合などには、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）
	解約予告期間	3ヶ月
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	あり（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ます。原則2泊3日までとします）
	2	なし
入居定員	12名	
その他	<p>○入居者が医療を要する場合の対応</p> <p>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。</p> <p>②緊急時は移送、付添の手配をします。（管理費で充当）</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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。）</p>	

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		2		1		3
85歳以上		3	2	2		7
	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						
入居者の平均年齢	87.9歳					
入居者の男女別人数	男性	2人		女性	8人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	定員12名に対して 83.3%					
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						
社会福祉施設	1	1	1	1		4
医療機関						
死亡者	2		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						
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	2	1	7			

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	12	12	13.74~14.64m ²
	居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
						m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
					m ²	
共用便所の設置数	1	うち車椅子等の対応が可能な数				
個室便所の設置数	12	うち車椅子等の対応が可能な数			12	
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				
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		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		
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	令和元年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						
建物の面積		9152.37 m ² (うち、老人ホーム部分 480.22m 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	令和元年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わない。）		
電話番号	0138-34-4481		
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・祝祭日	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	① 0138-21-3025 ② 011-231-5175		
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"/>	(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			
<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) ・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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	令和4年8月15日
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	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			
プラン名 称	前払金	月額	(内訳)
		計	家賃 相当額
			介護 費用
			食費
			光熱 水費
			管理費
※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	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		
	前払金		
前払金の償却に関する事項			
償却開始の設定	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および返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	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および原状回復のための費用の算定方法			
前払金の支払方法			

(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						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃額 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B館	76,500～ 92,600	30,000～ 35,000		30,000～ 40,000	5,500～ 6,500	11,000
※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	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。				
(3) 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にご利用料支払が必要です。 ※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	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) ・テレビ貸出及び使用 550円/月 ・冷蔵庫貸出及び使用 550円/月 ・リネン貸出(掛布団,敷パット,包布※洗濯代込) 3,300円/月					
料金改定の手続						
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。						

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 _____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 _____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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
指定日以外1回1,100円							
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	提携医療機関の定める実費
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	付き添い1時間1,100円
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	