

有料老人ホーム入居契約に係る重要事項説明書

(兼 特定施設入居者生活介護に係る重要事項説明書)

(兼 介護予防特定施設入居者生活介護に係る重要事項説明書)

		記入年月日	2018 年 4 月 1 日
記入者名	小峰 国子	所属・職名	事務長

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	法人の種類	営利法人			
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ とみきゅう 株式会社 富久			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒354-0017	埼玉県富士見市水谷東 3-33-14			
事業主体の連絡先	電話番号	048-471-3526			
	F A X 番号	048-475-0509			
	ホームページ	なし			
	アドレス	あり : http://			
事業主体の代表者の職名及び氏名		職名	代表取締役		
		氏名	市川 建也		
事業主体の設立年月日		1969 年 12 月 24 日			
事業主体が埼玉県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			
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	あり	なし			
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	あり	なし			
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			
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			
<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		
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		
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		
介護予防支援	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		

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) しき しるばーはいつ だいいち・だいに 志木シルバーハイツ第一・第二			
施設の所在地		〒354-0017	第一：埼玉県富士見市針ヶ谷 1-16-9		
			第二：埼玉県富士見市針ヶ谷 1-15-24		
施設の連絡先		電話番号	049-252-2515		
		FAX番号	049-255-5834		
		ホームページ	なし		
		アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.tomikyu-silverheights.co.jp		
施設の開設年月日			第一：1986年02月16日 第二：1990年01月01日		
施設の管理者の職名及び氏名		職名	施設長		
		氏名	並木 稔		
施設までの主な利用交通手段					
<input checked="" type="checkbox"/> 東武東上線「みずほ台」駅下車、西口から約800m（徒歩約10分）					
施設の類型及び表示事項		類型：介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）			
		居室の権利形態：利用権方式			
		利用料の支払方式：一時金方式			
		入居時条件：入居時自立・要支援・要介護			
		介護保険：埼玉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） ：埼玉県指定介護予防特定施設			
		介護居室区分：全室個室（夫婦等の2人室含む） 介護にかかわる職員体制：2.5：1			
介護保険事業所番号		特定施設入居者生活介護：埼玉県指定 第1172900183			
		介護予防特定施設入居者生活介護：埼玉県指定 第1172900183			
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及び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）					
事業の開始（予定）年月日		2000年04月01日			
指定の年月日		2000年03月24日			
指定の更新年月日		2014年04月01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	1	0	0	0	1	1.0
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	1	0	1	1	3	2.5
介護職員	10	0	21	0	31	23.4
機能訓練指導員	0	0	0	1	1	0.5
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1.0
栄養士	1	0	0	0	1	1.0
調理員	4	0	6	0	10	9.3
事務員	5	0	0	0	5	5.0
その他従業者	0	0	7	0	7	4.7
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				38.5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		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0	0	0	0	0	0
介護福祉士	6	0	3	0	9	9.0
介護職員基礎研修	2	0	0	0	2	2.0
訪問介護員1級	1	0	0	0	1	1.0
訪問介護員2級	2	0	18	0	20	20.0
訪問介護員3級	0	0	0	0	0	0
介護支援専門員	1	0	0	0	1	1.0
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		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0	0	0
看護師及び准看護師	0	0	0	1	1	1.0
柔道整復士	0	0	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0	0
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（16時～09時）		最少時人数（休憩者等を除く）			
看護職員	0		0			
介護職員	2		2			
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	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	1	0	1	1	3	2.5
介護職員	10	0	21	0	31	23.4
機能訓練指導員	0	0	0	1	1	0.5
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1.0
その他従業者	9	0	13	0	22	18.7
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				38.5時間		

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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	0	0	0	0
介護福祉士	6	0	3	0
介護職員基礎研修	2	0	1	0
訪問介護員 1 級	1	0	1	0
訪問介護員 2 級	2	0	18	0
訪問介護員 3 級	0	0	0	0
介護支援専門員	1	0	0	0

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	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0
看護師及び准看護師	0	0	0	1
柔道整復士	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0

管理者の他の職務との兼務の有無

あり なし

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 福祉用具専門相談員

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 2.5 : 1

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	0	1	6	0	0
前年度 1 年間の退職者数	1	0	4	7	0	0
業務に従事した経験年数						
1 年未満の者の人数	0	1	1	7	0	0
1 年以上 3 年未満の者の人数	0	0	3	1	0	0
3 年以上 5 年未満の者の人数	0	0	2	5	0	0
5 年以上 10 年未満の者の人数	1	0	3	4	0	0
10 年以上の者の人数	0	1	1	4	1	0
	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	0	0	0	0		
前年度 1 年間の退職者数	0	0	0	0		
業務に従事した経験年数						
1 年未満の者の人数	0	0	0	0		
1 年以上 3 年未満の者の人数	0	0	0	0		
3 年以上 5 年未満の者の人数	0	0	0	0		
5 年以上 10 年未満の者の人数	0	0	0	0		
10 年以上の者の人数	0	1	1	0		

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			
志木シルバーハイツ第一・第二では、介護保険法令等を遵守し、利用者に対して、入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話、ならびに機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを目的として、特定施設入居者生活介護等のサービスを提供させていただきます。			
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり
看取介護加算	(介護報酬の加算)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
サービス提供体制強化加算Ⅲ	(介護報酬の加算)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	名 称 : みずほ台病院 所 在 地 : 埼玉県富士見市西みずほ台 2-9-5 診療科目 : 内科・外科・整形外科・脳神経外科・甲状腺科 呼吸器内科・呼吸器外科・糖尿病内分泌内科・歯科 循環器内科・肝臓内科・大腸肛門病ヘルニア科		
(協力の内容) 日常の健康相談、健康診断、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等について協力関係にあります。医療費その他費用は、利用者の自己負担となります。			
協力医療機関の名称	名 称 : さくら記念病院 所 在 地 : 埼玉県富士見市水谷東 1-28-1 診療科目 : 人工透析内科・内科・外科・腎臓内科・整形外科 泌尿器科・人間ドッグ		
(協力の内容) 日常の健康相談、健康診断、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等について協力関係にあります。医療費その他費用は、利用者の自己負担となります。			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称 : エイジング歯科 所 在 地 : 埼玉県霞ヶ関北 3-2-5
(協力の内容) 週 1 回の訪問歯科治療を行います。医療費その他費用は、利用者の自己負担となります。			
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
<input type="checkbox"/> 一般居室又は一時介護室			
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) 退院後や日常生活上で一時的に介護を要する場合などに、一時介護室における介護がより適切であると指定特定施設などが判断した場合には、以下の手続を行った上で、一時介護室において介護させていただきます。 ① 担当医師の意見を聴く ② 利用者の意思を確認する ③ 身元引受人の意見を聴く			
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
居室利用権の取扱い			
(その内容) 一時的な共用施設の利用であり、居室の利用権に変更はありません。			
入居一時金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の変更の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(その内容) ベットが 4 床あり、一般居室でいう「和室」はありません。			

	介護居室へ移る場合		
	判断基準・手続について		
	(その内容) 当ホームでは、一般居室から介護居室への住み替えは行いません。		
	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) 該当なし。		
	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
	台所の変更の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容) 該当なし。		
	その他 ()	なし	あり
	判断基準・手続について		
	(その内容) 当ホームでは、提携ホームへの住み替えは行いません。		
	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) 該当なし。		
	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
	台所の変更の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容) 該当なし。		
	施設の入居に関する要件		
	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	いづれも原則として満 60 歳以上 2 人入居の場合は一方が満 60 歳以上、夫婦・親子・兄弟姉妹関係の方に限ります。	
	契約解除の内容	1. 入居者が逝去した場合 (2 人入居の場合はどちらも逝去した場合) 2. 入居者から契約解除が行われた場合 3. 事業者から契約解除が行われた場合 ① 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 ② 月額利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅延するとき ③ 建物付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損破損又は滅失したとき ④ 入居契約書第 21 条 (禁止又は制限される行為) の規約に違反したとき ⑤ 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、かつ有料老人ホームにおけ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 (ただし、認知症の場合、特定の病因等に基づくものであると診断され医療機関において通院・入院による治療を受けている場合はこの限りではありません。)	
	体験入居の内容	2 泊 3 日以内の日程で体験入居が可能です。 ・ 1 泊 2 日 = 1 人 5,000 円 (3 人まで) ・ 食事代別途負担	
	入居定員	127 名 (127 室当たり)	
	その他	身元引受人の義務等 ・ 身元引受人を 1 人定めていただきます。 ・ 支払い義務について入居者と連帯して責任を負うことになります。 ・ 入居契約が解除された場合は、入居者を引き取っていただきます。	

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
6 5 歳未満	0	0	0	0	0	0
6 5 歳以上 7 5 歳未満	0	0	0	0	0	0
7 5 歳以上 8 5 歳未満	3	2	0	0	0	5
8 5 歳以上	14	11	1	6	10	42
	自 立	要支援 1	要支援 2			合 計
6 5 歳未満	0	0	0			0
6 5 歳以上 7 5 歳未満	2	1	0			3
7 5 歳以上 8 5 歳未満	16	0	3			19
8 5 歳以上	11	1	3			15
入居者の平均年齢	86.2 歳					
入居者の男女別人数	男性	20 人		女性	64 人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）			定員 127 名に対し 66.2%			

前年度に退去した者の人数

	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	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	1	0	0	0	1
医療機関	0	0	0	1	0	1
死亡者	0	0	0	1	7	8
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	1			1
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	7	1	27	17	12	20

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 3 に規定する準耐火建築物				なし	あり
居室の状況	区分		室数	人数	1 の居室の床面積	
	一般居室個室・第一	あり	なし	56	32.0～48.8 m ²	
	一般居室個室・第二	あり	なし	71	32.5～43.9 m ²	
	一般居室相部屋	あり	なし		m ²	
	介護居室個室	あり	なし		m ²	
	介護居室相部屋	あり	なし		m ²	
	一時介護室・第一	あり	なし		m ²	
	一時介護室・第二	あり	なし		m ²	
共用便所の設置数	7 箇所(第一) 5 箇所(第二)		うち男女別の対応が可能な数			4 箇所
			うち車いす等の対応が可能な数			4 箇所
個室の便所の設置数	127 室		個室における便所の設置割合			100%
			うち車いす等の対応が可能な数			0 箇所

浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		127 室	2 室	2 室	なし
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況	第一：2 階に設置 82.0 m ² 第二：2 階に設置 133.9 m ²				
入居者等が調理を行う設備状況	なし				
その他、共用施設の設備状況					
なし	あり	(その内容) ロビー・娯楽室（機能訓練室と共用）51.7 m ² ・駐車場・駐輪場・ゲストルーム（有料）			
バリアフリーの対応状況					
(その内容) 1 回ロビーから廊下へ上がる 2 段の段差をスロープにて一部解消しています。廊下、階段に手すりを設置しています。共用廊下は車いすで移動可能です。					
緊急通報装置の設置状況	なし		一部あり		全居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし		一部あり		全居室内にあり
テレビ回線の設置状況	なし		一部あり		全居室内にあり
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積	第一：1,519 m ² 第二：3,347 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		なし		あり
事業主体名義以外の敷地は、事業所を運営する法人の代表者及びその家族ならびに事業主体関係者が所有しています。					
貸借（借地）					
なし	あり	契約期間	始	2013 年 04 月 01 日	終
		契約の自動更新		なし	
施設の建物に関する事項					
建物の構造	第一・第二共に、鉄筋コンクリート造・5 階建て				
建物の延床面積	第一：2,999 m ² 第二：3,347 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		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	
利用者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利用者からの苦情に対応する窓口					
窓口の名称	志木シルバーハイツ第一・第二 フロント苦情窓口				
電話番号	TEL : 049-252-2515 FAX : 049-255-5834				
対応している時間	平日	午前 9 : 00 ～ 午後 5 : 00			
	土曜	午前 9 : 00 ～ 午後 5 : 00			
	日曜・祝日	午前 9 : 00 ～ 午後 5 : 00			
定休日等	定休日はありません。フロントにお申し出下さい。 苦情受付担当者「生活相談員：本田時江」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、速やかに対応いたします。苦情申出による差別的な待遇は一切行いません。				
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公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 ②富士見市役所 保健福祉部 高齢者福祉課・介護保険係 ③埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情対応窓口				
電話番号	① 03-3272-3781 ② 049-251-2711 ③ 048-824-2568				
対応している時間	平日	①午前 10 時～午後 5 時 ②午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ③午前 8 時 30 分～正午 午後 1 時～午後 5 時			
	土曜	①②③ 休み			
	日曜・祝日	①②③ 休み			
定休日等	①②③ 土曜・日曜・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) 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム損害賠償責任保険」に加入しています。	
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) サービス提供上、万一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して加入している保険により損害を賠償いたします。ただし、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) <ul style="list-style-type: none"> 一般居室において行う個室介護により、ご本人の専用居室を変更することなく個々の利用者又はご家族様や身元引受人のご要望に応じて、きめ細かい介護サービスをご提供させていただきます。 介護保険の要介護認定により、要支援者または要介護者と認定された場合は、ホームが提供する「介護予防特定施設入居者生活介護」又は「特定施設入居者生活介護」の「利用契約」を締結し、特定施設サービス計画を作成して、介護サービスを提供させていただきます。 利用契約第3条の規定により、特定施設入居者生活介護事業の運営についての重要な事項を定めたものとして、「運営規定」を定めています。 			
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	投書箱を設置し、月1回収
		当該結果の開示状況	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	<input checked="" type="checkbox"/> 一時金方式	<input type="checkbox"/> 月払い方式	<input type="checkbox"/> 選択方式
敷金	円 (家賃の 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
第一1人入居	380～680万円	118,692円	46,332円 実費 72,360円
第一2人入居	580～880万円	185,544円	92,664円 実費 92,880円
第二1人入居	480～580万円	125,162円	46,322円 実費 78,840円
第二2人入居	680～780万円	192,024円	92,664円 実費 99,360円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※食費は30日喫食時 (3食/1日)			
算定根拠	家賃相当額	入居一時金償却額の金額	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担分は含まない。	
	食費	朝食 410円 昼食 410円 夕食 723円 (喫食分のみ支払)	
	光熱水費	専用居室内の電気代は別途実費負担 (各個専用メーターによる) ※水道代は管理費に含まれます。	
	管理費	事務管理及び給食部門・生活支援サービスの人件費、一般居室の水道費、共用設備の維持管理・水光熱費、備品、消耗品です。	
	一時金	借地代、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間等に係る家賃相当額。公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び弊社実績データーをもとに算定。	
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定		入居日	<input checked="" type="checkbox"/> 入居日の翌日
初期償却率 なし			
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		なし	
権利金等 (※) の額		なし	
償却年月数 (想定居住期間)		5年 (60ヶ月)	

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 入居一時金及び入居加算金は、5年間（60ヶ月間）で償却し、この期間内に契約が終了した場合には下記の計算式に基づき無利息で返還します。期間終了後は返還金がなくなりますが、追加入居金は不要です。 【計算式】 入居一時金 －（60－入居月数）÷60 月								
保全措置の実施状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	（保全先） ①東京信用金庫 ②公益社団法人 全国老人ホーム協会					
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		入居日の翌日						
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法								
入居契約書第 47 条に基づき、入居一時金から契約期間に係る日割りの利用分と原状回復費の実費を除き、全額を返還いたします。								
一時金の支払方法								
入居前一括納入								
月払い方式 設定なし								
一時金方式								
介護保険サービスの自己負担額								
内 容		1 日の単価	夜間 介護体 制加算	サービス 提供体制 強化加算	利用者負 担分 1 割 30 日分	利用者負 担分 2 割 30 日分	退院・退所時 連携加算	
	要支援 1	180 単位	適用外	6 単位 ／1 日	5,546 円	11,092 円	適用外	
	要支援 2	309 単位			9,521 円	19,041 円		
	要介護 1	534 単位	10 単位 ／1 日		16,453 円	32,905 円	入居から 30 日間 30 単位／1 日 ※30 日を超える 入院後も同様	
	要介護 2	599 単位			18,456 円	36,911 円		
	要介護 3	668 単位			20,581 円	41,162 円		
	要介護 4	732 単位			22,553 円	45,106 円		
	要介護 5	800 単位			24,648 円	49,296 円		
	※介護保険給付費の 1 割又は 2 割が利用者の負担となります。 （自己負担割合は、介護保険の「自己負担割合証」に基づきます。） ※要支援 1 から要介護 5 の方はサービス提供体制強化加算Ⅲ（6 単位/日）が適用されます。 ※要介護 1 から要介護 5 の方は夜間介護体制加算（10 単位/日）が適用されます。 ※医師が一般に認められている医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した入居者について、志木 シルバーハイツ「看取り介護指針」に基づき看取り、介護計画書を合意の上で作成し、医師、看護師、 介護職員等が共同して介護サービスを行うための個別加算として看取り介護加算（死亡日前 4 日から 30 日が 80 単位/日・死亡日前日及び前々日が 680 単位/日・死亡日が 1,280 単位/日）が適用されます。 ※病院、介護保険施設他から入居した場合適用されます。30 日を超える入院・入所後再び入居した場合 も同様に適用されます。 ※介護保険法令等の変更があった場合には、当該利用料を変更することがあります。							
	人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）					<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	
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 checked="" type="checkbox"/> なし	あり		
算定根拠								
料金改定の手続								
目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会で協議、検討したのち、総会において決定するものとします。								

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 checked="" type="checkbox"/> 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		
<input checked="" type="checkbox"/> なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

○ 有料老人ホーム入居契約に係る重要事項説明の確認欄

説明年月日 年 月 日

説明を受けた方 署名 _____ ⑩

立会者（続柄） 署名 _____ () ⑩

説明者 署名 _____ ⑩

○ 介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護利用契約に係る重要事項説明書の確認欄

私は本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

年 月 日 _____ 号室

入居者氏名 _____ ⑩

上記署名代行者（本人が署名できない場合：入居者との続柄を記入）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

続 柄 _____