

フォレスト垂水 式番館 重要事項説明書

		記入年月日	平成27年 8月 1日
記入者名	洞 茂男	所属・職名	館長

1. 事業主体概要

(1)事業主の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
①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) ふあいんふおれすとかぶしきがいしゃ ファインフォレスト株式会社	
②事業主体の主たる事務所の所在地	〒655-0033	兵庫県神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号	
	電話番号	078-704-2005	
③事業主体の連絡先	F A X 番号	078-708-4567	
	ホームページアドレス	なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> あり	http://www.fineforest.co.jp
(2)事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	坂本 豊和	
	職名	代表取締役	
(3)事業主体の設立年月日	平成15年4月1日		
(4)事業主体が当該都道府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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	フォレスト垂水デイサービスセンター 神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	フォレスト垂水 神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	フォレスト垂水デイサービスセンター	神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号
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	フォレスト垂水	神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60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		
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		

2. 施設概要

(1)施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
①施設の名称	(ふりがな) ふおれすとたるみ にばんかん フォレスト垂水 式番館		
②施設の所在地	〒655-0033	兵庫県神戸市垂水区旭が丘2丁目1番50号	
③施設の連絡先	電話番号	078-704-5071	
	FAX 番号	078-704-5074	

	ホームページ アドレス	なし あり : http://forest2.jp
(2)施設の開設年月日		平成 24 年 5 月 11 日
(3)施設の管理者の氏名及び 職名	氏名	洞 茂男
	職名	館長
(4)施設までの主な利用交通手段		
JR 及び山陽電鉄「垂水」駅より約 480m (最短コースを利用した場合、徒歩約 6 分)		
(5)施設の類型及び表示事項	類型 : 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払方法 : 一時金方式 入居時の要件 : 入居時自立・要支援・要介護 介護保険 : 在宅サービス利用可 居室区分 : 全室個室	
(6)介護保険事業所番号	なし	
(7)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）		
①事業の開始（予定） 年月日		
②指定の年月日		
③指定の更新年月日		

3. 従業者に関する事項

(1)職種別の従業者の人数及びその勤務形態		(平成 27 年 7 月 1 日現在)				
①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				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員		1			1	0.1
介護職員	1	1	4		6	4.0

機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士	委託					委託
調理員	委託					委託
事務員	1				1	1.0
その他従業者			4		4	0.9

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40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。

③ 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			1	
介護職員基礎研修				
初任者研修終了1級				
2級		1	4	
3級				
介護支援専門員				

④ 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				

⑤ 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 (20時～翌8時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	1

⑥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						

⑦1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。

⑧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				
介護職員基礎研修				
初任者研修終了1級				
2級				
3級				
介護支援専門員				

⑨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				
⑩管理者の他の職務との兼務の有無				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	
⑪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)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	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

(1)施設の運営に関する方針		
<p>①サービスの提供にあたっては懇切丁寧を旨とし、入居者や家族から求められたときは、提供方法等について理解しやすいように説明いたします。</p> <p>②入居者にも安心して暮らしていただけるように、人材の育成に努め、質の高いサービスが継続して提供できる体制を整えていきます。</p>		
(2)介護サービスの内容、利用定員等		
①個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
②夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
③人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
④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	
⑤協力医療機関の名称		
やまぐちクリニック	<p>①所在地 神戸市垂水区旭が丘1丁目9-60 (フォレスト垂水と同敷地内)</p> <p>②診療科目 内科</p>	
神戸掖済会病院	<p>①所在地 〒655-0004 神戸市垂水区学が丘1丁目21番1号</p> <p>②診療科目 内科・循環器内科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・肛門科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・リウマチ科・リハビリテーション科・麻酔科・救急科</p>	

	③ホームからの距離 2. 5 km (車: 8分 バス: 19分)	
舞子台病院	①所在地 〒655-0046 兵庫県神戸市垂水区舞子台7-2-1 ②診療科目 内科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・呼吸器内科・放射線科・外科・心臓血管外科・脳神経外科・整形外科・泌尿器科・婦人科・神経内科・漢方内科・リハビリテーション科 ③ホームからの距離 2. 0 km (車: 7分 バス14分)	
神戸徳洲会病院	①所在地 〒655-0017 兵庫県神戸市垂水区上高丸1-3-10 ②診療科目 内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・心臓血管外科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・婦人科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・小児科 ③ホームからの距離 1. 1 km (車: 4分 バス: 8分)	
(協力の内容) 高度医療を必要とする場合の入院、緊急時受入対応等 ※医療費その他の費用は自己負担 (以下同じ)		
⑥協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり; その名称 藤原歯科
(協力の内容) 歯科診療		
⑦要介護時における居室の住み替えに関する事項		
(ア)要介護時に介護を行う場所		
要介護時に介護を行う場所	軽度の介護状態の場合には、訪問介護等を活用して在宅サービスを利用しながら住居(又は居室)にて生活を維持していただけます。	

提携ホーム に住替える 場合	<p>重度の介護状態になった場合は、介護付有料老人ホーム「フォレスト垂水」に移り住み、介護サービスを受けて頂くことが可能です。</p> <p>※費用は、フォレスト垂水の規定によるものとします。</p>
----------------------	--

(イ)入居後に居室を住み替える場合

(i)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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
----------	-----------------------------	-----------------------------

居室利用権の取扱い

(その内容)

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)

(ii)介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
----------	-----------------------------	-----------------------------

居室利用権の取扱い

(その内容)

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)		
		(iii)その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
		判断基準・手続について		
		(その内容)		
		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)		
		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)		
⑧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 checked="" type="checkbox"/> あり
		要支援の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
		要介護の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
		年齢要件 [基準の入居時年齢]	いずれも満75歳以上の方を前提とする。	
		年齢要件に満たない方	満70歳から75歳未満の方は、年齢別加算金の支払いにより入居可	
		⑨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は30日前の予告期間が必要です。 ③事業者から契約解除を行う場合は、90日の予告期	

	<p>間を置きます。</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介護方法ではこれを防止することができないとき ・目的施設及び付帯施設、又はこれらに付随する什器備品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 ・本契約又は細則の規定に度々違反し、改善の見込みが認められないとき
⑩体験入居の内容	なし
⑪入居定員	39名
⑫その他	

(3)入居者の状況

①入居者の人数							(平成27年7月1日現在)	
	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				1		1		
75歳以上85歳未満	2			1		3		
85歳以上	6					6		
	自立	要支援1	要支援2			合計		
65歳未満								
65歳以上75歳未満	3	1				4		
75歳以上85歳未満	6	6	2			14		
85歳以上	3	5	2			10		
②入居者の平均年齢	83.0歳							
③入居者の男女別人数	男性	10		女性	28			
④入居率 (一時的に不在となっている者を含む。)						97.4%		

⑤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						
社会福祉施設						
医療機関				1		1
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	1					1
社会福祉施設						
医療機関			1			1
死亡者						
その他						

⑥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	36			

(4)施設、設備等の状況

①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	<input checked="" type="checkbox"/>	
	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	<input checked="" type="checkbox"/>	
②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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	39	30.91 m ²	
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/>			m ²
						m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	<input checked="" type="checkbox"/>			m ²
介護居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/>			m ²	
					m ²	
					m ²	

	一時介護室	あり	なし			m ²
						m ²
						m ²
③共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数			2	
		うち車椅子等の対応が可能な数			2	
④個室の便所の設置数	39	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			39	
⑤浴室の設備状況	浴室の数 42	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		39 (一般居室)	2(男女浴室)	1		
その他、浴室の設備に関する事項						
⑥食堂の設備状況	1階					
入居者等が調理を行う設備状況			なし	あり		
⑦その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 玄関ロビー、エントランスホール(応接コーナー)、多目的ルーム、プライベートダイニング、談話室、リラクゼーションコーナー、理美容室(実費)、メールコーナー、健康相談室				
⑧バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手すり設置。車いすでの移動可能。						
⑨緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
⑩外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
⑪テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
⑫施設の敷地に関する事項						
敷地の面積		2,165.98 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	2004.8.1	終	2034.7.31
		契約の自動更新			なし	あり

⑬施設の建物に関する事項

建物の延床面積		3, 120. 06 m ²	
建物の構造		鉄筋コンクリート造4階	
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	<input type="checkbox"/> あり
抵当権の設定		なし	<input type="checkbox"/> あり
貸借（借家）			
<input type="checkbox"/> なし	あり	契約期間	始
			終
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

(5)利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

①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	フォレスト垂水 式番館 担当者 館長 洞 茂男	
電話番号	078-704-5071	
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	9:00-17:00
	日曜・祝日	9:00-17:00
定休日等	原則として年中無休 通常勤務日以外については代表電話で職員が応対し、後日早急に対処します	

②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神戸市高齢福祉課 調整指導課	
電話番号	①03-3272-3781 ②078-322-5226	
対応している時間	平日	①10:00-16:00 ② 9:00-17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—

	定休日等	土曜・日曜・祝日		
(6) 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				
①損害賠償責任保険の加入状況				
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容)	日本興亜損害保険 対人賠償：5億円 対物賠償：500万円	
②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)	日本興亜損害保険 対人賠償：5億円 対物賠償：500万円	
(7) サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) 事故発生時点で、すみやかに適切に処置を行い、すみやかに身元引受人との連絡を取り解決に向けて誠実に対応する。				
(8) 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				
①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	平成26年12月	
		当該結果の開示状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/>
②第三者による評価の実施状況				
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成25年12月13日	
		実施した評価機関の名称	(株)川原経営総合センター	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/>	あり

5. 利用料金

(1)利用料の支払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 一時金方式	月払い方式	選択方式
(2)敷金	円 (家賃の 月分)		
(3)一時金方式			
①一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	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	あり

年齢要件		入居一時金	年齢別加算金	合計
満 75 歳以上 [基準の入居時年齢]		16,800,000 円	—	16,800,000 円
年齢要件 に満たな い方	満 74 歳	16,800,000 円	1,428,000 円	18,228,000 円
	満 73 歳	16,800,000 円	2,856,000 円	19,656,000 円
	満 72 歳	16,800,000 円	4,284,000 円	21,084,000 円
	満 71 歳	16,800,000 円	5,712,000 円	22,512,000 円
	満 70 歳	16,800,000 円	7,140,000 円	23,940,000 円

月額利用料（内訳）

管理費	食費	水光熱費	家賃相当額	介護費用
100,800 円	61,080 円 ※上記は、レストランメニューを 1 日 3 食（定食）を利用した場合	実費		

※介護サービスの自己負担額は含まない。

算 定 根 拠	家賃相当額	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。
	介護費用	※介護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。レストランメニューの実費を負担。
	光熱水費	個別の外部契約による実費負担

管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。 ※実費で提供するサービスは介護サービス等の一覧表参照。
入居一時金	借地料、建設費、修繕費、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の家賃相当額及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。老人福祉法第29条第6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。 当ホームの入居時年齢を男性78歳、女性80歳と見込み、厚生労働省事務連絡による簡易生命表モデルを使用して、男女別且つ年齢別の想定居住期間(償却期間)等を算出。 この算定結果に男女比、男女別の入居時平均年齢等に基づき、データを加重平均した結果、上記のとおりとします。

一時金の償却に関する事項

償却開始日の設定	入居日	その他 (入居日の翌日)	
初期償却率 (%)	入居一時金 [基準の入居時年齢] の15%		
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	2,520,000円		
権利金等(※)の額	0円		
※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。			
想定居住期間	満75歳以上	10年 120ヶ月	
	[基準の入居時年齢]		
	年齢要件に満たない方	満74歳	11年 132ヶ月
		満73歳	12年 144ヶ月
		満72歳	13年 156ヶ月
		満71歳	14年 168ヶ月
満70歳		15年 180ヶ月	

契約終了時返還金の算定方法

- ・ 想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。

$$\text{返還金} = (\text{入居一時金} [\text{基準の入居時年齢}] \times 85\% + \text{年齢別加算金}) \div (\text{入居日翌日から償却期間満了日までの実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$$
- ※入居一時金 [基準の入居時年齢] の 15% は三月後に償却をおこなう

保全措置の実施状況

なし

あり

(保全先) 入居者生活保証制度 (公益社団法人 全国有料老人ホーム協会)
 ※当社が協会に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後でも保証金として 500 万円が支払われる。

②三月以内の契約終了による返還金

三月の起算日

入居日

その他 (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原状回復のための費用の算定方法

- ・ 「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費用」は全額返金する。
- ・ 算定方法

$$\text{利用期間に係る利用料} = \text{入居一時金} [\text{基準の入居時年齢}] \times 85\% \div \text{想定居住期間の月数} \div 30 \text{ 日} \times (\text{入居日から契約終了日までの実日数})$$
- ・ 年齢別加算金については、全額返金する。
- ・ 月額利用料については、日割り計算をおこなう。
- ・ 事業者は、当該費用の支払及び居室の明渡しを受けた後 60 日以内に、受領済みの入居一時金及び月額利用料の全額を無利息で返還することとします。

※原状回復費用は実費

③一時金の支払方法

入居契約締結日後、2週間以内に指定の支払先へ振り込む。

(4)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 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。

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れない。
食費	
光熱 水費	
管理費	

(5)一時金方式・月払方法共通

①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割を徴収する。
----	------------------------

②人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし	あり
内容			
利用料			
算定			
根拠			
支払い方法	月単位（日割の有無 あり・なし）		
③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		なし	あり
算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。 (介護サービス等の一覧表を参照)		
(6)月額利用料の取扱い			
支払日・支払方法	当月の月額利用料（管理費・食費）は、当月10日付で請求書を発行し、当月26日付指定口座より引き落としをおこなう。また、その他の費用・料金等（立替えを含む）は、利用月の翌月26日付指定口座より引き落としをおこなう。		
請求書の到着・明細	請求書は、毎月10日～15日の間に到着するよう手続きをおこなう。		
(7)料金改定の手続			
入居契約第27条に基づき、ホームが所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。			

6・その他

(1)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
(2)有料老人ホーム設置運営指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者名 _____ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説 明 者 署 名 _____ 印

入居者又は身元引受人署名 _____ 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で、実施するサービス		別途利用料金を徴収した上で、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	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
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・着替等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
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	1,080/30分/回
通院介助（協力医療機関外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2,551円/回/時間
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	216円/回
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	実費
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	実費
買物代行（垂水区内）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
買物代行（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（垂水区内）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
金銭・預金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
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	年1回
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	生活サービス費一覧
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 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	生活サービス費一覧
入退院時の同行（協力医療機関外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧 2,551円/時間/回
入院中の洗濯物交換・買い物（協力病院）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
入院中の洗濯物交換・買い物（協力病院以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活サービス費一覧

※ ご入居者が要支援又は要介護状態になられた場合は、外部の介護保険居宅サービスを受けていただくこととなります。上記のサービスは、居宅ケアプランの範囲を超えて利用者の希望に基づき、ホームが提供するサービスです。