

重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	平成27年9月1日
記入者名	福澤 啓介	所属・職名	メディカルフローラ久喜 管理者・施設長

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	法人等の種類	なし(あり) 株式会社
	名称 関東メディカル ・ケア	(ふりがな) かんとうめでいかる・けあ
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒339-0054	
	埼玉県さいたま市岩槻区仲町一丁目9番7号	
事業主体の連絡先	電話番号	048-756-4488
	FAX番号	048-758-0413
	ホームページ アドレス	なし (あり) http://www.kanto-medical.com
	事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名 増田 百代 職名 代表取締役
事業主体の設立年月日	昭和55年7月26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	デイフローラ蓮田 デイフローラ幸手 デイ杉戸 半日リハビリデイ フローラ岩槻	蓮田市大字黒浜3561-2 幸手市東2-41-10 杉戸町内田4-2-15 さいたま市岩槻区西原台1-4-84
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	ショートフローラ岩槻	さいたま市岩槻区西原台1-4-84
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	フローラ蓮田	蓮田市大字黒浜3561-52
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	GHフローラ白岡西 GHフローラ久喜 GHフローラ杉戸 GHフローラ幸手 GHフローラ岩槻西町	白岡市西10-13-9 久喜市吉羽1-6-29 杉戸町内田4-2-15 幸手市東4-9-15 さいたま市岩槻区西町4-3-14
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居者生活介護	あり	なし		
複合型サービス				
居宅介護支援	あり	なし	居宅フローラ幸手 居宅フローラ蓮田 居宅岩槻西原台	幸手市東2-41-10 蓮田市大字黒浜3561-2 さいたま市岩槻区西原台1-4-84
<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	デイ蓮田 デイ幸手 デイ杉戸 半日リハビリデイ フローラ岩槻	蓮田市大字黒浜3561-2 幸手市東2-41-10 杉戸町内田4-2-15 さいたま市岩槻区西原台1-4-84
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	ショートフローラ岩槻	さいたま市岩槻区西原台1-4-84
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	フローラ蓮田	蓮田市大字黒浜3561-52
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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	GHフローラ白岡西 GHフローラ久喜 GHフローラ杉戸 GHフローラ幸手 GHフローラ岩槻西町	白岡市西10-13-9 久喜市吉羽1-6-29 杉戸町内田4-2-15 幸手市東4-9-15 さいたま市岩槻区西町4-3-14

介護予防支援	(あり)	なし	居宅フローラ幸手 居宅フローラ蓮田 居宅岩槻西原台	幸手市東2-41-10 蓮田市大字黒浜3561-2 さいたま市岩槻区西原台1-4-84
<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) かいごつき ゆうりょうろうじんぼーむ めでいかるふるーら くき 介護付有料老人ホーム メディカルフローラ久喜	
施設の所在地	〒346-0014	埼玉県久喜市吉羽1丁目6番2号
施設の連絡先	電話番号	0480-26-2615
	FAX番号	0480-26-2616
	ホームページ	なし
	アドレス	(あり): http://www.kanto-medical.com
施設の開設年月日	平成24年1月10日	
施設の管理者の氏名 及び職名	職名	施設長
	氏名	福澤 啓介
施設までの主な利用交通手段		
久喜駅下車 徒歩7分(約550m)		
久喜駅まで	{ JR宇都宮線「大宮駅」より21分・「浦和駅」より29分 { JR湘南新宿ライン宇都宮線「赤羽駅」より31分 { 東武伊勢崎線「春日部駅」より12分・「越谷駅」より22分	
施設の類型及び表示事項	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	
介護保険事業所番号	1170900904	
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)		
事業の開始年月日	平成24年1月10日(特定施設入居者生活介護)	
	平成24年1月10日(介護予防特定施設入居者生活介護)	
指定の年月日	平成24年1月1日	
指定の更新年月日	平成 年 月 日	

3. 従業員に関する事項

職種別の従業員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						2015-07
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	0.8
生活相談員	1		1		2	1.3
看護職員	4		15		19	6.6
介護職員	20		10		30	22.6
機能訓練指導員	1		4		5	1.3
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士 (外部委託)	1				1	1.0
調理師 (外部委託)	3				3	3.0
事務員	1				1	1.0
その他従業員						
1週間のうち、常勤の従業員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人数に換算したものです。常に入居者2名に対し、1名以上の職員がお世話するものではありません。						
従業員である介護職員が有している資格						2015-07
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	6			2		
介護職員基礎研修	3					
訪問介護員1級	1			1		
2級	11			4		
3級						
介護支援専門員						
従業員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				4		
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 (19:00～翌7:00)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	1名		1名			
介護職員	3名		3名			

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						2015-07
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		1		2	1.3
看護職員	4		15		19	6.6
介護職員	20		10		30	22.6
機能訓練指導員	1		4		5	1.3
計画作成担当者	1				1	1.0
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						40
※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ものです。入居者2名に対し、常に1名以上の職員がお世話するものではありません。						
従業者である介護職員が有している資格						2015-07
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						
介護福祉士	6			2		
介護職員基礎研修	3					
訪問介護員1級	1			1		
2級	11			4		
3級						
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		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士				4		
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						
管理者の他の職務との兼務の有無						有（事務長）
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	訪問介護員2級
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						2:1以上

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						2015-07
	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	9	7	4		
前年度1年間の退職者数	1	2	2	1		
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		1	7	4		
3年以上5年未満の者の人数		2	7	1		
5年以上10年未満の者の人数	1	1	2	1	1	1
10年以上の者の人数	3	1	4	4		
	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	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年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数			3			
5年以上10年未満の者の人数			1			
10年以上の者の人数	1				1	
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		
<ul style="list-style-type: none"> ◆「安心」・「希望」・「自立」をコンセプトにその方らしい豊かなスローライフが送れるように援助いたします。 ◆24時間看護職員が常駐しておりますので、医療依存度の高い方のやすらぎの場としても安心です。また、ターミナル・ケアのお世話も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	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	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	医療法人東州会 フローラ太田小通りクリニック 医療法人顕正会 蓮田病院 医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院	
（協力の内容） 週1回の往診（定期）・ターミナル・一般外来・治療・検査・入院		
協力歯科医療機関	なし	あり：その名称 医療法人社団彩明会 フラワー歯科医院
（協力の内容） 定期検診（予防・治療全般）		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時等に介護を行う場所		
介護居室 当施設は主に要介護・要支援状態の方にご入居いただくことを目的とし、同一施設内で重度の介護サービスまで行います。入居後に要介護状態が変化した場合でも、他の施設に移動する必要はありません。但し、入居者の心身の状態により施設内で居室の移動が必要と認められる場合には、医師の意見を確認し、同意を得た上で一定の観察期間を設けます。その際、居室の移動自体に追加費用は発生しませんが、契約上の居室変更となりますので、居室清掃費等が発生する場合があります。		

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)		
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	なし	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	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)		なし	
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)		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
台所の有無		(なし)	あり
その他の変更の有無		(なし)	あり
(その内容)			
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	<p>概ね満 65 歳以上（自立の方は概ね満 70 歳以上。Eタイプ利用権は入居時 80 歳以上、Fタイプ利用権は入居時 80 歳未満の方を対象）で、①虚弱、寝たきり、身体的な障害、認知症などにより介護を必要とする要支援・要介護の方。②第 2 号被保険者で要介護 1 以上の方。③介護保険の認定を受けていない自立の方であり、かつ、加齢等により何らかの日常生活・健康管理上の支援を必要としている方。④ご夫婦揃っての入居を希望される方で、いずれか一方が要支援 1 以上の方。いずれも伝染性疾患や問題行動を伴わず、共同生活に適応できる方。</p> <p>※自立の方が介護保険の認定を受けられた場合には、別途、特定施設サービスの利用契約を締結していただきます。</p>		
契約の解除の内容	入居契約書に定める所定の要件に該当し、入居契約を将来にわたり維持することが困難な場合。		
体験入居の内容	1泊2日～原則として最長6泊7日 詳細は体験入居契約書別紙をご参照下さい。		
入居定員	60名		
その他			

入居者の状況

入居者の人数（平成27年7月）

	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	1			1		2
65歳以上75歳未満	3	1		1		5
75歳以上85歳未満	6	3	3	3	2	17
85歳以上	5	8	4	7	3	27
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満			1			1
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		3	1			4
85歳以上		3				3

入居者の平均年齢 83.4歳

入居者の男女別人数 男性 14 女性 45

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 98.3%

前年度に有料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	2	1				3
社会福祉施設						
医療機関			1			1
死亡者		1	1	8	6	16
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等		1				1
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	11	6	42			

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	あり	(なし)			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	60	60	18.90m ² (壁芯面積)
	一部、夫婦用の連結部屋に転用可能な居室あり					
	介護居室相部屋	あり	(なし)			m ²
	一時介護室	あり	(なし)			m ²
共用便所の設置数	8			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		5
個室の便所の設置数	60			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		60
浴室の設備状況	浴室の数			個浴	大浴槽	特殊浴槽
				1	1	1
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	1階に1ヶ所			111.05m 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) (内容) 食堂・機能回復コーナー兼ラウンジ・図書室・健康管理室理美容室・自動加湿装置・屋上庭園・ウッドデッキテラス・浴室・脱衣室 他				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全館バリアフリー						
緊急通報装置(ナースコール)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) ※別途、電話のご契約が必要です。	
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		2258.29m 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						
建物の延床面積		2573.17m 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)

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する窓口

窓口の名称	介護付有料老人ホーム メディカルフローラ久喜	
電話番号	0480-26-2615	
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	久喜市福祉部 介護福祉課	
電話番号	0480-22-1111 (内) 3261~3274	
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土曜日・日曜日・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	埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応窓口	
電話番号	048-824-2568 (苦情相談専用)	
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土曜日・日曜日・祝日	

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			
損害賠償責任保険の加入状況			
なし	あり	(その内容) 対人賠償 1事故当り 500百万円 対物賠償 1事故当り 10百万円	
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			
なし	あり	(その内容) 「事故防止・事故緊急時の対応マニュアル」等に従って迅速に対応します。	
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 医療依存度の高い方の受け入れ、24時間看護職員常駐、終身介護、週3回の入浴、協力医療機関への無料通院介助。			
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	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	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	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式				
敷金	非該当 円 (家賃の	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	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	一時金	月額	(内 訳)				
		計	家賃	特別 介護費 <small>(上乗せ介護サービス利用料)</small>	食費	管理費	光熱水費
Aタイプ	500万円	296,751	120,000	54,000	66,180	56,571	実費
Bタイプ	700万円	256,751	80,000	54,000	66,180	56,571	実費
Cタイプ	900万円	216,751	40,000	54,000	66,180	56,571	実費
Dタイプ	1,100万円	176,751	0	54,000	66,180	56,571	実費
Eタイプ 入居時 80歳以上	1,402万5千	114,523	0	20,057	66,180	28,286	実費
入居51ヶ月目から月額管理費28,285円を別途頂戴いたします。その際の月額利用料は142,808円となります。							
Fタイプ 入居時 80歳未満	1,702万5千	114,523	0	20,057	66,180	28,286	実費
◆月額利用料には家賃(非課税)・特別介護費(上乗せ介護サービス利用料)(税込)・食費(税込)・管理費(税込)が含まれます。							
◆各タイプとも、上記のほかに生活雑費(日額161円[税込])が必要です。							
◆自立の方を除き、別途、介護保険の自己負担分が必要です(「介護保険に係る利用料」参照)。							
算定 根拠	家賃相当額	土地・建物の賃借料、建設協力金、修繕費、リース料、借入利息等をベースに、近傍同種の施設の家賃も参照の上、想定居住期間を勘案して基準月額家賃を算定。(非課税)					
	特別介護費 <small>(上乗せ介護サービス利用料)</small>	指定基準(3:1)を超える2:1[常勤換算値]の手厚い人員配置を維持するために必要な追加人件費相当額であり、介護保険給付によって賄えない部分に充当するものとして合理的な積算に基づきます。(税込)					
	食費	朝食・昼食・夕食及びおやつの代金(経管栄養・胃ろう対応等の場合もあり) ※前日までに欠食の届けをした場合は、喫食実績に基づいて精算いたします。その場合、食材費(朝食:169円、昼食:323円、夕食:324円)のみが減額されます。(税込)					
	光熱水費	居室内の水道光熱使用量に応じて実費					
	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費・光熱水費、備品、消耗品費等(税込) ※ご夫婦で入居された場合は1名様のみ管理費を28,286円に割引いたします。どちらかが契約解除された場合は56,571円を頂戴します(A・B・C・D各タイプ)。 ※Eタイプの月額利用料では入居51ヶ月目より管理費28,285円が上乗せされます。その際の月額利用料は142,808円となります(要支援・要介護の方)。					
一時金	入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の使用料として、終身にわたって受領する月額家賃相当額の一部または全部。 ◇利用権E及びF: 利用権Dの一時金に、償却期間(50月)を通して受領する月額管理費・特別介護費(上乗せ介護サービス利用料)の一部を加算。 ◇利用権F: 利用権Eの一時金に、Fタイプの予想平均利用期間が償却期間(50月)を上回る月数の家賃相当額を加算。						

その他に必要な月額利用料

◆生活雑費（日額 161 円：ごみ処理、医療廃棄物処理費等に充当）

◆生活サポート費（自立の方のみ）：月額 67,886 円（全タイプ）〔税込〕

生活支援（定期的な居室清掃・洗濯及び買い物代行等）に要する費用であり、要支援 1 の介護報酬額に基づきます。

◆健康管理費（自立の方のみ）：

◇54,000 円（A・B・C・D各タイプ） ◇20,057 円（Eタイプ・Fタイプ）〔いずれも税込〕

看護職員による日常的な健康管理及び相談、疾病時等における一時的な看護・介護に要する費用です。

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（%）	0%（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	入居一時金の 33%相当額（全タイプ共通）
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）	償却年月数：4 年 2 ヶ月（50 ヶ月）〔1,520 日〕 想定居住期間：44 ヶ月

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例

入居契約書第 25 条に定める事由によって契約終了した場合には、以下の計算式で算定した金額を返還金受取人に返還します。

(a) 入居 3 月経過後～6 月未滿の退去

返還金 = ① + ②

① — { (入居一時金 × 0.67) ÷ 1,520 (日) } × (1,520 (日) - 利用日数)

② — 退去月にあつては、「入居一時金償却表」の「想定居住期間外」（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）における受領月額を当該月の日数で除して日割計算した金額 + 次月以降の残額

(b) 入居 6 月経過後、50 月未滿の退去

返還金 = { (入居一時金 × 0.67) ÷ 1,520 (日) } × (1,520 (日) - 利用日数)

(注 1) 入居一時金償却期間 (50 月) を 1,520 日として日割計算します。

1 円未滿の端数が生じた場合には切り捨てます。

(注 2) 利用月数毎の返還金概算額は「入居一時金償却表」に記載しています。

保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先) 株式会社りそな銀行の入居一時金保全信託を利用
-----------	----	----	------------------------------

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原状回復のための費用の算定方法	
入居日から居室明け渡し日までの施設利用の対価として、基準月額家賃 (220,000 円) ・管理費月額 (56,571 円) ・特別介護費 (上乗せ介護サービス利用料) 月額 (54,000 円) の合計の日割り額に、生活雑費 (日額 161 円) を加えた 11,180 円 (日額) の他、食費、光熱水費、有料サービス利用料、介護保険サービス利用料、医療費、その他実費負担分の未払い費用、及び入居契約書第 28 条 (居室の明け渡し及び原状回復) に定める原状回復費用を事業者を支払うことで契約を終了できるものとします。	

一時金の支払方法

弊社指定の口座にお振込み下さい。

月払い方式	非該当	
月単位で支払う利用料	非該当	
年齢に応じた金額設定	非該当	
要介護状態に応じた金額設定	非該当	
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	
非該当 ※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	非該当
	介護費用	非該当
	食費	非該当
	光熱水費	非該当
	管理費	非該当
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	法定代理受領サービスである場合は、利用料のうち、各利用者の負担割合に応じた額	
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	特別介護費（上乗せ介護サービス利用料）	
利用料	◇54,000円（A・B・C・D各タイプ） ◇20,057円（Eタイプ・Fタイプ）（いずれも税込・月額）	
算定根拠	指定基準（3：1）を超える2：1〔常勤換算値〕の手厚い人員配置を維持するために必要な追加人件費相当額であり、介護保険給付によって賄えない部分に充当するものとして合理的な積算に基づきます。	
支払い方法	月単位（日割り計算の有無 (あり) ・ なし ） 入居日および退去日が属する月では、当該月の管理費と特別介護費（上乗せ介護サービス利用料）を日割り計算いたします。	
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	人件費等を勘案してサービスの種類ごとに算定。詳細は「別表Ⅳ-1①-2 介護サービス等の一覧表（別途利用料を徴収して実施するサービス）」をご覧ください。	
料金改定の手続		
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弊社の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。		

介護保険に係る利用料

※介護認定を受けている方のみ

①介護予防特定施設入居者生活介護利用料

要介護度	1日あたりの利用料金 (地域区分単価 10.27)	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	
		1割負担の場合	2割負担の場合
要支援1	1,838 円/日	184 円/日	368 円/日
要支援2	3,163 円/日	317 円/日	633 円/日
個別機能訓練加算	123 円/日	13 円/日	25 円/日
医療機関連携加算	821 円/月	83 円/月	165 円/月
介護職員処遇改善加算 I	総単位数の 61/1000 を加算	総単位数×61/1000×10.27×1割	総単位数×61/1000×10.27×2割

②特定施設入居者生活介護利用料

要介護度	1日あたりの利用料金 (地域区分単価 10.27)	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	
		1割負担の場合	2割負担の場合
要介護1	5,473 円/日	548 円/日	1,095 円/日
要介護2	6,131 円/日	614 円/日	1,227 円/日
要介護3	6,839 円/日	684 円/日	1,368 円/日
要介護4	7,497 円/日	750 円/日	1,500 円/日
要介護5	8,195 円/日	820 円/日	1,639 円/日
個別機能訓練加算	123 円/日	13 円/日	25 円/日
夜間看護体制加算	102 円/日	11 円/日	21 円/日
医療機関連携加算	821 円/月	83 円/月	165 円/月
看取り介護加算			
死亡日以前4日以上30日以下	1,478 円/日	148 円/日	296 円/日
死亡日の前日及び前々日	6,983 円/日	699 円/日	1,397 円/日
死亡日	13,145 円/日	1,315 円/日	2,629 円/日
介護職員処遇改善加算 I	総単位数の 61/1000 を加算	総単位数×61/1000×10.27×1割	総単位数×61/1000×10.27×2割

入居一時金及び月額利用料の支払方法		
入居申込金	100万円	入居申込書提出後、銀行営業日3日以内に、指定金融機関の口座へお振込み下さい。
入居一時金残金	上記の入居申込金を差し引いた残額	入居日までに指定金融機関の口座へお振込み下さい。
月額利用料	当月分の管理費は、前月の27日までに指定口座より引き落としいたします。当月の発生費用（食費・その他）につきましては当月末締め、翌月15日までに請求し、27日までに指定口座より引き落としいたします。	

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	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) 「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(入居一時金の33%相当額)」を入居後6ヶ月間で分割受領します。入居日の翌日から起算して3月を経過した場合には、当該額の3月分(金額は「入居一時金償却表」に明記)を、また、入居日から起算して6月を経過した場合には、当該額の全額を返還いたしません。	

添付書類：「日常生活に係る費用の負担区分表」「要介護度別介護サービス一覧表」

* 介護付有料老人ホーム・特定施設入居者生活介護の重要事項について、上記のとおり説明を受け、了承いたしました。

ご入居者氏名 _____ 印

身元引受人(契約立会人) _____ 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印