

## 重要事項説明書

施設名	サンシティ調布
定員・室数	125 人 ・ 116 室

## 有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	介護付（一般型）
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払方式	選択方式
入居時の要件	混合型（自立除く）
介護保険の利用	特定施設入居者生活介護（一般型）
居室区分	定員1～2人（親族のみ対象）
介護に関わる職員体制	1.5：1以上

## 1 事業主体

名 称	法人等の種別		営利法人	
	フリカ`ナ	カ`シカイシャ ハーフ・センチュリー・モア		
	名 称	株式会社ハーフ・センチュリー・モア		
主たる事務所の所在地	〒	107-6030		
	東京都港区赤坂1丁目12番32号 アーク森ビル30階			
連 絡 先	電 話 番 号	03-3505-6688		
	ファックス番号	03-3505-6198		
ホームページ	<a href="http://www.hcm-suncity.jp">http://www.hcm-suncity.jp</a>			
代表者職氏名	役職名	代表取締役社長	氏名	金澤 王生
設立年月日	昭和54年5月25日			
主な事業等	有料老人ホームの設置・運営			

## 事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	2	サンシティ吉祥寺/サンシティ銀座EASTホームサービス	三鷹市下連雀5-3-5/中央区月島3-27-15
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	3	サンシティ調布/サンシティ町田/サンシティ銀座EAST	調布市緑ヶ丘2-14-1/町田市小野路1611-2/中央区月島3-27-15
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		

小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
複合型サービス	なし		
居宅介護支援	2	サンシティ吉祥寺ホームサービス/サンシティ銀座EAST居宅支援	三鷹市下連雀5-3-5/中央区月島3-27-15
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	なし		
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所介護	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	3	サンシティ調布/サンシティ町田/サンシティ銀座EAST	調布市緑ヶ丘2-14-1/町田市小野路1611-2/中央区月島3-27-15
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		

## 2 事業所概要

名称	フリカナ	サンシティョウフ		
	名称	サンシティ調布		
所在地	〒	182-0001		
	東京都調布市緑ヶ丘2丁目14番1号			
連絡先	電話番号	03-5969-0505		
	ファックス番号	03-5969-0511		
ホームページ	<a href="http://www.hcm-suncity.jp">http://www.hcm-suncity.jp</a>			
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護	東京都指定1374200796		
	介護予防特定施設入居者生活介護	東京都指定1374200796		
管理者職氏名	役職名	責任者	氏名	草野 祐二
事業開始年月日	平成13年5月15日			
届出年月日	平成13年5月15日			
届出上の開設年月日	平成13年5月1日			
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	平成26年5月1日		
	指定の有効期間	平成32年4月30日 まで		
介護予防 特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	平成18年4月1日		
	指定の有効期間	平成30年3月31日 まで		

事業所へのアクセス	京王線「仙川」駅より徒歩14分（約1.1km） 緑ヶ丘循環バス利用10分「北野四丁目」停留所前							
施設・設備等の状況								
敷地	権利形態	賃貸借	抵当権	なし				
	面積	10,106.92 m <sup>2</sup>						
建物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし				
	延床面積	8,497.32 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 8,497.32 m <sup>2</sup>						
	竣工日	平成13年3月30日						
	階数	地上		3階	地下		1階	
		うち有料老人ホーム分 地上		3階	地下		1階	
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	有料老人ホーム				
	併設施設等	なし（ ）						
賃貸借契約の概要	土地	契約期間	平成13年3月30日 ～ 平成33年3月29日					
		自動更新	あり					
居室	階	定員	室数	面積				
	1階	1人	24	11.90 m <sup>2</sup>	～	22.80 m <sup>2</sup>		
	2階	1人	45	30.24 m <sup>2</sup>	～	34.00 m <sup>2</sup>		
	3階	1人	38	30.24 m <sup>2</sup>	～	55.87 m <sup>2</sup>		
	3階	2人	9	55.87 m <sup>2</sup>	～	62.70 m <sup>2</sup>		
一時介護室	階	定員	室数	面積				
	1階	2人	2	11.90 m <sup>2</sup>	～	11.90 m <sup>2</sup>		
便所	居室	全室設置	共同便所	5箇所（男女共用）				
浴室	居室	一部設置	共同浴室	個浴：0 大浴槽：3 機械浴：4				
	併設施設との共用		なし（ ）					
食堂	兼用	なし（ ）						
	併設施設との共用		なし（ ）					
その他の共用施設	あり	フロント、ティーサロン、ラウンジ、ライブラリー、多目的ホール、応接室、和室、麻雀ルーム、リビング（ダイニング、ヘアサロン、洗濯コーナー、フィットネスルーム（機能訓練室）、クラブルーム、健康管理室 他 ※下線は有料						
エレベーター	あり	2基						
消防設備	自動火災報知設備：あり		火災通報装置：あり		スプリンクラー：あり			
緊急呼出装置	居室：あり	便所：あり	浴室：あり	脱衣室：あり				

### 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									
① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態									
職種	実人数		常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況等
	専従	非専従	専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）	1	0	0	0	1人		1.00		
生活相談員	6	0	1	0	7人		6.74		
看護職員：直接雇用	6	0	1	0	7人		7.60		
看護職員：派遣	1	0	0	0	1人				
介護職員：直接雇用	28	0	20	0	48人		45.40		
介護職員：派遣	6	0	0	0	6人				
機能訓練指導員	2	0	2	0	4人		2.45		

計画作成担当者	1	0	0	0	1人	1.00		
栄養士	0	0	0	0	0人		外部委託	
調理員	0	0	0	0	0人		外部委託	
事務員	5	0	2	0	7人	6.04		
その他従業者（生活相談員派遣）	0	0	0	0	0人		外部委託	
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			
③-1 介護職員の資格								
資格	延べ人数	常勤		非常勤				
		専従	非専従	専従	非専従			
介護福祉士	21	0	6	0				
実務者研修	1	0	1	0				
介護職員初任者研修	8	0	6	0				
介護支援専門員	1	0	0	0				
資格なし	0	0	9	0				
③-2 機能訓練指導員の資格								
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	1	0	1	0				
作業療法士	0	0	0	0				
言語聴覚士	0	0	1	0				
看護師又は准看護師	0	0	0	0				
柔道整復師	1	0	0	0				
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0				
③-3 管理者（施設長）の資格				介護職員初任者研修				
④ 夜勤・宿直体制								
配置職員数が最も少ない時間帯			19 時 0 分～ 7 時 0 分					
上記時間帯の職員配置数			介護職員 5 人以上 看護職員 1 人以上					
⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況
		専従	非専従	専従	非専従			
生活相談員					0人			
看護職員					0人			
介護職員					0人			
機能訓練指導員					0人			
計画作成担当者					0人			
⑤-1 介護職員の資格				③-1と同じのため記入省略				
資格	延べ人数	常勤		非常勤				
		専従	非専従	専従	非専従			
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								
資格なし								
⑤-2 機能訓練指導員の資格				③-2と同じのため記入省略				
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								
看護師又は准看護師								
柔道整復師								
あん摩マッサージ指圧師								
⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数						1.51	人	

従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続年数	看護職員		介護職員		生活相談員		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満	1	0	3	1	2	0	0	0	0	0
1年以上3年未満	1	0	5	1	1	0	1	1	0	0
3年以上5年未満	4	0	3	2	1	1	0	1	0	0
5年以上10年未満	0	1	9	5	0	0	0	0	1	0
10年以上	0	0	8	11	2	0	1	0	0	0
合計	6	1	28	20	6	1	2	2	1	0

4 サービスの内容

提供するサービス

食事の提供サービス	あり（委託）
食事介助サービス	あり
入浴介助サービス	あり
排せつ介助サービス	あり
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり
相談対応サービス	あり
健康管理サービス（年2回の健康診断実施）	あり
服薬管理サービス	あり
金銭管理サービス	なし

定期的な安否確認の方法	必要に応じて一時間ごとの巡回を行います。また、入居者の状態に応じて、ご本人・ご家族の了承のもと、センサーを設置させていただくことがあります。
-------------	--

施設で対応できる医療的ケアの内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師、ケアスタッフを24時間体制で配置し、一人ひとりに合わせた細やかなサービスを提供します。</li> <li>健康診断、服薬、喀痰吸引、経管栄養（胃ろう）、膀胱留置カテーテル、在宅酸素など医療処置の管理の他、緊急時の対応等、協力医療機関と連携し対応します。</li> <li>・医療を必要とする場合は協力医療機関への通院、入院により、必要な治療を受けられます。</li> <li>・入院を必要とする場合は、協力医療機関の医師の判断に基づき、入居者の意思を確認し、必要に応じて身元引受人の意見を聴いて行います。</li> <li>・通院、入退院時は、各種手続きの代行、送迎、付き添いを行います。また入院中に施設で提供されたサービスは、その医療機関の規定に従い、必要に応じて継続して行います。但し、自己都合による遠方の医療機関の場合は、原則としてご家族等をお願いします。</li> <li>・希望により外部業者の寝台車等の特殊車両の手配、紹介を行います。</li> <li>・緊急時の付き添い、協力医療機関への入退院の移送をします。（月額規定費用に含まれるため、都度の費用は不要です）</li> <li>・協力医療機関への入院の場合、週1回程度の割合で職員がお見舞いに伺い、御用を承ります。</li> <li>・入院が長期にわたった場合でも、契約は存続しますので、退院後は入院前の介護居室に戻ることができます。</li> <li>・入院中の月額規定費用は、原則として食費を除き、規定の金額をお支払いいただきます。</li> </ul>
------------------	---

医療機関との連携・協力

協力医療機関(1)	名称	杏林大学医学部付属病院（施設から約2.8km）
	所在地	東京都三鷹市新川6-20-2
	協力の内容	高度医療を必要とする場合の入院、緊急時の対応。
協力医療機関(2)	名称	社会福祉法人康和会 久我山病院（施設から約3.2km）
	所在地	東京都世田谷区北鳥山2-14-20
	協力の内容	受診・治療・入院を必要時の対応。

協力医療機関(3)	名称	鶴川さくら病院 (施設から約19.6km)
	所在地	東京都町田市小野路町1632
	協力の内容	健康管理や診療。受診・治療・入院を必要とする場合の利用。
協力医療機関(4)	名称	西田医院 (施設から約3.3km)
	所在地	東京都調布市柴崎1-64-13
	協力の内容	往診医として入居者の健康管理や診察。受診・治療を必要とする場合の利用。
協力医療機関(5)	名称	柴崎ファミリークリニック (施設から約3.5km)
	所在地	東京都調布市菊野台2-23-3パールハイツ柴崎2階
	協力の内容	往診医として入居者の健康管理や診察。受診・治療を必要とする場合の利用。
協力医療機関(6)	名称	さくらクリニック (施設から約2.3km)
	所在地	東京都三鷹市下連雀5-3-5 サンシティ吉祥寺1階
	協力の内容	往診医として入居者の健康管理や診察。受診・治療を必要とする場合の利用。
協力歯科医療機関	名称	ミタカピースデンタルクリニック (施設から約5.6km)
	所在地	東京都武蔵野市中町1-24-15メディパーク中町3階
	協力の内容	訪問歯科診療 (週一回の指定日に往診)

介護保険加算サービス等

個別機能訓練加算	あり
夜間看護体制加算	あり
看取り介護加算	あり
医療機関連携加算	あり
介護職員処遇改善加算	あり
サービス提供体制強化加算	あり サービス提供体制強化加算Ⅲ
認知症専門ケア加算	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施	あり
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	不可
利用者の個別的な選択によるサービス提供	あり
運営懇談会の開催	あり (年 4 回予定)
自費によるショートステイ事業	なし

入居に当たっての留意事項

入居の条件	年齢	【月払い方式】満60歳以上 【全額前払い方式】満85歳以上
	要介護度	要支援、要介護認定を受けている方
	医療的ケア	経管栄養、在宅酸素、膀胱留置カテーテル他、お体の状態により応相談
	認知症	受け入れ可能
	その他	なし
身元引受人等の条件、義務等	条件：契約者（自らが入居者でないとき）、身元引受人及び連帯保証人は法定相続人が就任するものとします。 義務等：身元引受人及び連帯保証人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する一切の債務について、入居者に連帯して履行の責を負うとともに、入居者の身上面に関する利益を代弁し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。また、入居者が亡くなられた場合には、遺体及び遺留品を引き取るものとします。	
体験入居	利用期間	6泊7日まで
	利用料金	一泊 29,160円 (宿泊費、介護サービス料、食費)
	その他	食費：朝食648円 昼食972円 夕食972円 おやつ108円

入院時の契約の取扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院が長期にわたった場合でも、契約は存続しますので、退院後は入院前の介護居室に戻ることができます。</li> <li>・入院中の月額規定費用は、原則として食費を除き、規定の金額をお支払いいただきます。</li> </ul>												
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 身体拘束が必要かどうかのアセスメント、カンファレンス実施</li> <li>2) 身体拘束に代わる方法を立案</li> <li>3) 緊急やむを得ない場合、お客様、ご家族への説明。 「拘束についての説明および承諾」に同意を得る。</li> <li>4) 拘束開始、実施内容を「身体拘束実施報告書」に記録。</li> <li>5) カンファレンスを繰り返す。(介護方法の見直し) 身体拘束継続の必要性を判断し、廃止への取り組みを実施する。 「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」に記録。</li> <li>6) 廃止</li> </ol>												
施設からの契約解除	<p>一. 事業者は、入居契約書の定めるところの用件に該当し、かつ、そのことが入居契約を将来にわたり維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合、契約を解除することがあります。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 月額規定費用等の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき。</li> <li>3. 契約書第20条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。</li> <li>4. 入居者の行動が、他の入居者の生活又は生命に重大な影響と危害を及ぼし、又はその切迫した恐れがあり、（罵詈雑言、暴力行為、他人への迷惑行為他）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防止することができないとき。</li> <li>5. 高齢者虐待防止法に基づき、ご入居者の人権の尊重、身体拘束に伴う機能低下や心理的な不安などの弊害、身体拘束ゼロ運動の理念を考慮し、ご入居者に対し、身体拘束を行なわない方針を採っているが、それに反してご入居者に対する身体拘束を通じた転倒・転落の防止をご希望される場合。</li> </ol> <p>二. 前項の規定に基づく契約の解除は、事業者は次の手続きによって行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 契約解除の通告について90日の予告期間をおく。</li> <li>2. 契約解除の通告に先立ち、入居者、契約者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。</li> <li>3. 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者、契約者及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力をする。</li> </ol> <p>三. 本条第一項4号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加え次の各号の手続きを行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師の意見を聴く。</li> <li>2. 一定の観察期間をおく。</li> </ol>												
要介護時における居室の住み替えに関する事項													
一時介護室への移動	あり												
判断基準・手続	入居者の心身の状態等により必要と認められる場合若しくは酸素吸入・吸引等の処置が適宜必要な場には、医師の意見をふまえ、入居者もしくは身元引受人の意見を聴いた上で、一時介護室にて介護させていただきます。												
利用料金の変更	追加的費用の有無はございません。												
前払金の調整	入居一時金償却の調整はございません。												
従前居室との仕様の変更	<table border="0"> <tr> <td>便所の変更の有無</td> <td>あり</td> <td>浴室の変更の有無</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>洗面所の変更の有無</td> <td>あり</td> <td>調理設備の変更の有無</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>その他の変更の有無</td> <td>あり</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	便所の変更の有無	あり	浴室の変更の有無	あり	洗面所の変更の有無	あり	調理設備の変更の有無	あり	その他の変更の有無	あり		
便所の変更の有無	あり	浴室の変更の有無	あり										
洗面所の変更の有無	あり	調理設備の変更の有無	あり										
その他の変更の有無	あり												
その他の居室への移動	あり												
判断基準・手続	入居後に介護状態が変化した場合には、入居者の心身の状態、生活への適応状況等により必要と認められる場合には、医師の意見をふまえた上で居室の移動を行う場合があります。居室の移動にあたっては、あらかじめ入居者の意思（同意）を確認し、身元引受人の意見を聞きます。												
利用料金の変更	<p>&lt;月払い方式&gt;</p> <p>居室を移動した場合は、新たな居室の家賃相当額が適用となります。尚、月途中での住み替えの場合は、一日当たりの家賃は、家賃相当額を該当月の日数で除した額となります。尚、住み替え日までは従前居室の家賃、住み替えた翌日から新たな居室での家賃相当額となります。</p>												

前払金の調整	追加費用を支払う必要はありませんが、契約上の居室を変更する取り扱いになります。また、面積が減少した場合の入居一時金の費用調整はいたしません。二人入居で入居者の心身の状態等により同室が困難と認められ新たに別室を利用する場合、新たな入居一時金の費用負担はございません。月額利用料も変わりません。			
従前居室との仕様の変更	便所の変更の有無	あり	浴室の変更の有無	あり
	洗面所の変更の有無	あり	調理設備の変更の有無	あり
	その他の変更の有無	あり		
提携ホーム等への転居	なし			
判断基準・手続				
利用料金の変更				
前払金の調整				
従前居室との仕様の変更				
苦情対応窓口				
窓口の名称 1	サンシティ調布オフィスサービス ソーシャルサービス課			
電話番号	03-5969-0505			
対応時間	9:00 ~ 17:30 ( 月～日曜日 )			
窓口の名称 2	株式会社ハーフ・センチュリー・モア			
電話番号	0120-630-950			
対応時間	9:00 ~ 17:30 ( 月～金曜日 )			
窓口の名称 3	公益社団法人全国有料老人ホーム協会			
電話番号	03-3272-3781			
対応時間	10:00 ~ 16:00 ( 月～金曜日 )			
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称： 有料老人ホーム損害賠償責任保険			
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				
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	あり			
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし	
その他機関による第三者評価の実施	あり	結果の公表	なし	

## 5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	87.6 歳	入居者数合計：	104 人						
年齢	介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
65歳未満		0	0	0	0	0	0	0	0	
65歳以上75歳未満		0	0	0	0	0	0	0	0	
75歳以上85歳未満		4	5	1	6	3	3	0	4	
85歳以上		2	16	2	20	11	15	5	5	
合計		6	21	3	26	14	18	5	9	
入居継続期間別入居者数										
入居期間	6月未満	6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	合計			
入居者数	8	9	66	12	4	5	104			
男女別入居者数	男性：		29 人	女性：		75 人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				%（定員に対する入居者数）						
直近1年間に退去した者の人数と理由				退去者数合計：						17 人
理由	介護度	合計								
自宅・家族同居		1								
介護老人福祉施設（特養等）へ転居		0								
介護老人保健施設へ転居		0								

介護療養型医療施設へ転居	0							
他の有料老人ホームへの転居	1							
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居	0							
医療機関（入院）	3							
死亡	12							
その他	0							
合計	17	0	0	0	0	0	0	0

## 6 利用料金

入居準備費用	なし	円
内訳・明細		
支払日・支払方法		
解約時の返還		
敷金・保証金	なし	
金額	円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。	

### 家賃及びサービスの対価

プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)						
			家賃相当額	管理費	介護費用	食費	光熱水費		
月払い方式	1階	1ルーム (20㎡) タイプ	不要	663,400	415,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1ルーム (30㎡未満) タイプ	不要	698,400	450,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
	2階	1ルーム (30㎡以上) タイプ	不要	698,400～731,400	450,000～483,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1LDKタイプ (一人入居)	不要	764,400～814,400	516,000～566,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1LDKタイプ (二人入居)	不要	1,178,800～1,228,800	682,000～732,000	248,400	86,400	162,000	管理費に含む
	3階	1ルーム (30㎡未満) タイプ	不要	714,400	466,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1ルーム (30㎡以上) タイプ	不要	714,400～748,400	466,000～500,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1LDKタイプ (一人入居)	不要	789,400～1,048,400	541,000～800,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1LDKタイプ (二人入居)	不要	1,203,800～1,462,800	707,000～966,000	248,400	86,400	162,000	管理費に含む
	全額前払い方式	1階	1ルーム (20㎡) タイプ	2,600万円	496,400	248,000	124,200	43,200	81,000
1ルーム (30㎡未満) タイプ			2,950万円	529,400	281,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
2・3階		1ルーム (30㎡以上) タイプ	3,200万円	553,400	305,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1LDKタイプ (一人入居)	4,200万円	648,400	400,000	124,200	43,200	81,000	管理費に含む
		1LDKタイプ (二人入居)	5,200万円	992,800	496,000	248,400	86,400	162,000	管理費に含む
前払金	<p>最多価格            月額単価 ( 305,000 円) × 想定居住期間 ( 84ヶ月 ) により算出</p> <p>(月額単価の説明)            土地・建物の賃借料、施設の開発費、大規模修繕等修繕費、管理事務費等を基礎として算定しています。</p> <p>(想定居住期間の説明)            入居一時金の20%を入居時償却、80%を家賃相当額として84カ月の実日数で均等償却します。            二人入居の場合、追加入居一時金 (1,000万円) 加算となり、償却方法は入居一時金同様です。            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針及び事務連絡 (平成24年3月16日付) で示された算定などに基づき、想定居住期間などを勘案し算定します。具体的な算定方法は別紙で示します。</p> <p>(老人福祉法第29条第6項経過措置期間の料金の説明)</p>								

各料金の内訳・明細		前払金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は前払金に準ずることとします。
	家賃相当額	<p>&lt;月払い方式&gt; 前払金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は前払金に準ずる。</p> <p>&lt;全額前払い方式&gt; 室料：地代、建設費、修繕費、管理事務費を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用部分等の費用として、終身にわたって受領する家賃相当費用</p>
	管理費	<p>一人入居：124,200円、二人入居：248,400円</p> <p>居室及び共用部分等の水光熱費、維持管理費、事務費、事務管理部門の人件費、生活サービス部門の人件費、寝具リース費</p>
	介護費用	<p>介護保険給付及び利用者負担による収入によってまかなえない額に充当するもので、合理的な積算方法に基づく。介護保険を上回る職員体制（要介護者1.5名に対し、週40時間換算で、常勤換算1名の職員）により介護を行っています。</p> <p style="text-align: right;">※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p>
	食費	<p>朝食 648 円・昼食 972 円・夕食 972 円 間食 108 円</p> <p>1日当たり 2,700 円 × 30日で積算</p> <p>厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて)</p> <p>キャンセルの必要なし。食費は召し上がった分のみの負担。</p>
光熱水費	管理費に含む	

前払金の取扱い

支払日・支払方法	入居前日までに入居一時金総額を弊社指定口座にお振込みいただきます
償却開始日	入居日の翌日
返還対象としない額	あり 前払金に対する割合20%。
	位置づけ 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当
契約終了時の返還金の算定方式	<p><b>【入居一時金】</b></p> <p>○入居者が1人の場合であって契約が終了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居一時金償却期間内の場合 入居一時金×0.8÷入居一時金償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数</li> <li>・入居一時金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居一時金の追加徴収は行いません。 (入居者が2人の場合であってその一方が死亡又は退去した場合)</li> <li>・追加入居一時金償却期間内の場合 追加入居一時金×0.8÷追加入居一時金償却期間の日数×二人入居契約終了日から償却期間満了日までの実日数</li> <li>・追加入居一時金償却期間を超える場合 返還金はなく、追加入居一時金の追加徴収は行いません。</li> </ul>
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	<p>期間： 3ヶ月 起算日：入居した日</p> <p>老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後三月が経過するまでの間に契約が解約又は死亡により終了する場合に対応する。</p> <p>(入居一時金の返還金計算式) 入居一時金返還金＝入居一時金－(1日当たり利用料×入居期間) ※1日当たり利用料は、入居一時金のうち初期償却相当額を除いた部分を、一月三十日として償却月数で割り戻した額です(小数点以下切り捨て)。なお、初期償却相当額については全額返金します。</p> <p>※返還金の端数千円未満は、切り上げて千円とする。 ※入居者が2名の場合で、そのうち1名が解約した場合又は死亡による契約終了の場合は、追加入居一時金を対象とする。 ※入居期間は、入居日から契約終了日までの実日数とする。 ※月払い利用料については日割精算を行なう。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>

返還期限	契約終了日から 90 日以内
保全措置	あり 保全先：(公社)全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度加入
その他留意事項	<全額前払い方式> 当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となります。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた補償金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月の場合は「前払金未償却残高(保証金額を限度)」が、入居契約者へ支払われます。保証に登録される際に必要となる拠出金は、当社が全て負担します。

月額利用料の取扱い

支払日・支払方法	原則として毎月1日に指定銀行口座より引き落とし。
その他留意事項	電話料金、NHK等の放送受信料、アラカルトサービス利用料、参加任意のレクリエーション参加料、介護用品費、おむつ代、医療機関で診療を受けた費用の内、公費又は健康保険で給付される以外の費用等、要介護等に対する提供サービス範囲外の介護サービス費用。(詳細は添付の「介護サービス等の一覧表」を参照)

介護保険サービスの自己負担額 ※要介護度に応じて利用料の1割又は2割を負担する。

公的介護保険の自己負担分(1ヵ月30日利用の場合)

当施設の特設施設入居者生活介護・介護予防特設施設入居者生活介護サービスを利用し、且つ当施設が介護保険給付金を代理受領することに同意頂いた場合は、要介護等の介護保険給付の自己負担額をお支払いいただきます。

区分	介護給付費の単位	30日分の目安	代理受領時の自己負担分	
			1割	2割
要支援1	179単位/日	57,351	5,735 円	11,471 円
要支援2	308単位/日	98,683	9,868 円	19,737 円
要介護1	533単位/日	170,773	17,077 円	34,155 円
要介護2	597単位/日	191,278	19,127 円	38,256 円
要介護3	666単位/日	213,386	21,338 円	42,678 円
要介護4	730単位/日	233,892	23,389 円	46,779 円
要介護5	798単位/日	255,679	25,567 円	51,136 円

その他の加算費用

加算の種類	単位数	代理受領時の自己負担分		備考
		1割	2割	
夜間看護体制加算	10単位/日	321円	641円	要介護のみ
個別機能訓練加算	12単位/日	385円	769円	対象者のみ
医療機関連携加算	80単位/月	86円	171円	対象者のみ
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位/日	193円	385円	要支援・要介護
看取り介護加算	144~1,280 単位/日	154円~最 大6,972円	308円~最 大13,944円	対象者のみ
介護職員処遇改善加算Ⅱ	介護給付費費総単位数の3.4%			
認知症専門ケア加算	4単位/日	-	-	-

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 一部有料(サービスごとの料金は一覧表のとおり)

料金改定の手続

管理費・食費については、人件費、物価の変動、提供するサービスの形態の変更、コストの見直し等に基づき運営懇談会の意見も聴いた上で決定します。

【料金プランの一例】 最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	<選択方式>1ルーム(30㎡以上)タイプ		
<月払い方式>		単位：円	
入居準備費用	敷金(保証金)	前払金	月額利用料
0	0	0	714,400

<全額前払い方式>

入居準備費用	敷金（保証金）	前払金	月額利用料
0	0	32,000,000	248,400

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付	財務諸表の要旨	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	入居希望者に公開
事業収支計画書	公開していない	その他開示情報	

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。 _____年 _____月 _____日 署名 _____ 印 _____
---

説明年月日 _____年 _____月 _____日 説明者職・氏名 職 _____ 氏名 _____ 印 _____
--