

伊豆高原〈ゆうゆうの里〉有料老人ホーム重要事項説明書
(入居契約 兼 指定(介護予防)特定施設利用契約)

記入年月日	平成30年7月1日
記入者名	杉山 行由
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	一般財団法人
名称	(ふりがな) いっぱんざいだんほうじん にほんろうじんふくしざいだん 一般財団法人 日本老人福祉財団	
主たる事務所の所在地	〒103-0012 東京都中央区日本橋堀留町 1-7-7	
連絡先	電話番号	03-3662-3611
	FAX番号	03-3662-3656
	ホームページアドレス	https:// www.yuyunosato.or.jp/
代表者	氏名	青木 雅人
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成48年12月1日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業、診療所事業 ※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) いずこうげんゆうゆうのさと 伊豆高原〈ゆうゆうの里〉	
所在地	〒413-0232 静岡県伊東市八幡野 1027	
主な利用交通手段	最寄駅	伊豆急行線「伊豆高原」駅
	交通手段と所要時間	伊豆急線伊豆高原駅下車約 1.5 km (徒歩 20分)
連絡先	電話番号	0557-54-9988
	FAX番号	0557-54-1241
	ホームページアドレス	https://www.yuyunosato.or.jp/place/izu/

管理者	氏名	杉山 行由
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成54年3月27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成54年5月15日

【類型】【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 静岡県指定第 2270400076 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 静岡県指定第 2270400076 号
	指定した自治体名	静岡県
	事業所の指定日	平成 12 年 1 月 1 日 (介護予防特定施設 平成 18 年 4 月 1 日)
	指定の更新日（直近）	平成 26 年 4 月 1 日 (介護予防特定施設 平成 30 年 4 月 1 日)

3. 建物概要

土地	敷地面積	76,076.00 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	18,198.92 m ² (1～10号棟：地上2階建)
		うち、老人ホーム部分	18,198.92 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が賃借する建物			

			<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 あり 2 なし	契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	契約の自動更新	1 あり 2 なし
抵当権の設定	1 あり 2 なし								
契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし								
契約の自動更新	1 あり 2 なし								
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室							
		2 相部屋あり							
		最少	人部屋						
		最大	人部屋						
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※			
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	30.93 m ²	36	一般居室個室			
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	39.80 m ²	67	〃			
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	45.03 m ²	114	〃			
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	53.22 m ²	68	〃			
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.32 m ²	15	介護居室個室			
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.00 m ²	9	〃			
	タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.10 m ²	1	〃			
	タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.03 m ²	1	一時介護室個室			
	タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.06 m ²	1	〃			
	タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.07 m ²	1	〃			
タイプ11	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.23 m ²	1	〃				
タイプ12	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.22 m ²	1	〃				
タイプ13	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.52 m ²	1	〃				
タイプ14	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.42 m ²	1	〃				
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。									
共用施設	共用便所における 便房	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	7ヶ所					
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所					
	共用浴室	4ヶ所	個室	2ヶ所					
			大浴場	2ヶ所					
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所					
			リフト浴	1ヶ所					
ストレッチャー浴			ヶ所						
その他 ()			ヶ所						
食堂	1 あり 2 なし								

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	1 あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	スプリンクラー	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
その他	応接室、集会室、娯楽室、麻雀室、理美容室 (理美容代実費負担)、工作室、売店 (購入代金は実費)、庭園、会員室、洗濯室兼コインランドリー (洗濯機 100 円/回、乾燥機 100 円/回)、ゲストルーム (宿泊は有料)、駐車場 (有料)、アスレチックジム、サロン		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居契約書の規程に基づいて、施設利用並びに各種サービス全般に関する諸基準を定め、入居生活の安全と便宜をはかると共に、相互扶助の精神を持って施設内の豊かな人間関係を育成していくことを目的とする
サービスの提供内容に関する特色	伊豆高原ゆうゆうの里では、健康な時はご自分ですべてのことを行っていただくことが原則です。要介護認定を受け、介護保険法に定める指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護のサービスを利用される場合は、介護支援専門員が利用者の状況に応じた特定施設サービス計画を作成し、別添「介護サービス等の一覧表」に基づきサービスを提供致します。特定施設サービス計画の作成にあたっては、原案の内容について利用者本人または契約立会人に説明し、文書にて同意を得ることとします。「介護サービス等の一覧表」の内容に変更がある場合は、事前にご説明させていただきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の 加算の対象となるサービスの 体制の有無	入居継続支援加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供 体制強化加算	(I)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
(I)ロ		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(II)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サ ービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1.8 : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（健康相談）		
協力医療機関	1	名称	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉診療所 (同一敷地内に当財団が別に運営する診療所)
		住所	伊東市八幡野 1027
		診療科目	内科
		協力内容	人間ドック（年1回）、健康診断（年1回）、健康

			診査（月 1 回）、緊急時の対応、他の医療機関への紹介、健康相談 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	長谷川眼科 施設から 15.4 km
		住所	伊東市松原本町 16-1 ハヤジビル 2F
		診療科目	眼科
		協力内容	眼科医隔月の派遣 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
協力歯科医療機関		名称	はぎわら歯科 施設から 2 km
		住所	伊東市八幡野 1194-30
		協力内容	歯科医師が年 1 回歯科検診。入居者に健康上の緊急事態が発生した場合は、必要に応じて相談する ※医療費その他の費用は入居者の自己負担

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()
判断基準の内容	<p>【一時介護室へ移る場合】</p> <p>退院後や日常生活上で一時的介護を要する場合など、入居者の希望に応じて、共用介護個室（一時介護室兼用）において介護を行う。（原則 3 か月以内、但し、二人入居の場合この限りではありません。）</p> <p>【介護居室へ移る場合】</p> <p>長期にわたり日常的に 24 時間の介護が必要になった場合一定の観察期間の後、医師の意見、介護職員によるケア会議の決定を踏まえ、本人同意の上、一般居室から介護居室に住替えていただきます。共用介護個室（一時介護室兼用）を利用した場合、リネン代として、97 円/日(税込)が必要になります。また、洗濯雑費（洗濯にかかる水道代・電気代・ガス代・洗剤代が含まれます）は 129 円/日(税込)となります。</p>
手続きの内容	<p>【一時介護室へ移る場合】</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 入居者の意思を確認する。 ③ 身元引受人等の意見を聴いた上で共用介護個室（一時介護室兼用）における介護を行う。</p>

		<p>(原則3ヶ月以内とします。但し、本人又は身元引受人からの申し出等により利用期間の延長が必要とされる場合は、医師の意見、介護職員によるケア会議の決定を踏まえ、十分な協議を行い利用期間を決定します。)</p> <p>【介護居室へ移る場合】 介護居室へ住替え等、居室の住替えを行う場合には、一時介護室へ移る場合の手続きに加えて、以下の全ての手続きを行います。それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>①緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 ②入居者の権利や入居一時金又は家賃相当額の額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住替え後の居室及び権利の変動、居室の専有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者及び身元引受人に説明を行う。 ③入居者の同意を得る。</p>
追加的費用の有無		<p>【一時介護室へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>【介護居室へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</p>
居室利用権の取扱い		<p>【一時介護室へ移る場合】 一時介護室へ移る場合は、一般居室の利用権は継続します。</p> <p>【介護居室へ移る場合】 介護居室へ移る場合は、当初入居した一般居室の利用に関する権利は消滅し、新たに介護居室の利用に関する権利が発生します。なお、2人入居の方で1人がそのまま一般居室の利用に関する権利を有し、他の1人が新たに介護居室の利用に関する権利を取得する場合は、介護居室の新規契約を締結していただきます。</p>
前払金償却の調整の有無		<p>【一時介護室へ移る場合】 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>【介護居室へ移る場合】 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>当初入居した一般居室と住替後の介護居室とで、入居金の調整(返金または追加負担)を行います。ただし、居室の構造や仕様の変更又は占有面積の減少に応じた調整ではありません。当初入居した一般居室の原状回復費用は入居者負担となります。</p>
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(変更内容) 室内全体の仕様が異なる	
		<input type="checkbox"/> 2	なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	65歳以上の方。夫婦の場合はお二人とも65歳以上の方。原則として、ご自分で身の回りのことができる方。また、本人に入居の意思があり、施設見学か体験入居を済まされていること。介護居室については入居者の住替用として確保している為、外部募集は行っていません。				
契約の解除の内容	<p>①入居者が死亡したとき（入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき）</p> <p>②事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき（90日の予告期間が必要）</p> <p>③入居者からの解約事項に基づき解約をおこなったとき（30日間の予告期間が必要）</p>				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は入居者が次のいずれかに該当し、かつ、そのことが入居契約をこれ以上将来にわたって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に、契約を解除することがある。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、6ヶ月以上遅滞するとき 3. 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき 4. 入居者の行動が、他のご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（その他は入居契約書参照） 			
	解約予告期間	90日			
入居者からの解約予告期間	30日				

体験入居の内容	1 あり（内容：2泊3日以内の日程で体験入居が可能です。 事情によっては、1週間程度の体験入居も相談に応じます。（1泊2日 3,000円〔税込み〕*2食付） 2 なし
入居定員	427人
その他	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

平成30年7月1日現在

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ^{※1} ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	4	4	0	2.0
直接処遇職員				
介護職員	61	51	10	53.92 (内自立対応9.2)
看護職員	7	2	5	4.6
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	3	3	0	1.58
栄養士	2	2	0	2.0
調理員	19	5	14	13.58
事務員	11	9	2	10.28
その他職員	19	8	11	13.21
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				40時間
※1 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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

平成30年7月1日現在

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	4	4	0
介護福祉士	28	27	1

実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	9	9	0
介護支援専門員	7	7	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

平成 30 年 7 月 1 日現在

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0
理学療法士	1	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

平成 30 年 7 月 1 日現在

夜勤帯の設定時間 (20 時 ~ 5 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2.6 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.8 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり (特定施設の管理者) 2 なし			
	業務に係る資格等			1 あり						
	資格等の名称			介護福祉士・介護支援専門員						
	2 なし									
	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
前年度1年間の採用者数	0	6	3	6	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1	4	7	7	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1	1	8	1	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	1	7	3	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	1	1	5	2	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	2	11	2	0	0	1	0	0
	10年以上	0	0	20	2	4	0	0	0	3
	従業者の健康診断の実施状況	1 あり 2 なし								

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	

利用料金の改定	条件	目的地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ます。
	手続き	運営連絡会議等の意見を聴いたうえで改定するものとします。また、改定にあたっては入居者及び身元引受人等へ事前に通知します

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (1人入居)	プラン2 (2人入居)
入居者の状況	要介護度	自立	自立
	年齢	65歳以上	65歳以上
居室の状況	床面積	39.8 m ²	45.0 m ²
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	2,716万円	4,065万円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		114,130円	206,060円
家賃		0円	0円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円
		食費 (3食30日食堂利用の場合)	60,450円
		管理費	51,480円
		介護費用	0円
		光熱水費	2,200円
その他		各サービス提供時に発生する消耗品代の実費は別途必要となります。	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	
敷金	
介護費用	

管理費	共用施設等の維持・管理費、事務・管理部門職員の人件費及び事務費並びに各種相談、余暇活動サービスに要する費用に充当する。
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 ※各居室にはキッチンが設置されており自炊可能
光熱水費	<p>【一般居室】 居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担（メーター付） ○水道料金の計算方法（伊東市水道料金に準じる） （基本料金 + 従量料金）× 1.08（消費税率） ・基本料金は伊東市水道料金 水道メータ口径 13・20mm を適用しています。 ・伊東市水道料金の改定時にはその都度見直しを行います。</p> <p>○電気は東京電力(株)と直接契約</p> <p>【介護居室】 居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担（メーター付） ○水道料金の計算方法（伊東市水道料金に準じる） （基本料金 + 従量料金）× 1.08（消費税率） ・基本料金は伊東市水道料金 水道メータ口径 13・20mm を適用しています。 ・伊東市水道料金の改定時にはその都度見直しを行います。</p> <p>○電気料金の計算方法（東京電力料金 従量電灯 B に準じる） 基本料金（税込）+ 電力量料金単価（税込）× 使用電力 ± 燃料費調整額 ・基本料金は東京電力 従量電灯 B の電気容量 20A を適用しています。 ご希望により電気容量の変更をすることが出来ます。 ・電力量料金は燃料費の変動に応じて燃料費調整額を加算あるいは差し引きます。（税込み） ・料金の改定、又、3ヶ月毎に変更される燃料費調整額についてはその都度見直しを行います。</p>
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護 [*] に対する自己負担	要介護度に応じて介護費用の 1 割又は 2 割を徴収する。

特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	人員を配置基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	<p>■入居一時金 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導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づき算定します。</p> <p>■介護等一時金 介護等一時金 7,430千円（1人当たり）は、費用設定時の長期推計額です。内訳は、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 要支援者及び要介護者に対して、特定施設入居者生活介護等のサービスを、平成12年3月30日老企第52号により、介護・看護職員を手厚く配置した場合の介護サービス利用料として4,600千円 2. 要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用として2,830千円 <p>【生活支援サービス例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●一時的に体調を崩した時の日常生活上の介助 ●緊急時又は一時的に体調を崩した時の医療機関への付添い（但し協力医療機関と、施設より片道の道のり60km以内の医療機関に限ります。施設の受診介助専用車両（2台）により送迎した場合のガソリン代及びタクシーを利用した場合のタクシー代を合算し、毎月1キロあたりの単価を算出して、各入居者の利用距離の応じた金額を負担していただきます。その他、通行料・駐車場等の実費は都度入居者の負担となります。 ●入院時の医療機関への見舞い訪問（原則週1回、但し協力医療機関と、施設より片道の道のり60km以内の医療機関に限る。） ●居室等からの緊急用コールの対応 ●アスレチックジムトレーニングサービス ●散歩支援サービス
------	---

		<p>3. 上記1の費用は、費用設定時において、人員を配置基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出されています（要介護者等2人に対し、週40時間換算で看護・介護職員1人以上）。</p> <p>介護等一時金は、指針及び事務連絡に示された考え方に基づいて算定します。</p> <p>■健康管理一時金2,060千円（1人当たり）</p> <p>人間ドック（年1回）、健康診断（年1回）、健康診査（月1回）、健康相談、緊急時対応についてゆうゆうの里診療所に委託する費用です。</p> <p>健康管理一時金は、指針及び事務連絡に示された考え方に基づいて算定します。</p>
想定居住期間（償却年月数）		180ヶ月
償却の開始日		入居日の翌日
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(初期償却額)		<p>入居一時金：入居一時金ごとに異なる</p> <p>加算入居一時金：24万円</p> <p>介護等一時金：1人あたり107,6万円</p> <p>健康管理一時金：1人あたり29,6万円</p>
初期償却率		<p>入居一時金：14.43%～14.47%</p> <p>加算入居一時金：14.28%</p> <p>介護等一時金：14.48%</p> <p>健康管理一時金：14.36%</p>
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>入居者が入居日の翌日から3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、受領済みの額から以下の費用を除いた全額を無利息で返還いたします。</p> <p>なお、一室2人入居の場合において、入居者のうちどちらか一方が解約した場合又は死亡した場合は、2人目に関わる前払金を対象として返還いたします。</p> <p>1. 入居日から契約終了日までの目的施設の利用対価として、1日あたりの居室利用料に利用日数を乗じた金額</p> <p>○入居一時金の利用料 2,233円/日（Aタイプ）～3,633円/日（Dタイプ）</p> <p>○加算入居一時金の利用料 266円/日</p> <p>○介護等一時金の利用料 1,176円/日</p> <p>○健康管理一時金の利用料 326円/日</p>

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

平成 30 年 7 月 1 日現在

性別	男性	115 人
	女性	254 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	65 人
	75 歳以上 85 歳未満	173 人
	85 歳以上	131 人
要介護度別	自立	270 人
	要支援 1	8 人
	要支援 2	16 人
	要介護 1	15 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	15 人
	要介護 4	24 人
	要介護 5	16 人
入居期間別	6 ヶ月未満	19 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	13 人
	1 年以上 5 年未満	84 人
	5 年以上 10 年未満	95 人
	10 年以上 15 年未満	85 人
	15 年以上	73 人

(入居者の属性)

平均年齢	81.7 歳
入居者数の合計	369 人
入居率*	86.417%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者を含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	16 人
	その他	0 人

生前解約の状況	施設側の申し出		0人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		1人
		(解約事由の例) 海外へ引っ越す	

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		伊豆高原〈ゆうゆうの里〉
電話番号		0557-54-9988 内線：359・350・323・560
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		なし

窓口の名称		伊東市役所 高齢者福祉課
電話番号		0557-36-0111(代)
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日・祝祭日・年末年始等

窓口の名称		静岡県国民健康保険団体連合会
電話番号		054-253-5530
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日・祝祭日・年末年始等

窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応している時間	平日	10：00～17：00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日・祝祭日・年末年始等

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入
	2 なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 契約に基づくサービスの提供にあたって、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は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行う。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがある。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 29 年 8 月 (アンケート実施) 食事サービスに関するアンケート調査
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 29 年 2 月 7 日
		評価機関名称	(公社) 全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス第三者評価事業 (あいライフサポートシステムズ)
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 12 回 運営連絡会議 6 回 入居者懇談会 6 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別を実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名_____

※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。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉	伊東市八幡野1027
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・随時対応型訪問介護看護	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		
看護小規模多機能型居宅介護	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	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉	伊東市八幡野1027
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		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		なし		あり					
介護サービス	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考	
	なし	あり	なし	あり				【自】：自立者へ「介護等一時金」で提供する一時的介護サービス（原則3か月）	
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋上乗せ介護費 【自】	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋上乗せ介護費 【自】	
おむつ代			なし	あり		○	76円/枚	実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			週2回（共用浴室） 個別のケースでそれ以上実施することあり（保険給付＋上乗せ介護費） 【自】	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			週2回（共用浴室） 個別のケースでそれ以上実施することあり（保険給付＋上乗せ介護費）	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋上乗せ介護費 【自】	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋上乗せ介護費 協力医療機関以外：施設より片道の道のり60km以内の医療機関 交通費：実費負担 【自】	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			【自】	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			週1回 リネン代 97円/日（消費税込） 【自】	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			【自】洗濯諸雑費 129円/日（消費税込）	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			【自】	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり		○	1回 200円	実費負担	

理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	程度 3,000円 /回	外部業者（要予約）：実費負担
買い物代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		週1回；指定店舗 実費負担 【自】
役所手続き代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		週1回；伊東市役所 【自】
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		「伊豆高原〈ゆうゆうの里〉入居者預り 金等取扱規程」に準じて実施
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		月1回 *伊豆高原〈ゆうゆうの里〉診療所へ委託 入居時「健康管理一時金」で提供
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		【自】
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		【自】
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		【自】
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		【自】
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり				
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		協力医療機関以外：施設より片道の道のり 60km以内の医療機関 交通費：実費負担 【自】
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		週1回（見舞訪問時に実施） 協力医療機関 協力医療機関以外：施設より片道の道のり 60km以内の医療機関 洗濯諸雑費：1日129円（消費税込） 【自】
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		週1回 協力医療機関 協力医療機関以外：施設より片道の道のり 60km以内の医療機関 【自】

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。