

## 重要事項説明書

		記入年月日	令和 年 月 日
記入者名		所属・職名	萌木の郷 管理者

## 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	
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ えむ・ず 有限会社 エム・ズ	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒016-0857	秋田県能代市田子向81-4	
	電話番号	0185-54-5342	
事業主体の連絡先	FAX番号	0185-54-5342	
	ホームページ	なし	
		あり: http://	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	宮腰 大	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成15年 3月10日		
財務諸表及び事業収支計画書の閲覧		あり	なし

事業所主体が秋田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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	萌木 デイサービス 秋田県能代市字 田子向81-5
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
複合型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし	
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> 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

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ほーむもえぎのさと 介護付有料老人ホーム萌木の郷	
施設の所在地	〒016-0862 秋田県能代市字寿域長根63-1	
施設の連絡先	電話番号	0185-88-8355
	F A X番号	0185-88-8350
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://
施設の開設年月日	平成25年12月15日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 職名 管理者	
施設までの主な利用交通手段		
五能線 能代駅から車で10分 東能代駅から車で15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 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 介護保険：秋田県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 秋田県指定介護保険介護予防特定施設 介護居室区分：全室個室 一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制 3：1以上	
介護保険事業所番号	0570222364	
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）		
事業の開始(予定)年月日	平成25年12月15日	
指定の年月日	平成25年12月15日	
指定の更新年月日		

3. 従業者に関する事項 令和5年9月1日現在

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		
管理者	1					1
生活相談員	1					1
看護職員		1		1	2	1.2
介護職員	5		3	1	9	6.9
機能訓練指導員		1		1		0.3
計画作成担当者	1					1
栄養士						
調理員			3		3	
事務員						
その他従業者			1		1	
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						
介護福祉士	3	2				
介護職員初任者研修	2			1		
訪問介護員1級						
2級						
介護支援専門員	1					
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		2				
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		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	1	(17:00~9:00)	1			
介護職員	1	(17:00~9:00)	1			

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					1
看護職員		2				1
介護職員	7	2				8
機能訓練指導員		2				1
計画作成担当者		0.5				1
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			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	3	2				
介護職員基礎研修	4					
訪問介護員1級						
2級						
3級						
介護支援専門員		1				
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		2				
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						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			
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						

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			2	2		
前年度1年間の退職者数			3			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数					1	
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			2	1		
10年以上の者の人数	1	1	3	3		
	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					1	
5年以上10年未満の者の人数						
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			
利用者の人権・尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活の維持・向上に努めていきます。 利用者に対する看護、介護の質の確保と向上に努めます。 利用者の快適な生活を支援します。 利用者の生きがいを求めています。 利用者・家族との信頼関係を構築し、心の支えとなるよう努めていきます。 家族や地域の人々、機関と協力し、安心した生活が続けられるよう支援します。			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	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	小泉医院		
(協力の内容) 往診医の派遣・日常健康相談・入院を要する場合の斡旋、年1回の健康診断の実施機会、等。(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	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
その名称 鈴木歯科			
(協力の内容)			
訪問歯科診療(医療機関その他の費用は入居者の自己負担)			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
原則として、一般居室にて介護します。			

入居後に居室を住み替える場合	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり
一時介護室へ移る場合	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
判断基準・手続きについて			
(その内容)			
追加的費用の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
居室利用権の取扱い	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
従前居室からの面積の増減の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
浴室の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
洗面所の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
台所の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
	判断基準・手続きについて		
	(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		
	(その内容)		

	その他 (	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	判断基準・手続きについて		
	(その内容)		
	1. 事業者の都合により、居室の変更を行う場合の事務手続き、及び費用負担については、以下に準じて処理をするものとする。		
	・施設内での変更については、入居者は費用負担を要しない。ただし、介護保険給付の取扱いが変わる場合は事業所の指示により、入居者及び身元引受人は各種契約書等の変更の事務手続きに協力するものとする。		
	・事業者は入居者の不利益とならないよう、医師の意見を聞き、一定の観察期間を得た上で、入居者及び身元保証人の同意を得るものとする。		
	2. 入居者または身元保証人の都合により、居室の変更を行う場合の事務手続き及び費用負担については、以下に準じて処理するものとする。		
	・施設内での変更については、入居者は今まで使っていた居室のクリーニング費用及び経年的変化を除いた入居当時の居室状態を回復するための費用を負担し、移動後一ヶ月以内に事業所へ支払うものとする。また、介護保険上の扱いが変わる場合は、事業者の指示により、入居者及び身元保証人は各種契約書等の変更等の事務手続きに協力するものとする。		
	追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	(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	自立している方は年齢が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、施設見学を済まされていることが条件となります。		
契約の解除の内容	<p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当するときには、3ヶ月の予告期間をおいて契約を解除することが出来る。ただし、契約の解除に際しては、入居者の事情を十分に斟酌し、身元保証人も含めた協議の上、決定するものとする。</p> <p>(1) 入院又は外泊が連続して30日を越えるとき、又は予想されるときで、復帰の目途がたたないとき。ただし、退居後に入居者が復帰を希望する場合、事業者はその実現に努めるものとする。</p> <p>(2) 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき。ただし、この場合は事業者の一方的な判断によらず、入居者及び身元保証人に対し、弁明の機会を与えるものとする。</p> <p>(3) 利用者等その他の支払を怠って、その滞納期間が2ヶ月を超え、警告をしたにもかかわらず支払の意思がしめされないとき。</p> <p>(4) 不正の手段によって入居したとき。</p> <p>(5) 提出の書類等で虚偽の申告があったとき。</p> <p>(6) 常時医療的行為が必要となるなど、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲をこえたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定の観察を得た上で、入居者及び身元保証人の同意を得るものとする。</p>		
サービス内容、利用料等の変更			
	(その変更方法・手続き等)		
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 2,000円(税込み) 3食事料込み		
運営懇談会の開催状況			
	開催回数	年 1回	
	主な内容		
	会議録の閲覧	なし	あり
入居定員	23人		
その他			

入居者の状況 令和5年11月分(令和5年10月31日現在)						
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
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	1		1			2
85歳以上	7	2		5		14
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		1				1
85歳以上		2	2			4
入居者の平均年齢	90歳					
入居者の男女別人数	男性	5人		女性	16人	
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)	94.1%					
前年度の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				1		1
社会福祉施設						
医療機関			1			1
死亡者						1
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者		1				1
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	5人	0人	11人	4人	1人	0人

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		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
建築年	平成25年建築（年増築）				
構造・階段	木造（一部造）2階建て				
延床面積	947.74㎡				
居室の状況	区分		客室	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	23	23	13.79㎡
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡
					㎡
					㎡
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡
					㎡
共用便所の設置数	7カ所	うち男女別の対応が可能な数			
		うち車いす等の対応が可能な数		7カ所	
個室の便所の設置数	なし	個室における便所の設置割合			
		うち車いす等の対応が可能な数			
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		3		1	
その他、居室の設備に関する事項					
食堂の設置状況					
入居者等が調理を行う設備状況			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
その他、共用施設の設備状況					
<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	（その内容）多目的室・食堂・洗濯室・浴室			
バリアフリーの対応状況					
（その内容）バリアフリー条例の下、施設内すべてにおいて対応している					
緊急通報装置の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積		2110.86㎡			
事業所を運営する法人が所有	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		
賃借（借地）					
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
施設の建物に関する事項					
建物構造に関する事項		木造 地上2階建			
建物延床面積		947.74㎡			
事業所を運営する法人が所有	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		
賃借（借地）					
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	

利用者からの苦情に対する窓口等の状況

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	萌木お客様相談室	
電話番号	0185-54-5342	
対応している時間	平日	午前9:00～午後17:00
	土曜	午前9:00～午後17:00
	日曜・祝日	定休日
定休日等	(担当者が不在の場合、担当者へ引き継ぐ連絡体制をとる。) 日曜・祝日・年末年始	

上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等

窓口の名称	秋田県国民健康保険団体連合会	
電話番号	018-883-1550	
対応している時間	平日	午前9:00～午後17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等	土曜・日曜・祝日・年末年始	

苦情への対応方法

- (その内容)
- ①入居者は苦情の内容を口頭または文章により施設の苦情窓口の苦情対応責任者に伝えます。
  - ②担当責任者は、申し立てられた苦情内容について申し立て者と協議し、問題の解決に当たります。
  - ③個別に対応が可能であるものについては、ホームは直ちに対処し、問題の解決します。
  - ④苦情内容が、複数の入居者または入居者全員の利害または安全等に関することであることが判明した場合、その内容や解決方法等について、運営懇談会等を開き協議または報告するものとします。
  - ⑤苦情解決の内容が管理規定の改定に及ぶ場合は、管理規定に従い改訂を行います。

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"/> あり	(その内容) 治療費、慰謝料、逸失利益、休業損失、修理費用または再取得費用など
----	--	--

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"/> あり	(その内容)
----	--	--------

サービスの提供内容に関する特色等

- (その内容)
- ・施設サービス計画にのっとって日常生活・療養上の介助や介護、機能回復訓練を行い、随時生活相談もお受けします。
  - ・日常生活上のお世話・介護・食事・入浴・排泄など24時間365日の見守り、お世話が出来ます。
  - ・健康管理・療養上の世話・医療機関との連携による健康状態の確認や管理。緊急時等、必要に応じて医療機関に引きつぎします。
  - ・施設にて、月に1回の往診が受けられます。
  - ・24時間365日提携医療機関との連携により、緊急時でも医師が対応します。
  - ・機能訓練指導員・看護師によるリハビリ等が受けられます。

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り組みの状況				
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	実施した年月日	
			当確結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況				
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	実施した年月日	
			実施した評価機関の名称	
			当確結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方法
敷金		なし 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
料金プラン			
	プラン名称	一時金	月額
			計
			(内訳)
			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。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用		
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の売却に関する事項			
	償却開始日の設定	入居日	
	初期償却率 (%)		

		想定居住期間を超えて契約継続する場合に備えて受ける額	
		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)	
		契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例	
		保全措置の実施状況	なし                      あり                      (保全先)
		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
		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	
		一時金の支払方法	
		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 計                      (内訳) 家賃相当額                      介護費用                      食費                      光熱水費                      管理費
		プランA (要介護者)	89,000円                      30,000円                                           45,000円                      20,000円
		プランB (自立者)	104,000円                      45,000円                                           45,000円                      20,000円
		※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	1日の家賃を1,000円とする 1,000円×30日=30,000円/月 毎月平均で30,000円とする。
		介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない。
		食費	朝食400円 昼食600円 (おやつ込み) 夕食500円 1日 1,500円×30日=45,000円/月
		光熱水費	管理費に含まれる 各居室の光熱費に関しては自己負担 (メーター設置)
		管理費	専有部分の水道費、共有部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等

	一時金	入居一時金として入居までに支払う費用 入居一時金 30,000円 用途および算定根拠 ・退居時、居室クリーニング代及び修繕費等のため。清算後返還いたします。
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	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。	
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
内 容		
利 用 料		
算定根拠		
支払い方法	月単位（日割りの有無 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ）	
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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
算定根拠		
料金改定の手続き		
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、本契約第8条（運営懇談会）に基づき意見を聴いたうえで行うものとします。		

#### 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項規定する届出	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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）	

添付資料：「介護サービス等の一覧表」

※私及びその家族は、契約を前提として重要事項の説明受け、その記載内容に同意します。

入 居 者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

身 元 引 受 人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

当施設設置事業者

法人名 有限会社 エム・ズ  
 代表者名 代表取締役 宮腰 大 印  
 住所 秋田県能代市字田子向81番地4号

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名