

ライフパートナー川口

特定施設入居者生活介護利用契約兼重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|---------------|
| | | 記入年月日 | 令和元年 10 月 1 日 |
| 記入者名 | 丸山 須和 | 所属・職名 | 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 | 法人の種類 | 有限会社 |
| | | 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃえめらるどのさと 株式会社エメラルドの郷 |
| | 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒542-0063 | 大阪府大阪市中央区東平二丁目 1 番 6 号 ネクストライフビル |
| | | 電話番号 | 06-6763-2113 |
| | 事業主体の連絡先 | F A X 番号 | 06-6767-7557 |
| | | ホームページ | なし |
| | | アドレス | <input type="checkbox"/> あり : http://next-life.jp |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名 | | 職名 | 代表取締役 |
| | | 氏名 | 関 隆彦 |
| 事業主体の設立年月日 | | 2005 年 11 月 25 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 | | |
| 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 | あり | なし | ライフパートナー-川口 | 川口市安行原 62 番 3 |
| 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 | | |
| 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 | | | | |
| ＜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 | | |
| 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 | ライフパートナー-川口 | 川口市安行原 62 番 3 |
| 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 | | | | |
| ＜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) らいふぱーとなーかわぐち ライフパートナー川口 | |
| 施設の所在地 | 〒334-0057 | 埼玉県川口市安行原 62 番 3 |
| | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 048-291-8233 |
| | F A X 番号 | 048-295-2500 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | <input checked="" type="checkbox"/> : http://next-life.jp/kawaguchi/ |
| 施設の開設年月日 | | 2013 年 9 月 1 日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | 職名 | 施設長 |
| | 氏名 | 丸山 須和 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 埼玉高速鉄道「戸塚安行」駅より徒歩約 29 分 (約 2.38 km) | | |
| 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） 表示事項： ・居住の権利形態：利用権方式 ・利用料の支払い：月払い方式 ・入居時の要件：入居時要支援・要介護 ・介護保険：埼玉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 1. 埼玉県指定介護予防特定施設 ・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関わる職員体制：3：1 以上 | |
| 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護 埼玉県指定 第 1170205924 介護予防特定施設入居者生活介護 埼玉県指定 第 1170205924 | |
| 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（予定）年月日 | 指定介護保険特定施設：平成 25 年 9 月 1 日 指定介護保険介護予防特定施設：平成 25 年 9 月 1 日 | |
| 指定の年月日 | 指定介護保険特定施設：平成 25 年 9 月 1 日 指定介護保険介護予防特定施設：平成 25 年 9 月 1 日 | |
| 指定の更新年月日 | | |

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 | | | | | | |
|--|-----------------------|-----|--------------------|-----|------|-------------|
| 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 |
| 生活相談員 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 看護職員 | | 1 | | 2 | 3 | 2.3 |
| 介護職員 | 5 | | 17 | | 22 | 14.6 |
| 機能訓練指導員 | | | | 3 | 3 | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 栄養士（委託業者に従事） | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員（研修を受けた者） | | | 1 | | 1 | 1 |
| その他従業者 | | | 2 | | 2 | 0.7 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40時間 | |
| <p>※ 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。</p> | | | | | | |
| 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 | | |
| 介護職員基礎研修 | 1 | | | 3 | | |
| 訪問介護員1級 | | 1 | | | | |
| 訪問介護員2級 | 5 | | | 9 | | |
| 訪問介護員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 | | | |
| | 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 | | 1 | | | 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 (22時～ 9時) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 0 | | 0 | | | |
| 介護職員 | 2 | | 2 | | | |

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 | 0.5 |
| 看護職員 | | 1 | | 2 | 3 | 2.1 |
| 介護職員 | 4 | 1 | 13 | | 18 | 12.2 |
| 機能訓練指導員 | | 1 | | 2 | 3 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | 1 | 1 |
| その他従業者 | | | 3 | | | 1.7 |

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 | 1 | | | |
| 介護福祉士 | 2 | 1 | 4 | |
| 介護職員実務者研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | | 1 | | |
| 訪問介護員2級 | 4 | 1 | 13 | |
| 訪問介護員3級 | | | | |
| 介護支援専門員 | 2 | | 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 | | 1 | | 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 あり 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 | 介護福祉士 | 介護支援専門員 |
|---------------------|----|----|--------|-------|---------|

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 3 : 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 | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 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 | 3 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 5 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | 1 | 2 | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | 3 | 1 | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | 2 | 3 | 8 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1 | | 1 | | | |
| 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 | | | | | 1 | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | 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 | |
| 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

| | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 施設の運営に関する方針 | | | |
| 入居者の意思及び人格を尊重し、入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 | あり | | |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人社団 大成会 武南病院附属クリニック | | |
| (協力の内容) | | | |
| 月二回の定期往診、緊急時の診察及び指示 年一回の健康診断 | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | その名称 医療法人社団高輪会 浦和歯科 |
| (協力の内容) | | | |
| 訪問診療 週一回の往診。個別往診。 | | | |
| 要介護時における居室の住替えに関する事項 | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | |
| 要介護時、居室にて対応します。 | | | |

| | | |
|------------------|----|----|
| 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 |
| 台所の変更の有無 | 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 |
| 台所の変更の有無 | 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) | | |
| 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 |
| 台所の変更の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |
| 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 | 入居者の要件：管理費等支払うべき費用を負担できること。 共同生活を円満に出来ること。 | |
| 契約の解除の内容 | 別紙記載（入居契約書第 28 条、29 条、30 条） | |
| 体験入居の内容 | | |
| 入居定員 | 40 名 | |
| その他 | | |

入居者の状況

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 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 |
| 75歳以上85歳未満 | 3 | 3 | 8 | 2 | 3 | 19 |
| 85歳以上 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 |
| | | | | | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | |
| 入居者の平均年齢 | 78.2歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 23 | | 女性 | 16 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | 97.5 |

前年度に退去した者の人数

| | 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 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | 2 | 1 | 1 | | 4 |
| 医療機関 | | 1 | | 2 | 1 | 4 |
| 死亡者 | | | | 1 | 1 | 2 |
| その他 | | | | | | 10 |
| | 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |

| 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 | 40 | | 18.00 m ² | | | |
| | 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 | 1 | うち男女別の対応が可能な数 | | | 0 | | | |
| | | うち車いす等の対応が可能な数 | | | 1 | | | | |
| 個室の便所の設置数 | 40 | 個室における便所の設置割合 | | | 100% | | | | |
| | | うち車いす等の対応が可能な数 | | | 40 | | | | |
| 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 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項： 移動式昇降ユニット パンジー i 浴槽 1台 | | | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 1階：1ヶ所 面積：73.50 m ² バリアフリー | | | | | | | | |
| 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 | (その内容) 健康管理室兼事務室 食堂兼機能訓練室 相談室 | | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | |
| (その内容) 居室内バリアフリー、トイレには手すりを設置。 共用施設は廊下、浴室、トイレに手すりを設置。車椅子での移動が可能。 | | | | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | | なし | 一部あり | 全居室内にあり | | | | | |
| 外線電話回線の設置状況 | | なし | 一部あり | 全居室内にあり | | | | | |
| テレビ回線の設置状況 | | なし | 一部あり | 全居室内にあり | | | | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | | | | |
| 敷地の面積 | 826.44 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 | | 終 | | | | |
| | | | 契約の自動更新 | なし | | あり | | | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | | | | |
| 建物の構造 | RC造り地上3階建て | | | | | | | | |
| 建物の延床面積 | 1,237.43 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（借家） | | | | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 平成25年6月1日 | 終 | 平成55年5月31日 | | | |
| | | | 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応する窓口

| | | | |
|----------|---|-----------------|--|
| 窓口の名称 | ①ライフパートナー川口相談窓口 ②株式会社エメラルドの郷 | | |
| 電話番号 | ①048-291-8233 ②0120-326-165 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:30 | |
| | 土曜 | ① 9:00～17:30 ②— | |
| | 日曜・祝日 | — | |
| 定休日等 | ①日曜・祝日 ②土曜・日曜・祝日 ※上記対応時間以外は施設長携帯電話にて対応 (080-3695-2196) | | |

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川口市介護保険課 ②埼玉県国保連合会 介護保険課 苦情対応係 | | |
| 電話番号 | ①048-259-7293 ②048-824-2568 | | |
| 対応している時間 | 平日 | ①8:30～17:15 ②8:30～12:00・13:00～17:00 | |
| | 土曜 | — | |
| | 日曜・祝日 | — | |
| 定休日等 | 土曜・日曜・祝日 | | |

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"/> | (その内容) 三井住友海上賠償責任保険に加入 サービス提供にあたり、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、損害を減ずることがあります。 |
|----|-------------------------------------|---|

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

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) |
|--------------------------|-------------------------------------|--------|

サービスの提供内容に関する特色等

| |
|---|
| (その内容) |
| <ul style="list-style-type: none"> 健康管理サービス：定期健康診断、健康相談、毎日の安否確認 治療への協力サービス：入退院時の付き添い 食事サービス：1日3食の提供（食事代は実費） 生活相談・助言サービス：各種相談、助言など |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | 180,000円 (家賃の約2.6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) | | | |
| | | | | | | |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | |
| 算定根拠 | | | | | | |
| 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 (%) | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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) | | | |
| 90日以内の契約終了による返還金について | | | | | | |
| 90日の起算日 | | | | | | |
| 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 | あり | なし | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | あり | なし | | | | |
| 料金プラン | | | | | | |
| プラン名称 | 月額 | (内訳) | | | | |
| | 計 | 家賃相当額 (非課税) | 介護費用 | 食費 (税別) | 光熱水費 (税別) | 管理費 (非課税) |
| 月額利用料 | 158,140円 | 68,000円 | 円 | 42,880円 | 15,260円 | 32,000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 | 建物賃料、修繕費等を基礎とし、近隣家賃及び想定居住期間等を勘案し算出。 |
| | 介護費用 | 介護保険を超えるサービスに係る人件費・諸経費を勘案し算出。 |
| | 食費 | 朝食 286 円 昼食 572 円 夕食 572 円 (税別) 軽減税率 (8%) の対象となる飲食料品の提供は、上記「朝食・昼食・夕食」とする。 |
| | 光熱水費 | 居室内の電気・水道代。 |
| | 管理費 | 事務・管理部門の人件費、共用施設等の維持管理費、光熱水費、備品・消耗品費、ごみ処理費等。 |

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、2 割又は 3 割を徴収する。 | | | | | |
| | 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 | 3割 |
| | 要支援 1 | 181 単位/日 | 55,766 円 | 5,577 円/月 | 11,154 円/月 | 16,730 円/月 |
| | 要支援 2 | 310 単位/日 | 95,511 円 | 9,552 円/月 | 19,103 円/月 | 28,654 円/月 |
| | 要介護 1 | 536 単位/日 | 165,141 円 | 16,514 円/月 | 33,028 円/月 | 49,542 円/月 |
| | 要介護 2 | 602 単位/日 | 185,476 円 | 18,548 円/月 | 37,096 円/月 | 55,643 円/月 |
| | 要介護 3 | 671 単位/日 | 206,735 円 | 20,674 円/月 | 41,347 円/月 | 62,021 円/月 |
| | 要介護 4 | 735 単位/日 | 226,453 円 | 22,645 円/月 | 45,291 円/月 | 67,936 円/月 |
| | 要介護 5 | 804 単位/日 | 247,712 円 | 24,771 円/月 | 49,543 円/月 | 74,314 円/月 |
| ※月額費用は 1 ヶ月 30 日で計算しています。 | | | | | | |

| | | | |
|------------------------|---|----|----|
| 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 | 上乗せ介護金 | | |
| 利用料 | (月額 ・ 日額) | | |
| 算定根拠 | 人員過配置サービス費 (人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付による収入でカバー出来ない額に充当するものとして、サービスに係る人件費・諸経費を勘案して算出。 | | |
| 支払い方法 | 月単位 (日割り計算の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ 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 | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 算定根拠 | サービスに係る人件費・諸経費を勘案して算出。 | | |

料金改定の手続

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、運営懇談会の意見を聴いたうえで入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、改定する。

| | | |
|------------------|----|--|
| その他、利用料以外に必要な利用料 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
|------------------|----|--|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
 おむつ代：実費
 レクリエーション参加費：費用が発生した場合のみ実費
 週 3 回以上の入浴：1000 円/回 清拭：500 円 (週 2 回の入浴は介護保険サービスで行う)
 協力医療機関以外への通院介助：1000 円/回 (但し近隣医療機関に限る)
 協力医療機関以外への入退院時の同行：1000 円/回 (但し近隣医療機関に限る)
 金銭・貯金管理：500 円/月 (但し必要な方のみ)
 ※上記金額は消費税別の表記です

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、月額の利用料等で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備考 (料金/税別) |
|----------------------|------------------------|----|--------------------------------------|----|-----------------------|----|--|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 入浴不可時に清拭を実施 週3回以上は別途有料 (入浴:1000円/回 清拭: 500円/回) 同上 但し近隣医療機関に限る (1000円/回)救急車での 搬送の場合は無償 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 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・着替え等) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 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 | |
| 通院介助(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| | | | | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 但し食事制限、アレルギー 等がある場合のみ 但し必要な人のみ(500円 /月) |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 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 | |
| 買物代行(通常の利用区域) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 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 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 金銭・貯金管理 | 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 | |
| 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 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 但し近隣医療機関に限る (1000円/回) |
| 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 | 但し近隣医療機関に限る (1000円/回) |
| 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 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |