

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|------|--------|-------|-----------------|
| | | 記入年月日 | 令和3年 7月 1日 |
| 記入者名 | 村上 那奈子 | 所属・職名 | 訪問看護管理者・介護支援専門員 |

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) 営利法人 |
| | 名称 | (ふりがな) 株式会社 栄友 カブシカイシャ エイユウ | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒071-1426 上川郡東川町北町4丁目9-26 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0166-82-5600 | |
| | FAX番号 | 0166-82-5600 | |
| | ホームページアドレス | (なし) あり : http:// | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 村上 那奈子 | |
| | 職名 | 管理者 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成16年9月26日 | | |

2. 施設概要

| 施設の種類及び表示事項 | | |
|---|---------------------------------------|--------------|
| 施設の種類 | 特定施設入居者生活介護（外部サービス・混合型） | |
| 介護保険事業所番号 | 0173100421 | |
| 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21年 11月 1日 | |
| 指定の年月日 | 平成21年 11月 1日 | |
| 指定の更新年月日 | | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 旭川電気軌道バス76番、67番 西6号バス停から徒歩5分位 | | |
| 施設までの主な利用交通手段 | 旭川電気軌道バス76番、67番 西6号バス停から徒歩5分位 | |
| 施設の開設年月日 | 平成21年 11月 1日 | |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 竹森 康弘 職名 管理者 | |
| 施設の種類及び表示事項 | 特定施設入居者生活介護（外部サービス・混合型） | |
| 介護保険事業所番号 | 0173100421 | |
| 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21年 11月 1日 | |
| 指定の年月日 | 平成21年 11月 1日 | |
| 指定の更新年月日 | | |
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 施設の種類 | （ふりがな） ゆうりょうろうじん ほーむ ゆう 有料老人ホーム ゆう | |
| 施設の所在地 | 〒071-1426 上川郡東川町北町4丁目9-21 | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 0166-85-6044 |
| | FAX番号 | 0166-85-6044 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり : http:// |

| 事業主体が北海道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 | 訪問介護ステーションゆう | 東川町北町4丁目9-21 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ステーションゆう | 東川町北町4丁目9-28 |
| 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 | デイサービスゆう | 東川町北町4丁目9-28 |
| 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 | 有料老人ホームゆう | 東川町北町4丁目9-21 |
| 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 | グループホームゆう | 東川町北町4丁目9-21 |
| 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 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | 訪問介護ステーションゆう | 東川町北町4丁目9-21 |
| 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 | デイサービスゆう | 東川町北町4丁目9-28 |
| 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 | 有料老人ホームゆう | 東川町北町4丁目9-26 |
| 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 | グループホームゆう | 東川町北町4丁目9-21 |
| 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 | | |

3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態 | | | | | | |
|---|---------------------|-----|---------------------|-----|-----|------------|
| 有料老人ホームの従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実 人 員 | 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 | | | | | | |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | 3 | 1 | | | 2 | 2 |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | 0.5 | | | | 1 | 0.5 |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | 2 | | 2 | 1 |
| 事務員 | | | | | | |
| その他従事者 | | | 2 | | | 1 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | |
| ※ 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 | 1 | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | |
| “ 2級 | | | | | | |
| “ 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | | |
| 従事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 | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧 | | | | | | |
| 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 (17時～9時) | | 最少時人数 (休憩時間等を除く) | | | |
| 介護職員 | 1人 | | 2人 | | | |

| 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 | | | | | | |
|---|-----|-----|-------------------|-----|-----|------------|
| 実人員 | 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 | 1 |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | 3 | | | | 3 | 3 |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | 0.5 | | | | 1 | 0.5 |
| その他従事者 | 1 | 0.2 | | | 2 | 1.2 |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数 | | | | | | |
| ※ 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 | 1 | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | |
| 2級 | | | | | | |
| 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | | |
| 従事者である機能訓練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 | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧 | | | | | | |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | | |
| 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 | | | | | | 10 |

| 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 | | | | | | |
| 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 | 1 | | |
| 1年以上3年未満者の人数 | | | 2 | | | |
| 3年以上5年未満者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満者の人数 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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年未満者の人数 | | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | あり | なし |

4. サービスの内容

| | | |
|--|--------|----|
| 施設の運営に関する方針 | | |
| 株式会社法人が開設する有料老人ホームゆうは、共同生活をする自立・要支援・要介護状態にある老人に対し、家庭的で落ち着いた雰囲気のある住環境の提供と安否確認とする。また日常生活に於ける援助に必要なご相談を行い、適切かつ円滑な外部サービスの手続きで介護支援をいたします。その人らしい穏やかな生活で精神的に安定を図り、健康で明るい生活が送れるように支援し、老人の福祉の推進を図る事を基本方針とします。 | | |
| 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 | 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 |
| 利用者の個人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 豊岡内科整形クリニック | | |
| （協力の内容）・入居者が医学的治療を要する際には、適切な処置を行う。 ・総合に疑義が生じたときは、双方誠実に協議、善処するものとする・ | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり |
| その名称 | 東川歯科医院 | |
| （協力の内容）・入居者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を取り合う。 ・検診により入居者の心身の健康について適切なアドバイスを行う。・入居者の口腔歯科の疾病に対して、通院により治療を行う。・事業従業者に対して歯科学的な立場で教育・助言指導を行う | | |
| 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 | | |
| 外部サービスにおいて、利用者の要望で介護サービスをご相談を受けた場合、委託事業者 に情報提供と適切な介護サービスを受けられるように説明と同意をもって支援いたします。 また委託事業所に対して連携と協力体制をもって、対応いたします。 | | |

| 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2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 |
| | 居室個室 | あり | なし | | | 12,14 m ² |
| | 居室相部屋 | あり | なし | | | m ² |
| | | | | | | m ² |
| | 一時介護室 | あり | なし | | | m ² |
| | | | | | m ² | |
| 共用便所の設置数 | うち男女別の対応が可能な数 | | | | | |
| | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | | |
| 個室の便所の設置数 | 20箇所 | 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 | | | 20箇所 | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 2 | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 日当たりの良い明るく落ち着いた雰囲気に対面キッチンで会話も弾む設計 | | | | | |
| | 入居者等が調理を行う設備・状況 | 二人居室にキッチン設備 | なし | あり | | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | | |
| | なし | あり | (その内容) | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| | (その内容) 玄関・ホーム内は段差がなく、居室内のトイレは手すりと車椅子が対応できる | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | 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 | | | |
| 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 | 1076,74 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 | | | | | | |
| 建物の延床面積 | 621,07 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 | 終 | | |
| | | | 契約の自動更新 | | なし あり | |

| | | |
|-----------------------|----|----|
| 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 |
| 従前の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 |
| 従前の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) | | | |
| 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 |
| 従前の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 | | | |
| 契約の解除の内 | 利用者は事業所に対し、いつでも1週間の予告期間を置いて契約解除ができる | | |
| 体験入居の内容 | 最長3日の体験入居ができます。その際予めご相談下さい | | |
| 入居定員 | 20名 | | |
| その他 | 2人居室があります。ご相談に応じます。 | | |

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 | 1 | | | | | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | 1 | | | 1 | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | | | | | 1 |
| 85歳以上 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 12 |
| | 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 | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | |

入居者の平均年齢 86.8歳

入居者の男女別人数 男性 4名 女性 11名

入居率（一時的に不在となっている者を含む）100%

前年度の有料老人ホーム又は軽費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 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | 1 | | 1 |
| 医療機関 | | | | 1 | | 1 |
| 死亡者 | | | 1 | | 2 | 3 |
| その他 | | | 1 | | | 1 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 死亡者 | | | | | | |
| その他 | 1 | | | | | 1 |

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 | 2 | 1 | 6 | 6 | | |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------|-------|
| 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 | 有料老人ホーム ゆう | | |
| 電話番号 | 0166-85-6044 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 | |
| | 土曜 | 8:30~17:30 | |
| | 日曜・祝祭日 | 8:30~17:30 | |
| 定休日等 | 無し | | |
| 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 | 有料老人ホーム ゆう | | |
| 電話番号 | 0166-85-6044 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 | |
| | 土曜 | 8:30~17:30 | |
| | 日曜・祝祭日 | 8:30~17:30 | |
| 定休日等 | 無し | | |
| 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) | |
| 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 | | | |
| なし | あり | (その内容) お見舞い金のほか治療代をお支払いする | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) 利用者への安否確認、ご相談援助、外部サービスへの委託対応 | | | |
| 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

| 利用料の支払方式 | 一時金方式 | 月払い方式 | 選択方式 | | | | |
|------------------------------------|---|------------------------|-------|------|----|------|-----|
| 敷金 | 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 | * 介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 光熱水費 | | | | | | |
| | 管理費 | | | | | | |
| | 一時金 | | | | | | |
| 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金

| | | |
|---------------|----|----|
| 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 | 月額 | | 内訳 | | | |
|------|--------------------------------|------------------------------------|------|--|---|--------------------|
| | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| | 1人 103,500円 (冬季109,500円) | 1人部屋 36,000円 2人部屋 60,000円 | | 1人 36,000円 2人 72,000円 (朝食400円 昼食400円 夕食400円) | 暖房費 10月～ 5月まで 1人 6,000円 2人 7,500円 | 31,500円 (電気水道費) |

* 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 | 他の民間施設の家賃想定額を基準とした。 |
| | 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 | 他の民間施設の食費想定額を基準とした。 |
| | 光熱水費 | 給油価格を基準とした。 |
| | 管理費 | 行政の下水道・電気基本料金を基準とした。 |

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) | なし | あり |
|-----------------------|----|----|

| | |
|-------|-------------------------|
| 内容 | |
| 利用料 | 円 (月額 ・ 日額) |
| 算定根拠 | |
| 支払い方法 | 月単位 (日割りの有無) 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 | あり |
|-------------------|----|----|

| | |
|------|--|
| 算定根拠 | |
|------|--|

料金改定の手続き

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) ・居室の有効面積：12.14 m ² ・中廊下幅：1.82 m ・エレベータ：ストレッチャー非対応 | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費」

※ _____ 様

説明年月日 令和 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。

別表V 1. 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費

| | 要支援1、2 | 要介護1～5 |
|------------------------|---|---|
| ①外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費 | 1日につき、56単位 | 1日につき、83単位 |
| ②身体介護 | 介護予防訪問介護費Ⅰ (週1回程度) 1,057単位 介護予防訪問介護費Ⅱ (週2回程度) 2,115単位 介護予防訪問介護費Ⅲ (週2回以上、要支援2のみ) 3,355単位 | 15分未満96単位。15分以上30分未満193単位。 30分以上262単位に15分増す毎に+87単位。1時間30分以上561単位に15分増す毎に+37単位。 |
| ③生活援助 | | 15分未満49単位。15分以上30分未満96単位に15分増す毎に+49単位。1時間以上1時間15分未満219単位。1時間15分以上262単位。 |
| ④他の訪問系、通所系サービス | 基本単位の90% | 基本単位の90% |
| ⑤福祉用具貸与 | 貸与額を適用 | 貸与額を適用 |

2. ①～⑤限度額

| 要介護区分 | 限度額(月) |
|-------|----------|
| 要支援1 | 5,032単位 |
| 要支援2 | 10,531単位 |
| 要介護1 | 16,355単位 |
| 要介護2 | 18,362単位 |
| 要介護3 | 20,490単位 |
| 要介護4 | 22,435単位 |
| 要介護5 | 24,533単位 |

3. 介護職員処遇改善手当

| 要介護区分 | 特定入居者生活介護 | 訪問介護 | デイサービス |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | 介護職員処遇改善加算[1] | 介護職員処遇改善加算[1] | 介護職員処遇改善加算[1] |
| 要支援1 ～ 要介護5 まで共通 | [1ヶ月] 介護保険一部負担額 × 8.2% | [1ヶ月] 介護保険一部負担額 × 8.2% | [1ヶ月] 介護保険一部負担額 × 8.2% |

4. 介護保険外サービス (下記料金に従い利用に応じ、自己負担となります)

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|---------|---|-----|
| オムツも提供 | 利用者のご希望に応じて、提供します。 | 実費 |
| 理美容サービス | 毎月1回、理髪サービスをご利用頂けます。 | 実費 |
| 日用品の提供 | トイレットペーパー、ティッシュペーパー、石鹸、シャンプー、洗剤等、日常生活上使用する物品を提供します。 | 実費 |

介護サービス等一覧表

| | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（外部サービス） | 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 |
|---|---|---|---|----|
| 介護サービス | | | | |
| 食事介助 排泄介助・オムツ交換 オムツ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助 身辺介助（移動・着替え等） 機能訓練 通院介助（協力医療機関） 通院介助（協力医療機関以外） | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | |
| 生活サービス | | | | |
| 居室掃除 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ 理容師による理美容サービス 買い物代行（通常の利用区域） 買い物代行（上記以外の区域） 役所手続代行 金銭・貯金管理 | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | |
| 健康管理サービス | | | | |
| 定期健康診断 健康相談 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | |
| 移送サービス 入退院時の同行（協力医療機関） 入退院時の同行（協力医療機関以外） 入院中の洗濯交換・買い物 入院中の見舞い訪問 | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし | |