

重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|------------|
| | | 記入年月日 | 2019年10月1日 |
| 記入者名 | 高山 仁美 | 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 | 営利法人 | |
| | 名称 | (ふりがな) ぐりーんらいふひがしにほんかぶしきかいしゃ グリーンライフ東日本株式会社 | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒103-0028 | 東京都中央区八重洲1丁目4番16号 | |
| | | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 03 - 5255-3338 | |
| | F A X 番号 | 03 - 5200-1177 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | あり: http://www.greenlife-inc.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 | 沖本 浩一 | |
| 事業主体の設立年月日 | | 平成 15 年 7 月 23 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 | シーハーツ川口 他7 | 川口市上青木 1-2-24 |
| 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 | 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 | | |
| 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 | シーハーツ川口 他7 | 川口市上青木 1-2-24 |
| 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 | | |

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) シーは一つこしがや シーハーツ越谷 |
| 施設の所在地 | 〒343 - 0845 埼玉県越谷市南越谷 5 丁目 7 - 1 |
| 施設の連絡先 | 電話番号 048 - 961 - 1465 |
| | F A X 番号 048 - 961 - 1467 |
| | ホームページ なし |
| | アドレス <u>あり</u> : http://www.greenlife-inc.co.jp/ |
| 施設の開設年月日 | 平成 23 年 6 月 1 日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | 職名 施設長 |
| | 氏名 高山 仁美 |
| 施設までの主な利用交通手段 | |
| JR 武蔵野線「南越谷」駅 徒歩 8 分 距離 630m 東武スカイツリーライン「新越谷」駅 徒歩 7 分 距離 550m | |
| 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） 埼玉県指定介護保険介護予防特定施設 ○居室区分：62 室 一人部屋・3 室 二人部屋 ○介護の職員体制：2.5：1 以上 |
| 介護保険事業所番号 | 1170802092 |
| 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） | |
| 事業の開始年月日 | 平成 23 年 7 月 1 日 |
| 指定の年月日 | 平成 23 年 6 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 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| 看護職員 | 2 | | 1 | | 3 | 3.0 |
| 介護職員 | 18 | | 12 | | 30 | 27.6 |
| 機能訓練指導員 | | | 2 | | 2 | 1.7 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| その他従業者 | | | 4 | | | 2.8 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 37.5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 | | 1 | | | | |
| 介護福祉士 | 10 | | 3 | | | |
| 介護職員基礎研修 | 1 | | | | | |
| 訪問介護員1級 | 1 | | | | | |
| 訪問介護員2級 | 8 | | 1 | | | |
| 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 | | 1 | 1 | | | |
| 作業療法士 | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | | | |
| 柔道整復士 | | 1 | 1 | | | |
| 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 (17時00分～10時00分) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 0 | | 0 | | | |
| 介護職員 | 3 | | 3 | | | |

| 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 | 1.0 |
| 看護職員 | 2 | | 1 | | 3 | 3.0 |
| 介護職員 | 22 | | 3 | | 25 | 27.8 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | | 2 | 1.7 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| その他従業者 | | | 4 | | 4 | 2.2 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | 37.5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 | | 1 | | | | |
| 介護福祉士 | 10 | | 2 | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | 1 | | | | | |
| 訪問介護員2級 | 11 | | 1 | | | |
| 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 | | | 1 | | | |
| 作業療法士 | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | 1 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | | | 2.5:1 | |

| 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 | | | 3 | | | |
| 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 | | | 3 | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 10 | 1 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | 2 | 9 | 2 | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | 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 | | | | 1 | | |
| 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 | | |
| <p>高齢者の方々の新しい「住まい」として、将来に安心のあるご自分の暮らしを過ごせる、いつまでも家庭的な生活を送れる環境づくりを目的とします。</p> <p>当該施設を利用される入居者の意思及び尊厳を重視し、入居者の立場に立ち、「まごころ」と「やさしさ」を持ったサービスの提供を基本理念とし、入居者の必要とされている、入浴、排せつ、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などの介護サービスを提供し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように努め、自立へ促すことを目標とします。</p> | | |
| 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 |
| 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 認知症専門ケア加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 短期利用の有無 | 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 | 越谷ハートフルクリニック | |
| <p>（協力の内容） 診療科目）内科・整形外科・皮膚科・リハビリ</p> <p>協力内容）入居者の入院治療が必要な場合の入院対応</p> <p>健康診断、利用者の急変時対応</p> <p>※医療費については入居者の自己負担になります。</p> | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり |
| <p>その名称</p> <p>前原歯科医院</p> | | |
| <p>（協力の内容） 診療科目）歯科</p> <p>協力内容）訪問診療（週1回）</p> <p>※医療費については入居者の自己負担になります。</p> | | |
| 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 | | |
| 居室及び館内 | | |

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合 ※全居室が介護居室のため、該当はありません。

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

※全居室が介護居室のため、該当はありません。

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 | 原則、65歳以上の方 | |
| 契約の解除の内容 | <p>①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらとも逝去した場合）</p> <p>②入居者から契約解約が行われた場合</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <p>次の各号のいずれかに該当した場合、3ヶ月間の予告期間を置いて契約解除を通告することができる</p> <p>一．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</p> <p>二．月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三．第7条1項、第16条から第19条までと、第22条の各条項に違反したとき</p> <p>四．入居者が正当な理由なく、長期に不在とし、本契約の継続が困難と事業者が判断したとき</p> <p>五．入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> | |
| 体験入居の内容 | 6泊7日 1泊2日あたり10,000円＋消費税相当額 | |
| 入居定員 | 68名 | |
| その他 | 本契約締結日より3ヶ月以内の解約の場合は、本契約第45条の規定により目的施設の1日当たりの利用料は、管理費及び家賃相当額として 円です。他、食事喫食分及び介護費は実費になります。 | |

| 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 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | 2 | | | | | 2 |
| 75歳以上85歳未満 | 4 | 3 | 6 | 5 | 4 | 22 |
| 85歳以上 | 5 | 3 | 8 | 6 | 6 | 28 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 申請中 | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 2 | 2 | | | 4 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 4 | 3 | | | 7 |
| 85歳以上 | 0 | 1 | 1 | | | 2 |
| 入居者の平均年齢 | 86.4歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 21 | | 女性 | 44 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | 95.5% |
| 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 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | 1 | 1 |
| 死亡者 | | | | 1 | 3 | 4 |
| 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 | | | | | | |
| 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 | 18 | 34 | 8 | | |

| 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 | | | |
| | | | | | | m ² | | | |
| | | | | | | m ² | | | |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 62 | 62 | 20.15 m ² | | | |
| | | | | 3 | 6 | 37.91 m ² | | | |
| 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² | | | | |
| | | | | | m ² | | | | |
| 一時介護室 | あり | なし | | | m ² | | | | |
| 共用便所の設置数 | 6基 | 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 | 65基 | 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 | | | 65 | | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | | | |
| | | 4 | 1 | 1 | | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | 2階に足湯を設置 | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 大型テレビ、洗面設備 | | | | | | | | |
| 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) 機能訓練室・浴槽・洗濯室・ホール・ラウンジ・理美容室(有料)等 | | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | |
| (その内容) 全居室内、廊下、共用施設等に手すり設置、車椅子での移動可能 | | | | | | | | | |
| 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 | 1,511.00 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 | 平成23年4月 | 終 | 平成53年3月 | | | |
| | | 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 | 鉄筋コンクリート造地上5階建て | | | | | | | | |
| 建物の延床面積 | 3,021.34 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23年4月 | 終 | 平成53年3月 | | | |
| | | 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 | 管理者（入居者からの苦情内容には守秘義務を徹底し、苦情申出による差別的な待遇は一切行わない。） | | |
| 電話番号 | 048 - 961 - 1465 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～18：00 | |
| | 土曜 | 9：00～18：00 | |
| | 日曜・祝日 | 9：00～18：00 | |
| 定休日等 | | | |
| 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埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 ②越谷市介護保険課 ③公益社団法人全国有料老人ホーム協会 | | |
| 電話番号 | ①048 - 824 - 2568 ②048 - 963 - 9169・9305 ③03 - 3272 - 3781 | | |
| 対応している時間 | 平日 | ①8：30～17：00 ②8：30～17：15 ③10：00～16：00 | |
| | 土曜 | — | |
| | 日曜・祝日 | — | |
| 定休日等 | 土日祝祭日、年末年始 | | |
| 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="radio"/> | (その内容) 保険会社：株式会社セゾン保険サービス 保険名称：「介護保険・社会福祉事業者総合保険」 | |
| 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 checked="" type="radio"/> | 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) 入居者の意思及び尊厳を重視し、入居者の立場に立ち、「まごころ」と「やさしさ」を持ったサービスの提供を基本理念とし、入居者の必要とされている、入浴、排せつ、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などの介護サービスを提供し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように努め、自立へ促すことを目標とします。 | | | |
| 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組の状況 | | | |
| なし | <input checked="" type="radio"/> | 実施した年月日 | 平成 27 年 4 月 10 日 |
| | | 当該結果の開示状況 | なし <input checked="" type="radio"/> |
| 第三者による評価の実施状況 | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | あり | 実施した年月日 | 平成 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 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> |

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 | 0円（家賃の ヶ月分） | | | | | |
| 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 | | | | |
| 月額料金 | 月額計 | (内訳) | | | | |
| | | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 高熱水費 | 管理費 |
| 個室A | 278,000 | 88,000 | | 70,000 | | 120,000 |
| 個室B | 287,000 | 97,000 | | +消費税 | | +消費税 |
| 個室C | 293,000 | 103,000 | | 相当額 | | 相当額 |
| 個室D | 297,000 | 107,000 | | | | |
| 個室E | 303,000 | 113,000 | | | | |
| 二人部屋F | 533,000 | 176,000 | | 140,000 | | 240,000 |
| 二人部屋G | 574,000 | 194,000 | | +消費税 | | +消費税 |
| | | | | 相当額 | | 相当額 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※食費は1ヶ月30日の場合。 ※月額計に別途諸費税相当額が加算されます(食費・管理費)。 | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | 近隣家賃相場等より算定 | | | | |
| | 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 | 人件費等の経費、食材費に基づく費用。 (喫食数に応じた請求とする) | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む | | | | |
| | 管理費 | 共用施設等の維持管理、水道光熱費、備品費、消耗品費、事務費、管理部門にかかる人件費。実費で提供するサービスは、介護サービス一覧表参照。 | | | | |

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割または2割を徴収する。

| 要介護度区分 | 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 |
|--------------|---------------------------|------------|-------------|
| 要支援1 | 181単位/日 | 55,766円/月 | 5,577円/月 |
| 要支援2 | 310単位/日 | 95,511円/月 | 9,552円/月 |
| 要介護1 | 536単位/日 | 165,141円/月 | 16,515円/月 |
| 要介護2 | 602単位/日 | 185,476円/月 | 18,548円/月 |
| 要介護3 | 671単位/日 | 206,735円/月 | 20,674円/月 |
| 要介護4 | 735単位/日 | 225,453円/月 | 22,646円/月 |
| 要介護5 | 804単位/日 | 247,712円/月 | 24,772円/月 |
| 個別機能訓練加算 | 12単位/日 | | 13円/日 |
| 夜間看護体制加算 | 10単位/日 | | 11円/日 |
| 医療機関連携加算 | 80単位/月 | | 83円/月 |
| 看取り介護加算 | 死亡日以前4～30日 144単位/日 | | 148円/日 |
| | 死亡日前日及び前々日 680単位/日 | | 699円/日 |
| | 死亡日 1,280単位/日 | | 1,315円/日 |
| 認知症専門ケア加算 | I 3単位/日 | | 3円/日 |
| | II 4単位/日 | | 5円/日 |
| サービス提供体制強化加算 | Iイ 18単位/日 | | 19円/日 |
| | Iロ 12単位/日 | | 13円/日 |
| | II 6単位/日 | | 7円/日 |
| | III 6単位/日 | | 7円/日 |
| 各加算率 | | | |
| 介護職員処遇改善加算 I | 介護報酬単位×加算(8.2%)×単位単価10.27 | | |

※1単位＝10.27円

※上記加算については、要件が満たされている場合に加算されます。

現在算定している加算については前章の介護サービスの内容をご確認ください。

※夜間看護体制加算、看取り介護加算は、要介護1～5の方のみが対象となります。

※夜間看護体制加算を算定し、主治医の診断及びご本人・代理人の希望及び同意により「看取り介護指針」に基づいた支援を行った場合に看取り介護加算として加算いたします。

※短期利用特定施設入居者生活介護については、要介護1～5までとなります。

また加算については、夜間看護体制加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算になります。

| | | | |
|--|--------------------------------------|----|----|
| 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 | | | |
| 利用料 | 円（ 月額 ・ 日額 ） | | |
| 算定根拠 | | | |
| 支払い方法 | 月単位（日割り計算の有無 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 | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。（介護サービス等一覧表を参照） | | |
| 料金改定の手続 | | | |
| 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上で改定するものとします | | | |

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) | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 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。