

介護付き有料老人ホーム

はーとらいふ北本

重要事項説明書

株式会社 r e l i a b l e

「はーとらいふ北本」入居契約 兼
 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
 重要事項説明書

記入年月日	平成30年7月1日
記入者名	坂田 理樹
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ りらいふ 株式会社 reliable	
主たる事務所の所在地	〒651-1411 兵庫県西宮市山口町名来一丁目16番20号	
連絡先	電話番号	0120-022-686
	FAX番号	0532-41-6867
	ホームページアドレス	http://www.reliable-heartlife.com
代表者	氏名	須川 潤一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 <u>平成</u> 25年 9月 4日	
主な実施事業	※別添1 (別に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) はーとらいふ ^{きたもと} 北本	
所在地	〒364-0026 北本市荒井三丁目253-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 高崎線 北本駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 川越観光バス 「荒井3丁目」停留所下車、 徒歩3分 ②自動車利用の場合

		・乗車 10分
連絡先	電話番号	048-598-7530
	FAX番号	048-598-7586
	ホームページアドレス	http://www.reliable-heartlife.com
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成26年 4月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成29年 8月1日

(類型)【表示事項】

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)		
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)		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1175300852
	指定した自治体名	埼玉県 (市)
	事業所の指定日	平成 29年 8月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	782.59㎡	
	所有関係	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 (平成29年8月1日～平成59年7月31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	1,439.89㎡
		うち、老人ホーム部分	1,245.70㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
3 その他 ()			
構造	1 鉄筋コンクリート造		

	2 鉄骨 ALC 造 3 木造 4 その他 ()						
所有関係	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 (平成 29 年 8 月 1 日～平成 59 年 7 月 31 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 (平成 29 年 8 月 1 日～平成 59 年 7 月 31 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 (平成 29 年 8 月 1 日～平成 59 年 7 月 31 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	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ 1	有/無	有/無	20.06 m ²	21 戸	介護居室(個室)
	タイプ 2	有/無	有/無	33.61 m ²	2 戸	介護居室(相部屋)
	タイプ 3	有/無	有/無	35.23 m ²	2 戸	介護居室(相部屋)
	タイプ 4	有/無	有/無	7.0 m ²	1 戸	一時介護室 (健康管理室兼)
	タイプ 5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ 6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ 7	有/無	有/無	m ²		
タイプ 8	有/無	有/無	m ²			
タイプ 9	有/無	有/無	m ²			
タイプ 10	有/無	有/無	m ²			

※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
その他(個浴型介護浴槽)			1ヶ所	
食堂	1 あり 2 なし			
入居者や家族が利	1 あり 2 なし			

	用できる調理設備	
	エレベーター	1 <input checked="" type="radio"/> (車椅子対応) 2 <input checked="" type="radio"/> (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	1 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	火災通報設備	1 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	防火管理者	1 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	防災計画	1 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
その他	<p>1. 共用施設</p> <p>エントランス、玄関ホール、下足箱、相談室、職員宿泊室、機械浴室・脱衣スペース 駐車場、職員休憩室、更衣室、カウンター、厨房、検収室、厨房職員室、食品庫、厨房職員便所、配膳室、管理事務所、個浴室、脱衣室、健康管理室兼一時介護室、食堂 (機能訓練室兼)、ケアステーション、汚物処理室、洗濯置場、理美容室、便所、リネン庫</p> <p>2. 設備関係</p> <p>ケアコール設備、緊急通報機器設備、冷暖房設備、給排水設備、衛生設備、昇降機設備、電話設備、TVアンテナ設備等</p>	

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者・障がい者に配慮した住環境及び健康で文化的な生活の提供 ○自立支援を基本とした個別かつ適切な介護サービスの提供 ○健全な施設運営と堅実な財務運営
サービスの提供内容に関する特色	終末期・ <input checked="" type="radio"/> 看取り・難病の方の入居も可能
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="radio"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 <input checked="" type="radio"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="radio"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="radio"/> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <input checked="" type="radio"/> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="radio"/> 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	個別機能訓練加算	1 あり 2 <u>なし</u>	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 <u>なし</u>	
	医療機関連携加算	1 あり 2 <u>なし</u>	
	看取り介護加算	1 あり 2 <u>なし</u>	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 <u>なし</u>
		(Ⅱ)	1 あり 2 <u>なし</u>
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 <u>なし</u>
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 <u>なし</u>
(Ⅱ)		1 あり 2 <u>なし</u>	
(Ⅲ)		1 あり 2 <u>なし</u>	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 <u>なし</u>		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	1 <u>救急車の手配</u> 2 <u>入退院の付き添い</u> 3 <u>通院介助</u> 4 <u>その他</u> (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	北本矢澤クリニック
		住所	埼玉県北本市北本1-107江利川ビル1階
		診療科目	内科・循環器
		協力内容	1、緊急時、その他必要時の往診 2、医師の訪問による健康診断、健康指導 3、入院時の紹介 4、パンフレット・ホームページ・案内看板等への記載・行政への提携協力医療機関としての届出
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	コンパスクリニック大宮	
	住所	東京都北区志茂2-39-9	
	協力内容	訪問歯科診療・口腔ケア等	

(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	1 <input checked="" type="radio"/> 一時介護室へ移る場合 2 <input checked="" type="radio"/> 介護居室へ移る場合 3 その他 (他の居室へ移る場合)	
判断基準の内容	二人部屋の入居者のうち、一方が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一時介護室において介護を行います。	
手続きの内容	十分な介護等を提供するため、当施設内にて他の居室へ移動していただくことがあります。その場合、①事業者の指定する医師の意見を聴く ②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 ③変更先の場所の費用、介護等の内容、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者および見元引受人等に説明を行う ④見元引受人の同意を得る ⑤入居者の同意を得る 以上の手続きを経て変更するものとする。	
追加的費用の有無	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし	
居室利用権の取扱い	住替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
	便所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
	浴室の変更	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
	洗面所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
	台所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
	その他の変更	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし (変更内容)

(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	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 概ね65歳以上で、自立・要支援・要介護の方 法定伝染病疾患や問題行動の無い方で共同生活に適応できる方 施設の規則を遵守できる方 必要な諸経費の負担が可能な方 連帯保証人が定められる方 公的な医療保険、介護保険に加入している方 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷、他害行為の恐れのない方
契約の解除の内容	<p>(ご入居者による解約)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予め退去月（建物の明渡し月）の前月までに解約通知書を提出することにより解約できます。なお、解約の撤回はできません。 <p>※その他詳細は入居契約書第 37 条によります。</p>
事業主体から解約を求める場合	<p>解約条項</p> <p>次のいずれかに該当する場合は契約を解除させて頂くことがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設における生活の継続が困難であると合理的に判断される場合 ・ 入居者がは一とらいふ北本を不在にし、明らかに不在期間が3ヶ月を超えると見込まれる場合 ・ 入居者が月額利用料の支払いを2ヶ月以上遅延し、催告したにもかかわらずその日から起算して14日以内に支払われない場合 ・ 入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居した場合 ・ 入居者またはその家族が契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合 <p>※その他の詳細は契約書第 36 条によります。</p>
	<p>解約予告期間</p> <p style="text-align: right;">30日</p>
入居者からの解約予告期間	退去月の前月末までに解約通知書を事業者へ提出
体験入居の内容	<p>1 <u>あり</u> (内容： 利用料金：1泊2日3食付き 8,640円～ ご利用はお一人様1回限りとさせていただきます。 ※要介護度に応じて料金は異なります。食事をされなかった場合の返金はありません)</p> <p>2 なし</p>
入居定員	29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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	15	5	10	10.7
介護職員	12	5	7	9.5（1名計画 作成担当兼務）
看護職員	3		3	1.2
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1		1	0.3（介護職 兼務）
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	1	1		1
その他職員	1		1	0.2
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）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	3	1	2
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	9	4	5
介護支援専門員	1		1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4	4
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師	1	1

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 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)

(平成 29 年 11 月 1 日現在)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
		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		1		6	8	2			1	1	
前年度1年間の退職者数											
応じた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年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
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	条件	入居契約書第34条による
の改定	手続き	入居契約書第34条による

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要支援1・要介護3	
	年齢	85歳	70歳 80歳	
居室の状況	床面積	20.06 m ²	35.23 m ²	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	204,000円	255,000円	
月額費用の合計		118,000円	175,000円	
家賃		68,000円	85,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	要介護度による	要介護度による	
	介護保険外 ^{※2}	食費	0円	0円
		管理費	30,000円	54,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	20,000円	36,000円
その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり		
<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> <p>※消費税込</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	賃貸借の金額に合わせ金額の設定を行った。
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	設備維持（居室以外の清掃・空調設備点検整備・エレベーター保守点検・消耗品関連・営繕等）事務所管理費・人件費等
食費	朝食 486円 昼食 648円 夕食 756円 1日3食 外部食事業者（株YOLO）と別途契約いただきます。 ※食事をキャンセルされた場合は、食事業者より返金します。
光熱水費	年間使用料の平均額に準ずる
利用者の個別的な選択に	別添2による

よるサービス利用料	自立者、要介護認定を受けていない方には「ケアコール等生活サポート費」32,400円が別途必要となります。 サービスの提供に係る人件費及び物件費
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	基本報酬、加算の利用者負担分
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）	
※ 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		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
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）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称：_____）	

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	8 人
	女性	12 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	2 人
	85 歳以上	18 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	4 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	17 人
	1 年以上 5 年未満	人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	84.1 歳
入居者数の合計	20 人
入居率※	69%
※ 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に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	人
	死亡者	2 人
	その他	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	2人
		(解約事由の例) 公共交通機関での来所が不便なため。

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	介護付有料老人ホーム 「はーとらいふ北本」	① 埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課 ② 埼玉県高齢者福祉課 ③ 北本市高齢介護課	
電話番号	048-598-7530	① 048-842-2568 ② 048-830-3254 ③ 048-594-5540	
対応している時間	平日	9:00~18:00	① 8:30~17:00 ② 8:30~17:15 ③ 9:00~17:00
	土曜	9:00~18:00	休
	日曜・祝日	9:00~18:00	休
定休日	なし	土曜・日曜・祝祭日・12/29~1/3	

(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	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険 賠償責任に関する補償
	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	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険 賠償責任に関する補償
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> 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	1 あり	実施日	平成31年6月予定
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	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	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	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	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	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	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	1 あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 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	1 あり 2 なし 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	1 あり 2 <u>なし</u>
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	1 あり 2 <u>なし</u>
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	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 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	あり
不適合事項がある場合の内容	有料老人ホームの事業の用に供する土地及び建物については、有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他の有料老人ホームとしての利用を制限する恐れのある権利が存在しないこととしているが、本施設の土地建物には根抵当権が設定されている。

添付書類：別添1（別の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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションはーとらいふ桶川	桶川市坂田 80 番地の 8
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
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"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションはーとらいふ桶川	桶川市坂田 80 番地の 8
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

別添2 有料老人ホーム・サービスパッケージ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	
	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
介護サービス				
食事介助	なし	あり	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	
おむつ代	なし	あり	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり	
特浴介助	なし	あり	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	
機能訓練	なし	あり	あり	
通院介助	なし	あり	あり	
生活サービス				
居室清掃	なし	あり	あり	
リネン交換	なし	あり	あり	
日常の洗濯	なし	あり	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり	
おやつ	なし	あり	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	
買い物代行	なし	あり	あり	
役所手続き代行	なし	あり	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	
健康管理サービス				
定期健康診断	なし	あり	あり	
健康相談	なし	あり	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	
備考	自立者はケアコール等生活サポート費に含む 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 各自分で購入 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 週3回以上は1回につき1,620円 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 週3回以上は1回につき1,620円 自立者はケアコール等生活サポート費に含む ケアプランによる 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 協力医療機関以外は、30分につき1,080円＋交通費実費		自立者はケアコール等生活サポート費に含む 週3回以上は30分につき1,080円 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 週2回以上は30分につき1,080円 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 週3回以上は30分につき1,080円 外注クリーニングの場合には実費負担 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 各自分で購入 各自分で購入 訪問サービス有、利用料金は実費 自立者はケアコール等生活サポート費に含む 週2回以上（指定日・ホームが指定した区間以外）は30分につき1,080円＋交通費実費 1項目につき5,400円＋交通費実費 一カ月の運営管理費として	
料金※3				
5.4千円				
2,160円				
実費				

服薬支援 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	○	自立者はケアコール等生活サポート費を含む
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり		タクシーを利用
入退院時の同行 (協力医療機関 関)(上記以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり		30分につき1,080円+交通費実費
入院中の洗濯物交換・買い物(協 力医療機関 関)(上記以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり		30分につき1,080円+交通費実費
入院中の見舞い訪問(協力医療機 関)(上記以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり		30分につき1,080円+交通費実費

※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、月額の利用者負担に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に○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。
 ※4：上記以外にご本人様の要望によるサービスの必要場合は、費用の相談をさせていただきます。