

重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|------------------|
| 記入者名 | 柿本 英一 | 記入年月日 | 平成 26 年 11 月 1 日 |
| | | 所属・職名 | 専務取締役 |

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 | 営利企業 | |
| | 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ すくーるぱーるはにゅう 株式会社 スクールパール羽生 | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒348-0052 | 埼玉県羽生市東 6-3-10 | |
| | | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 048-561-7811 | |
| | FAX番号 | 048-563-0533 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | あり: | |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名 | 職名 | 柿本 広二 | |
| | 氏名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 昭和 54 年 9 月 14 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 | ヘルパーステーション ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| 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 | デイサービス ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| 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 | ショートステイ ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| 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 | | |
| 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 | 小規模多機能型居宅 介護 ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1792-1 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホーム ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1792-1 |
| 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 | ケアプランセンター ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーション ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| 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 ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| 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 | ショートステイ ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| 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 | | |
| 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 | 小規模多機能型居宅 介護 ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1792-1 |
| 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 ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1792-1 |
| 介護予防支援 | あり | なし | ケアプランセンター ルミエール | 埼玉県羽生市上岩瀬 1806 |
| <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) ゆうりょうろうじんほーむ るみえーる 有料老人ホーム ルミエール | |
| 施設の所在地 | 〒348-0044 | 埼玉県羽生市上岩瀬1806 |
| | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 048-580-7560 |
| | FAX番号 | 048-580-7560 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり: http://www.lumie-re.jp |
| 施設の開設年月日 | | 平成20年7月1日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | 職名 | 施設長 |
| | 氏名 | 柿本 英一 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 東武伊勢崎線 羽生駅より約2.3km タクシーまたは徒歩 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 : 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料支払い方法 : 月払い方式 介護保険 : 在宅サービス利用可 居室区分 : 全室 個室 | |
| 介護保険事業所番号 | | |
| 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 | | |
| 指定の年月日 | | |
| 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 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | |
| 訪問介護員2級 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 (時～ 時) | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
|------|--------------------|--------------------|
| 看護職員 | | |
| 介護職員 | | |

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 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| 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

※ 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 | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | |
| 訪問介護員2級 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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

資格等の名称

訪問介護員 2級

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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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

住み慣れた土地で、自然環境に恵まれたなかで、安楽に生活して頂く方針です。
羽生市在住の高齢者を優先的に受け入れます。また、羽生市在住の生活保護受給者も積極的に入居して頂きます。

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 | 医療法人 仁寿会 山田病院 医療法人社団 日新会 新井整形外科病院 埼玉医療生活共同組合 羽生総合病院 |
|-----------|---|

（協力の内容）地元の病院と提携を結ぶことにより、各課に受診の際の共有化の手立てをはじめ、緊急時の受入契約を結び、すばやい対応ができる関係構築しております。

| | | | |
|----------|----|----|--------------------|
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | その名称 ヒガシヤ増田歯科医院 |
|----------|----|----|--------------------|

（協力の内容）定期往診等の契約を結ぶことにより、治療をはじめ口腔衛生等の対応を随時行っております。

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

| |
|--|
| |
|--|

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 | | 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 | 生活全般の自立の方を対象とする。但し、要支援・要介護状態となった場合でも、引き続き入居することは可能です。 | | |
| 契約の解除の内容 | 契約書に掲げる | | |
| 体験入居の内容 | 1泊2日(3食) 2,000円 1週間以内 | | |
| 入居定員 | 1室1名 全10室 | | |
| 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 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | 2 | | | | | 2 |
| 75歳以上85歳未満 | 3 | | | | | 3 |
| 85歳以上 | | 1 | | | | 1 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 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 | | | 1 | | | 1 |
| 入居者の平均年齢 | 79.6歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 5名 | | 女性 | 2名 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | |

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 | | | | 2 |
| 医療機関 | 1 | | | | | 1 |
| 死亡者 | | | | | | |
| 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 | | 1 | | | | 1 |
| 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 | 2 | | 5 | | | |

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 | 10 | 23.28~29.74 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) | | 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 | 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 | | | | |
| 個室の便所の設置数 | 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 | | | 0 | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
| | | 10 | | 1 | |
| その他、浴室の設備に関する事項：車椅子対応便所及び特殊浴槽については、ショートステイ・デイサービスとの共用となります。 | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 食事の提供が必要となった場合は、居室及びデイサービス食堂にある、ホーム専用エリアにて食事利用ができます。 | | | | |
| 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・事務室・相談室・汚物処理室・機能訓練スペース | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | |
| (その内容) 前面バリアフリーとなっております。 | | | | | |
| 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 | 4671.84 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 | 準耐火構造 1階建 | | | | |
| 建物の延床面積 | 334.789 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 | |

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 | 苦情なんでも相談 | | |
| 電話番号 | 048-580-7560 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後18時 | |
| | 土曜 | 午前9時～午後18時 | |
| | 日曜・祝日 | 午前9時～午後18時 | |
| 定休日等 | 特になし | | |

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 | 埼玉県高齢者福祉課 | | |
| 電話番号 | 048-830-3235 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時30分～午後5時45分 | |
| | 土曜 | なし | |
| | 日曜・祝日 | なし | |
| 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"/> あり | (その内容) 介護保険・社会福祉事業総合保険 |
|----|-------------------------------------|---------------------------|

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"/> なし | あり | (その内容) 但し、埼玉県高齢者福祉課に事後報告し、その指導をうけ適正に対応します。 |
|-------------------------------------|----|--|

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 自立の方が対象なので基本的には無いが、将来、要支援・要介護状態になり、介護サービスが必要となった場合は、事業者と協議の上サービス内容を決定します。

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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況

| | | | | |
|----|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----|
| なし | <input checked="" type="radio"/> あり | 実施した年月日 | 随時 | |
| | | 当該結果の開示状況 | <input checked="" type="radio"/> なし | あり |

第三者による評価の実施状況

| | | | | |
|-------------------------------------|----|-------------|----|----|
| <input checked="" type="radio"/> 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

| | | | |
|---|---------------------|-----------------------|------------------------|
| 利用料の支払い方法 | 一時金方式 | 月払い方式 | 選択方式 |
| 敷金 | 105,000円 (家賃の 2ヶ月分) | | |
| 入居一時金 | なし | | |
| 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。 | |
| | 食費 | | |
| | 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現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 | | | | | | |
|---------------|----|----------|------|----------|------|---------|
| 要介護状態に応じた金額設定 | | | | | | |
| 料金プラン | | | | | | |
| プラン名称 | 月額 | (内訳) | | | | |
| | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 高熱水費 | 管理費 |
| | | 52,500 円 | — | 47,250 円 | 実費 | 2,100 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 | 本契約により利用者が居室を利用するにあたり、月ごとにかかる利用料金 |
| | 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 | 原則として食事の提供は致しませんが、希望により朝食 420 円・昼食 525 円・夕食 630 円にて提供致します。(1ヶ月 30 日計算で算出) |
| | 光熱水費 | 使用量のみ徴収致します。 |
| | 管理費 | 共用施設の維持管理費及び水道光熱費 |

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 | 別紙サービス一覧表の通りとします。 | |

| | |
|---------------------------------|--|
| 料金改定の手続 | |
| 事前に懇談会を開き、料金改定の旨を伝え、了解後に改定致します。 | |

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) 夜間想定での避難訓練の実施 次回以降の避難訓練にて、夜間の時間を想定した訓練を企画・実施する予定。 | | |

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。



介護サービス等の一覧表

| 介護サービス | 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 |
|--|--|--|--|---|
| 食事介助 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助（移動・着替え等） 身辺介助（協力医療機関） 機能訓練（協力医療機関以外） 通院介助（協力医療機関以外） | なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり | 基本的には実施しません。 |
| 生活サービス 居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下善 入居者の嗜好に応じた特別な食事 買い物代行（通常の利用区域） 買い物代行（上記以外の区域） 役所手続き代行 金銭・貯金管理 | なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり | |
| 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） | なし あり あり あり あり | なし あり あり あり あり | なし あり あり あり あり | 健康診断実施の情報提供しませす。(年2回) 検査費用は自己負担。付き添いが必要な場合は、付き添い費用として別途5,250円頂きます。 1,575円/30分 1,575円/30分 |



| | | | | | | | | | |
|--------------------|--|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------|
| 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 | なし | あり |
| 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 | なし | あり |
| 入退院時の同行 (協力医療機関以外) | | なし | あり | 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 | 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 | なし | あり |
| | | | | | | | | | 羽生市内及び羽生市近隣のみ |
| | | | | | | | | | 羽生市内 1回 1,575円 |
| | | | | | | | | | 羽生市近隣 (加須市・行田市) 1回 1,575円 |
| | | | | | | | | | 1回 5,250円 |
| | | | | | | | | | 羽生市及び羽生市近隣 |
| | | | | | | | | | (加須市・行田市) 1回 5,250円 |
| | | | | | | | | | 1回 1,575円 (羽生市近隣に限る) |
| | | | | | | | | | 1回 1,050円 |

