様式１

**有料老人ホーム き楽な里**

**重　要　事　項　説　明　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 記入年月日 | 年　　月　　日 |
| 記入者名 |  | 所属・職名 |  |

**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 |  |
| 名称 | (ふりがな)  かぶしきがいしゃ　えむあしすと  株式会社　　　エムアシスト | | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒923-0966 | 石川県小松市串茶屋町上野87番地1 | | |
|  |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | ０７６１－４３－２７１３ | | |
| ＦＡＸ番号 | ０７６１－４３－２７２８ | | |
| ホームページアドレス | なし | | |
| あり：http://www.kirakuna-sato.co.jp/ | | |
| 事業主体の代表者の  氏名及び職名 | | 氏名 | 道場　義継 | | |
| 職名 | 代表取締役 | | |
| 事業主体の設立年月日 | | 平成24年　6月26日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | あり | なし | ﾍﾙﾊﾟｰｽﾃｰｼｮﾝき楽な里 | 小松市串茶屋町上野87-1 |
| 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 き楽な里 | 小松市串茶屋町上野87-1 |
| 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 |  |  |
| 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＞ | | | | | |
|  | 第１号訪問事業(介護予防) | あり | なし | ﾍﾙﾊﾟｰｽﾃｰｼｮﾝき楽な里 | 小松市串茶屋町上野87-1 |
| 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 |  |  |
| 第１号通所事業(介護予防) | あり | なし | デイサービス き楽な里 | 小松市串茶屋町上野87-1 |
| 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 |  |  |
| 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）　きらくなさと  き楽な里 | | | | |
| 施設の所在地 | | 〒923-0966 | | | 石川県小松市串茶屋町上野87番地1 | |
|  | | |
| 施設の連絡先 | | 電話番号 | | | ０７６１－４３－２７１３ | |
| ＦＡＸ番号 | | | ０７６１－４３－２７２８ | |
| ホームページアドレス | | | なし | |
| あり：http://www.kirakuna-sato.co.jp/ | |
| 施設の開設年月日 | | | | | | 平成27年 3月 16日 | |
| 施設の管理者の氏名  及び職名 | | | 氏名 | | | 成川　元信 | |
| 職名 | | | 施設長 | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | | | | | |
|  | | ＪＲ小松駅から自動車で約１５分、北陸鉄道バス今江町未生停留所から徒歩約５分 | | | | | |
| 施設の類型及び表示事項 | | | | 住宅型有料老人ホーム | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | ・特定施設入居者生活介護 | | | 実施せず |
| ・介護予防特定施設入居者生活介護 | | |
| 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　　年　　月　　日 | | |
| 指定の年月日 | | | | 平成　　年　　月　　日 | | |
| 指定の更新年月日 | | | | 平成　　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 | | 0.4 |
| 生活相談員 | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 看護職員 | |  | ２ |  | |  | | | ２ | | 0.5 |
| 介護職員 | |  | ６ |  | | １ | | | ７ | | 2.8 |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 計画作成担当者 | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 栄養士 | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 調理員 | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 事務員 | |  | ２ |  | |  | | | ２ | | 0.9 |
| その他の従業者 | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 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 | |  | | ４ | |  | | | １ | |
| 介護職員基礎研修 | |  | |  | |  | | |  | |
|  | 訪問介護員１級 | |  | |  | |  | | |  | |
|  | 訪問介護員２級 | |  | | ２ | |  | | |  | |
|  | 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  （１９時～　９時） | | | | | 最小時人数  （休憩者等を除く） | | | |
| 看護職員 | | | |  | | | | |  | | | |
| 介護職員 | | | | １ | | | | | １ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | | | 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 | |  | |  | |  | |  | |
| 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 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | ：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 | |  |  | | １ |  |  | |  |
| 前年度１年間の退職者数 | |  |  | | １ | 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 |  |  | |  |  |  | |  |
| 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 | １ |  | |  |
| １０年以上の者の数 |  |  | |  |  |  | |  |
|  | | 機能訓練指導員 | | | | 計画作成担当者 | | | |
| 常勤 | | 非常勤 | | 常勤 | | 非常勤 | |
| 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 | | | | | | | | | |
|  | （事業の目的及び運営の方針）  ○ 利用者様の楽しく明るく生きる願いを尊重し思いやりあるサービスを提供します  ○ アットホームで、満足いただけるサービスを提供します  ○ 絆を大切にチームワークで、地域社会と交流を深めます  ○ 安全・安心のサービスを目指します  ○ 信頼されるサービスを目指して日々研鑽に努めます | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 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 | | | | 医療法人社団東野会　東野病院 | | | | |
|  | | （協力の内容）　　所在地　：小松市今江町７丁目468番地  　　　　　診療科目：内科、整形外科、外科、眼科、その他  　協力内容：急変対応、緊急対応、入院の受入 | | | | | | |
| 協力歯科医療機関 | | | | なし | あり | その名称：馬場歯科医院 | | |
|  | | （協力の内容）　　所在地　：小松市串町北315  診療科目：歯科  協力内容：歯科の健康管理、緊急対応、重症化対応、その他 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
|  | | 一般居室 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 入居後に居室を住み替える場合 | | | | | | |
|  | 一時介護室へ移る場合（全室個室のため、一時介護室への住み替えは無い） | | | | | |
|  | 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 | | | | |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | | | | |
| 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)　 入居後の居室の住み替えは、通常ありませんが、事業者並びに入居者が協議し、双方合意した場合（入居契約書　第42条該当）に、個別に対応させていただきます。 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 原則として65歳以上の方。 | | | | |
| 契約の解除の内容 | | | | | | | | 入居契約書によります。 | | | | |
| 体験入居の内容 | | | | | | | | 空室のある場合に体験入居ができます。下記の短期入所と同じ内容です。 | | | | |
| 入居定員 | | | | | | | | 32名（短期利用を含む） | | | | |
| その他  　短期利用サービスについて | | | | | | | | 空室又は長期にわたり入居者が不在となる場合の居室（その居室の利用について当該入居者及びご家族の同意が得られる場合に限る）（以下「空室等」といいます。）を利用して、以下のように「短期利用サービス」を提供します。当ホームへの入居を前提とした体験入居を希望される場合も、これと同じ取扱とします。  ①定員：特に定めません（短期利用の申込時点で、空室等がある場合のみ利用可能）。  ②利用期間：　原則として３０日以内。  ③サービス ： 原則として、通常の利用者と同じです。  ④利用料金：　短期利用サービスの利用料は「短期利用契約書」に示すとおりです。  ⑤入居者が長期に不在となる居室を利用する場合の取扱：  その居室を短期利用に使用することに同意した入居者は、同意書をホームに提出します。また、その期間の日数分について、日割り計算した「家賃相当額」の負担を免れます （負担軽減分は、１ｹ月ごとに計算して翌月の請求時に精算します）。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | １ | |  | |  | |  | | ３ |
| ７５歳以上８５歳未満 | | １ | | ４ | | １ | |  | |  | | ６ |
| ８５歳以上 | | ５ | | ７ | | ３ | | ２ | |  | | １７ |
|  | | 自立 | | 要支援１ | | 要支援２ | |  | | | | 合計 |
| ６５歳未満 | |  | |  | |  | |  | | | |  |
| ６５歳以上７５歳未満 | | １ | |  | |  | |  | | | | １ |
| ７５歳以上８５歳未満 | |  | | １ | | １ | |  | | | | ２ |
| ８５歳以上 | |  | |  | | ３ | |  | | | | ３ |
| 入居者の平均年齢 | | | ８６才 | | | | | | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | | | 男性 | | １２ | | | | 女性 | | ２０ | | |
| 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 | | ２ | | １ | |  | |  | |  | | ３ |
| 社会福祉施設 | |  | |  | | ３ | | ２ | | ２ | | ７ |
| 医療機関 | | ２ | | １ | | ２ | |  | | １ | | ６ |
| 死亡者 | |  | | １ | |  | |  | |  | | １ |
| その他 | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | 自立 | | 要支援１ | | 要支援２ | |  | | | | 合計 |
| 自宅等 | |  | |  | | １ | |  | | | | １ |
| 社会福祉施設 | |  | |  | |  | |  | | | |  |
| 医療機関 | |  | | １ | | １ | |  | | | | ２ |
| 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 | １１ | | １ | | １７ | | ３ | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 32 | | | | 32 | | | 15.00～15.75 ㎡ | | | | | | |
| 一般居室相部屋 | | | | あり | | | なし | |  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
|  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
|  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
| 介護居室個室 | | | | あり | | | なし | |  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
| 介護居室相部屋 | | | | あり | | | なし | |  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
|  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
|  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
| 一時介護室 | | | | あり | | | なし | |  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
|  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
|  | | | |  | | | ㎡ | | | | | | |
| 共用便所の設置数 | | | | | | ６箇所 | | | | うち男女別の対応が可能な数 | | | | | | | | | | | | １箇所 | | | | | | |
| うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | | | | | | | | | ５箇所 | | | | | | |
| 個室の便所の  設置数 | | | | | | ３２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 | | | | | | | | | | | | ３２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 | | |
| 0箇所 | | | | １箇所 | | | | | | | １箇所 | | | | | ０箇所 | | |
|  | その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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) 相談室、洗濯室、機能訓練室、ラウンジ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | （その内容）① 手摺：　　　浴室、便所、廊下両側に設置  ② 共用便所：　車椅子対応型便座の設置  ③ 出入口：　　入居者が利用する出入口は幅８０ｃｍ以上を確保  ④ エレベーター：車椅子対応型  ⑤ 床段差：　　建物内及びバルコニー、屋上出入口は段差３ｍｍ以内  ⑥ 駐車場：　　車椅子使0用者専用区画設置 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | １，６８６．６２㎡ | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 賃借（借地） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | なし | | | | | | あり | | 契約期間 | | | | | | 始 | | H27.1.1 | | | | | 終 | | H57.12.31 | | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | 鉄骨造２階建 | | | | | | | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | | | | | | | | | | | | | １，５３２．４６㎡ | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 賃借（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 | | | | | | | | 苦情受付担当者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | （０７６１）４３　－２７１３ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対応している時間 | | | | | | | | 平日 | | 午前９：００～午後５：００ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 土曜 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日曜・祝日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 定休日等 | | | | | | | 土曜・日曜・祝日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 石川県福祉サービス運営適正化委員会 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | （０７６）２３４－２５５６ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対応している時間 | | | | | | | | 平日 | | | 午前　９：００　～午後　５：００ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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こと | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | なし | | | | 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) サービスの提供にあたって、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、直ちに必要な措置を講じ、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して必要な損害賠償を行います。ただし、入居者の自己責任による転倒等、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減じることや損害賠償の対象外となる場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | あり | | | | 実施した年月日 | | | | | | | | | 平成27年3月16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 | | | | | | | | 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 | | | | | | | あり | | | | |

**５．利用料金**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用料の支払い方式 | | | | | | | | | 一時金方式 | | | | | | | | | | 月払い方式 | | | | | | | | | | | 選択方式 | | | | | |
| 敷金 | | | | | | | | | １５０，０００円（家賃の約３ヶ月分）  （ただし、短期利用の場合は敷金不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | なし | | | | あり | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | 月額 | | | | | （内訳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | 家　賃  相当額 | | | | | | 介護費用 | | | 食費 | | | | | | 共益費 | | | 生活支援サービス費 | |
| 普通居室月額利用料金 | | | | | | | 132,000 | | | | | 47,000 | | | | | |  | | | 48,000 | | | | | | 22,000 | | | 15,000 | |
| 短期利用基本サービス費(日額)  ※１泊２日～ | | | | | | | 9,742  ※右の合計 | | | | | 5,028  16:00～翌日9:00 | | | | | |  | | | 970  (朝食、夕食) | | | | | | 1,944 | | | 1,800 | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | ※光熱水費含む | | |  | |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  ※短期利用の昼食代は､デイサービスの利用料金から請求されますが、デイサービスを利用されない場合は、上記に加算されます。  ※家賃及び共益費は非課税、その他の費用には上記の金額に別途消費税が加算されます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 算定根拠 | | 家賃相当額 | | | | | 施設建物整備費総額(設計監理費、設備備品含)の償却コスト等から算出 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | １日３食(朝食:340円、昼食:630円、夕食:630円)  ※お一人様　1,600円×日数（短期利用を除く） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共益費 | | | | | 水道光熱費等一般事務費、入居者用新聞購読料、施設・施設内設備など共用部の設置及び保守管理費等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活支援  サービス費 | | | | | フロントサービス、見守り、安否確認、緊急対応、簡単な修理、簡易な相談対応、リクリエーション、サークル活動（材料費を除く）、その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 実費算定（別添「介護サービス等の一覧表」に記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 料金改定の手続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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。

別添

介護サービス等の一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 通所介護又は訪問介護に係る介護保険サービスの利用 | | 介護保険外で、別途利用料を徴収した上で実施するサービス | | 備　考  （金額は消費税別表示） |
| 介護サービス | | | | | | |
|  | 食事介助 | なし | あり | なし | あり | 300円/回 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | 500円/回 |
| おむつ代等 | なし | あり | なし | あり | 実費  ・紙ｵﾑﾂ　100円/枚～  ・紙ﾊﾟﾝﾂ　100円/枚～  ・尿ﾊﾟｯﾄﾞ 50円/枚～ |
| 入浴  （一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | 9:00～16:00までご利用できます。(介護保険ｻｰﾋﾞｽを利用できない場合)  300円/回 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  |
| 入浴利用料 | なし | あり | なし | あり | 9:00～16:00までご利用できます(300円/回)。※介護保険ｻｰﾋﾞｽを利用できない場合 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | 汚染等があった場合の更衣  ・全身更衣 200円/回  ・半身更衣 100円/回 |
| 機能訓練 | 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 | 協力医療機関は無料 |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | 1,000円/時間 |
| 生活サービス | | | | | | |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | 基本ｻｰﾋﾞｽで週１回清掃  汚染等があった場合、10～20分未満で清掃(200円/回) |
| 寝具リース料 | なし | あり | なし | あり | 100円/日（掛布団、ﾍﾞｯﾄﾞﾊﾟｯﾄﾞ、枕、掛ｼｰﾂ、ｼｰﾂ、枕ｶﾊﾞｰ）  ※その他ご希望により  毛布1枚600円/月  ﾗﾊﾞｰ 100円/枚  ※退去時には、寝具ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ費がかかります。 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | 基本ｻｰﾋﾞｽで週１回交換  汚染等があった場合  ・枕ｶﾊﾞｰ　 　500円/回  ・ラバー　 　500円/回  ・掛ｼｰﾂ 1,000円/回  ・シーツ　 1,000円/回  ・上下ｼｰﾂ 1,500円/回 |
| 日常の洗濯(衣類等ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ) | なし | あり | なし | あり | 300円/回 |
| 洗濯機使用料 | なし | あり | なし | あり | 1,000円/月  ※ご自分で利用できる方 |
| 寝具クリーニング | なし | あり | なし | あり | ・掛布団　 2,000円/回  ・肌布団　 1,400円/回  ・枕　 　600円/回  ・ﾍﾞｯﾄﾞﾊﾟｯﾄﾞ 1,000円/回  ・ﾍﾞｯﾄﾞﾏｯﾄ 3,500円/回 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | 特に必要な場合実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | 実費 |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | 昼食代に含む |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | 実費（外部委託） |
| 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | なし | あり | 1,000円/時間 |
| 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり |  |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | 1,000円/時間 |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | 1,000円/月 |
| ﾄｲﾚｯﾄﾍﾟｰﾊﾟｰ等 | なし | あり | なし | あり | 実費  ・ﾄｲﾚｯﾄﾍﾟｰﾊﾟｰ 50円/個～  ・ﾃｨｯｼｭﾍﾟｰﾊﾟｰ 50円/個～ |
| 同室宿泊料金 | なし | あり | なし | あり | 2,000円/泊  ※来訪者が入居者の同室に宿泊する場合(簡易ﾍﾞｯﾄﾞ貸し出し付き) |
| 駐車場使用料 | なし | あり | なし | あり | 3,000円/台/月  ※施設の駐車場を月極で使用する場合 |
| 健康管理サービス | | | | | | |
|  | 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | 検診機会の提供 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | 外部専門家を紹介 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり |  |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | 50円/日 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | 健康管理は基本ｻｰﾋﾞｽで実施 |
| 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 |  |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | 無料 |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | 1,000円/時間 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり |  |
| 入院時の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり |  |