

重要事項説明書  
(住宅型有料老人ホーム)

株式会社ライフパートナー  
リーブル岸和田



## 重要事項説明書

|      |       |       |                 |
|------|-------|-------|-----------------|
|      |       | 記入年月日 | 平成 27 年 8 月 1 日 |
| 記入者名 | 大川 智徳 | 所属・職名 | リーブル岸和田 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                                | 株式会社                     |                                                                             |
|                                 | (フリガナ) ライフパートナー<br>ライフパートナー          |                          |                                                                             |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒596-0808<br>大阪府岸和田市三田町 57-1         |                          |                                                                             |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                                 | 072-445-6490             |                                                                             |
|                                 | F A X 番号                             | 072-445-6290             |                                                                             |
|                                 | ホームページアドレス<br>(ありの場合はアドレスを記入してください。) | なし                       |                                                                             |
|                                 |                                      | あり                       | <a href="http://www.e-lifepartner.co.jp">http://www.e-lifepartner.co.jp</a> |
|                                 | 電子メールアドレス<br>(ありの場合はアドレスを記入してください。)  | なし                       |                                                                             |
|                                 | あり                                   | info@e-lifepartner.co.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                                   | 和田 嘉治                    |                                                                             |
| 事業主体の設立年月日                      | 昭和 48 年 7 月 23 日                     |                          |                                                                             |

| 事業主体が大阪府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                                                                                               |
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>     |    |    |                                                                                        |                                                                                                   |
| 訪問介護                      | あり | なし | リーブル介護センター泉大津<br>リーブル介護センター岸和田                                                         | 泉大津市条南町4番12号<br>岸和田市土生町2丁目29番12号                                                                  |
| 訪問入浴介護                    | あり | なし |                                                                                        |                                                                                                   |
| 訪問看護                      | あり | なし | リーブル訪問看護ステーション                                                                         | 岸和田市土生町2丁目29番12号                                                                                  |
| 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 | リーブル訪問看護ステーション                                                                         | 岸和田市土生町2丁目29番12号                                                                                  |
| 通所介護                      | あり | なし | リーブルデイサービス岸和田<br>アムルデイサービス岸和田                                                          | 岸和田市土生町2丁目29番12号<br>岸和田市池尻町686-7                                                                  |
| 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 |                                                                                        |                                                                                                   |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>  |    |    |                                                                                        |                                                                                                   |
| 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 | 小規模多機能ホーム<br>アムル高石<br>小規模多機能ホーム<br>アムル忠岡                                               | 高石市加茂2-7-8<br>泉北郡忠岡町忠岡中<br>1-5-26                                                                 |
| 認知症対応型共同生活介護              | あり | なし | グループホームアムル高石<br>グループホームアムル忠岡<br>グループホームアムル平野<br>グループホームアムル忠岡アネ<br>ックス<br>グループホームアムル岸和田 | 高石市加茂2-6-6<br>泉北郡忠岡町忠岡東<br>2-15-38<br>大阪市平野区背戸口<br>1-12-10<br>泉北郡忠岡町忠岡中<br>1-5-26<br>岸和田市池尻町686-7 |
| 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 | リーブル介護センター泉大津                                                                          | 泉大津市条南町4番12号                                                                                      |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b> |    |    |                                                                                        |                                                                                                   |
| 介護予防訪問介護                  | あり | なし | リーブル介護センター泉大津<br>リーブル介護センター岸和田                                                         | 泉大津市条南町4番12号<br>岸和田市土生町2丁目29番12号                                                                  |
| 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 | リーブル訪問看護ステーション                                                                         | 岸和田市土生町2丁目29番12号                                                                                  |
| 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 | リーブル訪問看護ステーション                                                                         | 岸和田市土生町2丁目29番12号                                                                                  |
| 介護予防通所介護                  | あり | なし | リーブルデイサービス岸和田<br>アムルデイサービス岸和田                                                          | 岸和田市土生町2丁目29番12号<br>岸和田市池尻町686-7                                                                  |
| 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 | 小規模多機能ホーム<br>アムール高石<br>小規模多機能ホーム<br>アムール忠岡                                                  | 高石市加茂 2-7-8<br>泉北郡忠岡町忠岡中<br>1-5-26                                                                  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホームアムール高石<br>グループホームアムール忠岡<br>グループホームアムール平野<br>グループホームアムール忠岡アネ<br>ックス<br>グループホームアムール岸和田 | 高石市加茂 2-6-6<br>泉北郡忠岡町忠岡東<br>2-15-38<br>大阪市平野区背戸口<br>1-12-10<br>泉北郡忠岡町忠岡中<br>1-5-26<br>岸和田市池尻町 686-7 |
| 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                                                                 | (フリガナ) リーブルキシワダ<br><b>リーブル岸和田</b>          |                                                                                              |
| 施設の所在地                                                                | 〒595-0016<br>大阪府岸和田市土生町2丁目29番12号           |                                                                                              |
| 施設の連絡先                                                                | 電話番号                                       | 072-437-4300                                                                                 |
|                                                                       | FAX番号                                      | 072-437-4310                                                                                 |
|                                                                       | ホームページアドレス<br>(ありの場合はアドレスを記入してください。)       | なし<br>あり<br><a href="http://www.e-lifepartner.co.jp">http://www.e-lifepartner.co.jp</a>      |
|                                                                       | 電子メールアドレス<br>(ありの場合はアドレスを記入してください。)        | なし<br>あり<br><a href="mailto:kishiwada@e-lifepartner.co.jp">kishiwada@e-lifepartner.co.jp</a> |
|                                                                       | 施設の開設年月日                                   | 平成22年 1月 6日                                                                                  |
| 施設の管理者の職名及び氏名                                                         | 職名                                         | 施設長                                                                                          |
|                                                                       | 氏名                                         | 大川 智徳                                                                                        |
| 施設までの主な利用交通手段※                                                        |                                            |                                                                                              |
| JR 阪和線東岸和田駅徒歩5分                                                       |                                            |                                                                                              |
| 施設の類型及び表示事項                                                           | 類型：住宅型有料老人ホーム<br>表示事項：利用権方式、在宅サービス利用可、全室個室 |                                                                                              |
| 介護保険事業所番号                                                             | 対象外                                        |                                                                                              |
| 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                                                              |                                            |                                                                                              |

※ 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80メートル以下の距離で換算すること。

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<br>人 数   |
|                                                                                                 | 専従                 | 非専従 | 専従                 | 非専従 |    |               |
| 施設長                                                                                             | 1                  |     |                    |     | 1  |               |
| 生活相談員                                                                                           |                    | 1   |                    |     | 1  | 1<br>(施設長が兼務) |
| 看護職員                                                                                            |                    | 2   |                    | 4   | 7  | 3.5           |
| 介護職員                                                                                            |                    | 11  |                    | 16  | 27 | 17.0          |
| 機能訓練指導員                                                                                         |                    |     |                    |     |    |               |
| 計画作成担当者                                                                                         |                    |     |                    |     |    |               |
| 栄養士                                                                                             |                    |     |                    |     |    |               |
| 調理員                                                                                             | 1                  | 1   | 8                  |     | 8  | 5.0           |
| 事務員                                                                                             | 2                  |     |                    |     | 3  | 1.0           |
| 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                                                                                           |                    |     | 6                  |     | 9  |               |
| 実務者研修                                                                                           |                    |     |                    |     |    |               |
| 介護職員初任者研修                                                                                       |                    |     | 5                  |     | 7  |               |
| 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<br>( 時～ 時) |     | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |     |    |               |
| 看護職員                                                                                            |                    |     |                    |     |    |               |
| 介護職員                                                                                            | 20時～ 7時            |     | 2                  |     |    |               |

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<br>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     |    |     |     |     |
| 実務者研修     |    |     |     |     |
| 介護職員初任者研修 |    |     |     |     |
| 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

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

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    | 1       | 2   | 1       | 3   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    | 1       | 3   | 3       | 7   |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         | 2   | 1       | 3   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         | 2   | 3       | 8   | 1     |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  | 1       |     | 4       | 3   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1       |     | 3       | 2   |       |     |
| 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 |       |     |
| 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                                                                                                                          |                                                                                                                                     |            |
| <p>ご入居者、ご家族ともに安心して暮らせるようにサービス面・ハード面でも安心を提供する。<br/>         また家庭的で明るい雰囲気をコンセプトに入居者が心からゆとりを感じ、その人らしく第二の人生も生き活きと前向きに生活できる住環境作りを目指す。</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         |
| 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（又は嘱託医）の概要及び協力内容                                                                                                               |                                                                                                                                     |            |
| 名称                                                                                                                                   | 岡森医院                                                                                                                                |            |
| 診療科目                                                                                                                                 | 内科、リハビリテーション科、消化器内科                                                                                                                 |            |
| 所在地                                                                                                                                  | 大阪府岸和田市土生町2-30-16                                                                                                                   |            |
| 距離及び所要時間                                                                                                                             | 約200m 徒歩3分                                                                                                                          |            |
| 協力内容                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームの利用者に対し、依頼があるとき診察や必要な医療を提供する。</li> <li>・ホームの利用者が高齢者であることを考慮し、速やかに診察を行うよう配慮する。</li> </ul> |            |
| 協力歯科医療機関                                                                                                                             | なし                                                                                                                                  | あり<br>その名称 |
| (協力の内容)                                                                                                                              |                                                                                                                                     |            |
| 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                                                                                                                         |                                                                                                                                     |            |
| 住替えが必要と判断した場合に、本人又は本人の身元引受人の同意をいただいております。                                                                                            |                                                                                                                                     |            |

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)  
利用者の希望により、生活相談員と相談の上、調整を行う。

|          |    |    |
|----------|----|----|
| 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)  
介護居室への住替えはありません

|          |    |    |
|----------|----|----|
| 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）<br>他の入居者と共同生活を行う上で、住み替えが必要と判断した場合に、本人又は本人の身元引受人の同意書をいただいでから行います。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
| 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                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
| 入居者の条件<br>（年齢、心身の状況等）                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
| 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 |
| 身元引受人等の条件及び義務                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
| 留意事項                                                                    | 共同生活が可能の方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
| 施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等                                             | <p>（入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、入居一時金の返還時期等を正確に記入）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 設置者の事前の承認なくして、契約違反行為を行ったとき</li> <li>・ 設置者に対して通知をせず、1ヶ月以上にわたり、居室を利用しないとき</li> <li>・ 長期の不在により、この契約を継続する意志がないと設置者が認めたとき</li> <li>・ 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居しようとし、又は入居したとき</li> <li>・ 入居可能日までに、敷金の全額を払わなかったとき</li> <li>・ 管理費その他、設置者に支払うべき費用を、2カ月分以上滞納したとき</li> <li>・ 建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</li> <li>・ 共同生活の秩序を乱す行為があったとき</li> </ul> |    |    |
| 体験入居の内容・期間・費用負担等                                                        | <p>【サービス】<br/>介護サービス・食事サービス・入浴サービス・宿泊サービス・生活相談及び助言<br/>1～7泊まで可</p> <p>【費用】<br/>7,560円／（1泊2日3食付）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |

|      |     |
|------|-----|
| 入居定員 | 55名 |
| 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         | 1                           | 1     | 1     |       |       | 3  |
| 75 歳以上 85 歳未満         | 3                           | 6     | 1     |       | 4     | 14 |
| 85 歳以上                | 4                           | 6     | 7     | 8     | 4     | 30 |
|                       | 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         |                             | 2     |       |       |       | 2  |
| 85 歳以上                |                             | 1     |       | 1     |       | 2  |
| 入居者の男女別人数             | 男性                          | 16    |       | 女性    | 35    |    |
| 入居者の平均年齢              | 85.6 歳（男性 85.1 歳、女性 85.9 歳） |       |       |       |       |    |
| 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    |       | 2     |       |       |       | 2  |
| 社会福祉施設 |       |       |       |       |       |    |
| 医療機関   |       |       | 1     |       |       | 1  |
| 死亡者    |       |       | 2     | 1     | 3     | 6  |
| 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   |       |       |       |       |       |    |
| 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<br>1 年未満 | 1 年以上<br>5 年未満 | 5 年以上<br>10 年未満 | 10 年以上<br>15 年未満 | 15 年以上 |
|------|--------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|--------|
| 入居者数 | 3      | 10              | 36             | 2               |                  |        |

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 |                 |        | あり               | なし            |
| 居室、一時介護室の状況     | 区分                       |                 | 室数     | 人数               | 1の居室の床面積      |
|                 | 一般居室個室                   | あり              | なし     |                  | 18.06㎡～23.52㎡ |
|                 | 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        | 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           |                 |        | 4                |               |
| 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           |                 |        |                  |               |
| 浴室の設備状況         |                          | 個浴              | 大浴槽    | 特殊浴槽             | リフト浴          |
|                 | 浴室の数                     | 3               | 1      | 2                | 0             |
|                 | 設置階                      | 1、2、3階          | 4階     | 2、3階             |               |
|                 | 浴室面積                     | 4.62㎡～<br>8.56㎡ | 12.76㎡ | 6.49㎡～<br>12.76㎡ | ㎡             |
| その他、浴室の設備に関する事項 |                          |                 |        |                  |               |

その他、共用施設・設備の概要（設置箇所、面積、設備の整備状況等）

|                      |                                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------|
| 共同生活室<br>(ユニットケアの場合) |                                                         |
| 食堂の設備状況              | 設置階 1階、2階、3階、4階 (23.26㎡～46.41㎡)<br>入居者等が調理を行う設備状況 あり・なし |
| 洗面設備                 | 設置箇所 全食堂、全居室                                            |
| 医務室(健康管理室)           | 設置階 1階 (10.18㎡)                                         |
| 談話室                  | 設置階 食堂と兼ねる (23.26㎡～46.41㎡)                              |
| 応接室/面談室              | 設置階 1階 (6.17㎡)                                          |
| 事務室                  | 設置階 1階                                                  |
| 宿直室                  | 設置階 なし                                                  |
| 洗濯室                  | 設置階 2階、3階、4階 (5.90㎡～8.26㎡)                              |
| 汚物処理室                | 設置階 1階、2階、3階、4階                                         |
| 看護・介護職員室             | 設置階 2階、3階                                               |
| 機能訓練室                | 設置階 なし (㎡)<br>他の共用施設との兼用 あり・なし ( )                      |
| 健康・生きがい施設            | 設置階 なし (㎡)                                              |
| 外来者宿泊室               | 設置階 なし (㎡)                                              |
| エレベーター               | 1基 (うち標準仕様のストレッチャー搬入可 1基)                               |
| スプリンクラー              | 設置箇所 全室、廊下                                              |
| 居室のある区域の廊下幅          | 両手すり設置後の有効幅員 (1.60m ～ 1.80m)                            |

バリアフリーの対応状況（その内容）

居室内、段差なし。便所、浴室、廊下等の手摺設置

緊急通報装置等の種類及び設置箇所

全居室内にあり

安否確認の方法・頻度等

2時間毎巡回

|             |    |      |         |
|-------------|----|------|---------|
| 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         | 863.05m <sup>2</sup> |      |    |
| 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22年1月6日 | 終  | 平成52年1月5日 |
| 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             |      |    |
| 建物の延床面積       | 2083.01m <sup>2</sup> |      |    |
| 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22年1月6日 | 終  | 平成52年1月5日 |
| 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    | リーブル岸和田 相談窓口 |         |             |
| 電話番号     | 072-437-4300 |         |             |
| 対応している時間 | 平日           | 8 : 3 0 | ～ 1 7 : 3 0 |
|          | 土曜           | 8 : 3 0 | ～ 1 7 : 3 0 |
|          | 日曜・祝日        | 8 : 3 0 | ～ 1 7 : 3 0 |
| 定休日等     | 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    | 株式会社ライフパートナー 本社 |         |             |
| 電話番号     | 072-445-6490    |         |             |
| 対応している時間 | 平日              | 8 : 3 0 | ～ 1 7 : 3 0 |
|          | 土曜              | なし      |             |
|          | 日曜・祝日           | なし      |             |
| 定休日等     | 土・日曜日、祝日、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 | あり | (その内容)<br>民間損害保険会社の施設賠償責任保険 |
|----|----|-----------------------------|

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事

|    |    |        |
|----|----|--------|
| 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) JR 阪和線東岸和田駅徒歩圏内で近隣に医療タウン・スーパーがあるという好立地条件で入居一時金なし・月額利用料の低価格を実現しました。

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

|                                                |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |      |    |      |
|------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|----|------|
| 利用料の支払い方法                                      | 一時金方式        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 月払い方式    | 選択方式 |    |      |
| 敷金                                             | なし・あり (      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 円、家賃相当額の | か月分) |    |      |
| 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 |
|                                                |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |      |    |      |
|                                                |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |      |    |      |
| ※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        | 39,000円～70,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |      |    |      |
|                                                | 介護費用         | ※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>食事介助(食堂)1回 540円 食事介助(居室)1回 864円 排泄介助1回 324円<br>部分清拭1回 648円 全身清拭1回 1,080円 見守り入浴1回 864円<br>シャワー浴介助1回 1,080円 一般浴介助1回 1,620円<br>特浴介助1回 2,160円 洗髪1回 864円 体位変換1回 216円<br>居室からの移動1回 324円 衣類の着脱1回 324円<br>起床・就寝介助1回 648円 通院介助1時間 1,620円 居室清掃1回 1,620円<br>日常の洗濯1回 1,620円 居室配膳・下膳1回 108円<br>治療食・介護食 月 19,440円 理美容・買い物付添1時間 1,620円<br>金銭管理 月 3,240円 服薬支援 月 5,400円 買い物代行1回 1,620円<br>役所手続代行1回 2,160円 入退院の付添1回 3,240円 |          |      |    |      |
|                                                | 食費           | 朝食 324円 昼食 648円 夕食 648円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |      |    |      |
|                                                | 光熱水費         | 使用量に応じた電気代                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |      |    |      |
|                                                | 管理費          | 11,340円～32,400円<br>巡回サービス・緊急時ナースコール対応サービス・食事サービス(配膳・下膳)<br>健康管理サービス(健康相談・生活相談・栄養指導)・フロントサービス(郵便・小包・新聞の取次ぎなど)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |      |    |      |
|                                                | 一時金          | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |      |    |      |
|                                                | 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                           |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |      |    |      |
| 返還の対象とならない額の有無                                 | なし・あり        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |      |    |      |
| 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 | 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                     |                        |    |

料金改定の手続

|                                           |    |    |
|-------------------------------------------|----|----|
|                                           |    |    |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な費用                      | なし | あり |
| （「あり」の場合、その内容及び金額または算定根拠）<br>敷金 180,000 円 |    |    |

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) |    |               |    |     |
| 入居希望者等への情報開示                       |        |    |               |    |     |
| 重要事項説明書の公開                         | 1      | 公開 | ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2  | 非公開 |
| 入居契約書の公開                           | 1      | 公開 | ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2  | 非公開 |
| 管理規程の公開                            | 1      | 公開 | ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2  | 非公開 |
| 財務諸表の公開                            | 1      | 公開 | ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2  | 非公開 |
| 事業収支計画の公開                          | 1      | 公開 | ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2  | 非公開 |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

## 介護サービス等の一覧表

| (要支援1～2、要介護1～5区分)                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護を行う場所                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               | 介護保険給付、月額利用料<br>に含むサービス             | 別途利用料金を徴収した上で実施するサービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 介護サービス<br>○巡回<br>・昼間 8:30 ～ 20:00<br>・夜間 20:00 ～ 8:30<br><br>○食事介助<br>・食堂での介助<br><br>・居室での介助<br><br>○排せつ<br>・排せつ介助<br><br>・おむつ代<br><br>○入浴等<br>・部分清拭<br>・全身清拭<br>・見守り入浴<br>・シャワー浴<br>・一般浴介助<br>・特浴介助<br>・洗髪<br><br>○身辺介助<br>・体位変換<br>・居室からの移動<br>・衣類の着脱<br>・起床介助<br><br>・就寝介助 | 状態に応じて1～2時間毎<br>に安否確認・冷暖房のチェ<br>ック等 | 540円/回 (食堂への移動・椅子移乗・見守り・食<br>事介助)<br>864円/回 (移乗・配膳・下膳・見守り・食事介助)<br><br>324円/回 (誘導・見守り・排泄後処理・動作介助・<br>おむつ、パット交換・部分清拭等)<br>実費徴収 (持込可)<br>費用はおむつの種類による<br><br>648円/回 (介助・着替えの用意、介助 居室にて)<br>1,080円/回 (介助・着替えの用意、介助 居室にて)<br>864円/回 (誘導・見守り・着替えの用意)<br>1,080円/回 (介助・着替えの用意、介助・誘導)<br>1,620円/回 (介助・着替えの用意、介助・誘導)<br>2,160円/回 (介助・着替えの用意、介助・誘導)<br>864円/回<br><br>216円/回<br>324円/回 (ホーム内の移動に限る)<br>324円/回 (誘導・見守り・介助・着替えの用意・整容)<br>648円/回 起床の声掛け・カーテン開け・洗面介<br>助・整容・更衣・冷暖房のチェック・ゴミ回収等<br>648円/回 カーテン閉め・更衣・義歯洗浄・冷暖房<br>のチェック・ゴミ回収等 |

| (要支援1～2、要介護1～5区分)     |                         |                                                      |
|-----------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|
| 介護を行う場所               |                         |                                                      |
|                       | 介護保険給付、月額利用料<br>に含むサービス | 別途利用料金を徴収した上で実施するサービス                                |
| ○通院の介助                | 24時間対応                  |                                                      |
| ・協力医療機関への通院介助         |                         | 1,620円/時                                             |
| ・協力医療機関以外への通院介助       |                         | 1,620円/時                                             |
| ○緊急時対応                |                         |                                                      |
| ・ナースコール生活サービス         |                         |                                                      |
| ○生活サービス               |                         |                                                      |
| ・居室清掃                 |                         | 1,620円/回 居室内掃除機清掃・ベッド清掃・ゴミ回収等 (必要に応じて窓拭き・モップ掛け等)     |
| ・日常の洗濯                |                         | 1,620円/回 ホーム内での洗濯 (クリーニングは別途実費)                      |
| ・買物付添                 |                         | 1,620円/時                                             |
| ○食事                   |                         |                                                      |
| ・食堂配膳・下膳              | ○                       | 108円/回                                               |
| ・居室配膳・下膳              |                         | 19,440円/月 糖尿食 (主に常食をベースにしてカロリー調整をします)、粥食、キザミ食、ペースト食等 |
| ・治療食、介護食              |                         |                                                      |
| ・おやつ                  | ○                       |                                                      |
| ○理美容サービス              |                         | 1,620円/時 美容室付添<br>ホーム内での理美容は別途実費                     |
| ○代行                   |                         |                                                      |
| ・買物                   |                         | 1,620円/時 買い物代行                                       |
| ・役所手続                 |                         | 2,160円/回                                             |
| ・金銭管理                 |                         | 3,240円/月 小口現金の保管、領収書の保管・出納帳作成                        |
| 健康管理サービス              |                         |                                                      |
| ・定期健康診断               |                         | 実費                                                   |
| ・健康相談                 | ○                       |                                                      |
| ・生活指導・栄養指導            | ○                       |                                                      |
| ・服薬支援                 |                         | 5,400円/月 薬の管理・与薬・点眼                                  |
| ・生活リズムの記録<br>(排便、睡眠等) | ○                       |                                                      |

| (要支援1～2、要介護1～5区分)                                                              |                                                                       |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 介護を行う場所                                                                        |                                                                       |                                     |
|                                                                                | 介護保険給付、月額利用料<br>に含むサービス                                               | 別途利用料金を徴収した上で実施するサービス               |
| 入退院時及び入院中のサービス<br>・医療費<br>・移送サービス<br>・入院中の洗濯物交換・買物<br>・入院中の見舞い訪問<br><br>フロント業務 | ○<br><br>来訪者の受付・取次ぎ<br>郵便、小包等受領<br>タクシー等の配車手配<br>ホーム内連絡は掲示板等<br>により連絡 | 実費<br>3,240円/回 入退院の付き添い<br>2,160円/回 |
| その他のサービス<br>・レクリエーション、クラブ活動                                                    |                                                                       | 材料費等実費負担                            |

[記入上の注意]

- \* 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成してください。自立、要支援1～2、要介護1～5と区分した場合は8区分となりますが、一覧表をわかりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとしても差し支えありません。
- \* 上記サービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を挙げたもので、ホームのサービス提供の状況に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えありません。
- \* 記入に当たっては、各サービスごとに回数及び費用負担等を明示してください。
- \* 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入してください。