

**やすらぎの館入居契約兼特定施設入居者生活介護等利用契約
重要事項説明書**

| | | | |
|------|-------|-------|-----------------|
| | | 記入年月日 | 平成 23 年 6 月 1 日 |
| 記入者名 | 大沢 一理 | 所属・職名 | やすらぎの館 館長 |

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 | 法人等の種類 | なし あり ; 営利法人 |
| | 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃぼんせじゅーる 株式会社ボンセジュール |
| 事業主体の主たる 事務所の所在地 | 〒150-0002 | |
| | 東京都渋谷区渋谷二丁目 17 番 5 号 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 03-5774-4544 |
| | FAX 番号 | 03-5774-4543 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり : http://www.bonsejour.co.jp/ |
| 事業主体の代表者の 氏名及び職名 | 氏名 | 小林 仁 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 事業主体の設立年月日 | 平成 20 年 8 月 28 日 | |

| 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------|
| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
| < 居宅サービス > | | | | |
| 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハッピーネットワーク伊丹 | 伊丹市中央 1-2-25 |
| 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 訪問看護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 特定福祉用具販売 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| < 地域密着型サービス > | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハッピーネットワーク伊丹 | 伊丹市中央 1-2-25 |
| < 居宅介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハッピーネットワーク伊丹 | 伊丹市中央 1-2-25 |
| 介護予防訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問看護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| < 地域密着型介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護予防支援 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| < 介護保険施設 > | | | | |
| 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 介護療養型医療施設 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

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 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 2.5 |
| 介護職員 | 20 | 0 | 1 | 0 | 21 | 20.9 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 栄養士 | — | — | — | — | — | — |
| 調理員 | — | — | — | — | — | — |
| 事務員 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2.0 |
| その他従業者 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 3.1 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 8 | 0 | 1 | 0 | | |
| 介護職員基礎研修 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 訪問介護員1級 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 2級 | 10 | 0 | 0 | 0 | | |
| 3級 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の数 | 最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数） | | 1名 | | | |
| | 平均時の人数 | | 2名 (17:00～9:00) | | | |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|------|-----|--------|-----|-----|------------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 2.5 |
| 介護職員 | 20 | 0 | 1 | 0 | 0.9 | 20.9 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| その他従業者 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 3.1 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 8 | 0 | 1 | 0 | | |
| 介護職員基礎研修 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 訪問介護員1級 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 2級 | 10 | 0 | 0 | 0 | | |
| 3級 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 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 | | | | | | 2.5 : 1以上 |

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 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | / | | / | | / | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 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 | 0 | 0 | 1 | 0 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 1 | 0 | | |
| 業務に従事した経験年数 | / | | / | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 0 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 10年以上の者の人数 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 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><介護理念></p> <p>○基本を守って、安心・安全を提供します。</p> <p>○その方の全てを受容し、尊厳をおまもりします。</p> <p>○その方のできないことだけを支援し、自立性を高めていただきます。</p> <p>○お1人おひとりのリズムに合った個別ケアを行います。生活スケジュールの押しつけはいたしません。</p> <p><介護の3ステップ></p> <p>私たちは、介護保険制度に則った適切な手順でサービスを実施することにより、常にサービスの品質を高める努力をいたします。</p> <p>1. ご入居者の毎日が輝くお手伝いはご入居者を良く知り、適切なケアプランをつくることから始まります。</p> <p>私たち全員がケアプランづくりの責務を担っていることを認識し、協力して適切なケアプランをつくります。</p> <p>2. ケアプランの確実な実行によりご入居者の生活の質を高めます。</p> <p>3. ご入居者の心身の状況の変化や要望の変化を的確に捉え、常にサービスを見直します。</p> | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 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 | なし | あり |
| <p>名称 医療法人 光輪会 さくらクリニック</p> <p>所在地 大阪市北区豊崎 5-6-10 商業ビル 202 号 (ホームから約 12.8 km)</p> <p>名称 医療法人 博愛会 博愛茨木病院</p> <p>所在地 茨木市穂積 3-2-41 (ホームから 20 km)</p> <p>(協力の内容)</p> <p>医療法人 光輪会 さくらクリニック (科目) 内科・整形外科・脳外科 (協力内容) 入居者のうち希望者もしくはホームが必要と判断した入居者に対しての 2 週間に 1 回の定期訪問診療、急患発生時・緊急時の 24 時間コール対応、入院を要する場合等の他医療機関への紹介、日常の健康相談、他。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)</p> <p>医療法人 博愛会 博愛茨木病院 (科目) 内科・外科・整形外科・泌尿器科・眼科 (協力内容) 入居者のうち希望者もしくはホームが必要と判断した入居者に対しての定期訪問診療、急患発生時・緊急時の対応、入院を要する場合等の他医療機関への紹介、日常の健康相談、他。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)</p> | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり |
| <p>名称 小林歯科</p> <p>所在地 尼崎市南塚口町 2 丁目 1 - 3 (ホームから 3 km)</p> <p>(協力の内容)</p> <p>週 1 回の訪問歯科診療 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)</p> | | |
| 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 | | |
| 同じ居室で行います。 | | |

| | | |
|--|------|----|
| 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) なし | | |
| 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) 一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はありません。 | | |
| 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) 室内全体の仕様が異なります。 | | |
| 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | (なし) | あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | (なし) | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | (なし) | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | (なし) | あり |
| 浴室の変更の有無 | (なし) | あり |
| 洗面所の変更の有無 | (なし) | あり |
| 台所の有無 | (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) 心身の状況の変化に応じ居室を移動することもあります。但し次の手続を行います。 一、医師の意見を聴く。 二、本人又は身元保証人等の同意を得る。 三、一定の観察期間を設ける。 ご入居者の要望により居室を移るには、文書にて事業者へ申請して下さい。 | | |
| 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) 従前の居室から住み替えた居室へ利用権が移行します。 | | |
| 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) 一部畳部屋からフローリング使用部屋あり。 | | |
| 施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | なし | あり |
| 留意事項 | 原則として 65 歳以上の方で、健康保険に加入されている方。お二人でご入居の場合は、ご夫婦・親子・又は兄弟・姉妹の方。身体状況・共同生活への適応力・お支払い能力について当社の審査基準を満たされた方。 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が逝去した場合（2 名の場合はどちらとも逝去した場合） ② 入居者から契約解約が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき | |
| 体験入居の内容 | 最大 7 泊 8 日間、1 泊 15,750 円。体験入居は介護保険を使用しません。 | |
| 入居定員 | 75 名 | |
| その他 | | |

(平成 23 年 6 月 1 日現在)

| 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 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 75歳以上85歳未満 | 9 | 1 | 2 | 0 | 0 | 12 |
| 85歳以上 | 12 | 5 | 5 | 4 | 1 | 27 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 1 | 0 | | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | 6 | 7 | 1 | 0 | | 14 |
| 85歳以上 | 2 | 7 | 4 | 0 | | 13 |
| 入居者の平均年齢 | 85.60歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 18名 | | 女性 | 52名 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | | | 93.3% |
| 前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数 | | | | | | |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 死亡者 | 0 | 1 | 0 | 0 | | 1 |
| その他 | 0 | 0 | 1 | 0 | | 1 |
| 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 | 10名 | 1名 | 34名 | 4名 | 9名 | 12名 |

施設、設備等の状況

| | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------|------|----------|----------------------------|
| | 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 | | |
| | 区分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 | |
| | 一般居室個室 | あり | なし | 31 | 31 | 42.47～49.47 m ² |
| | 一般居室相部屋 (夫婦室) | あり | なし | 10 | 20 | 42.92～50.84 m ² |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 24 | 24 | 25.42～28.36 m ² |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² |
| | 一時介護室 | あり | なし | 1 | 1 | 42.92 m ² |
| 共用便所の設置数 | 5 | うち男女別の対応が可能な数 | | 5 | | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 3 | | |
| 個室の便所の設置数 | 65 | 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 | | 14 | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 51 (一般居室) | 2 (男女別浴場) | 1 | 1 | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 2階 127 m ² | | | | | |
| 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) ケアセンター・カウンセリングルーム・フリールーム・ ファミリールーム・茶室 (いずれも無料にて使用可) | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| (その内容) 廊下、共用施設に手摺設置。車椅子での移動可能。 | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | 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 | | 1,227.58 m ² | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | | なし | あり | | | |
| 貸借 (借地) | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | | |
| | | 契約の自動更新 | | なし | | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | 4,672.28 m ² | | | | |
| 鉄骨鉄筋コンクリート造地下1階地上9階建 | | | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | | なし | あり | | | |
| 貸借 (借家) | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | | |
| | | 契約の自動更新 | | なし | | |
| | | 2010/3/4 | 2030/3/3 | あり | | |

| | |
|-----------------|---|
| 施設の利用にあたっての留意事項 | |
| (その内容) | 居室、共用施設、敷地その他の利用にあたっては、その本来の用途に従って、妥当かつ適切に利用してください。 |
| 非常災害対策 | |
| (その内容) | 非常災害が発生した場合「防災計画」に従い、入居者等について適切に対応します。非常災害に備え、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。スプリンクラー、自動火災報知機、避難階段、誘導灯など防災設備は法令に準拠します。 |

| | | |
|--|--|---|
| 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 | やすらぎの館 | |
| 電話番号 | 072-772-3808 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:00 |
| 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 | ① 株式会社ボンセジュール コンプライアンス推進室 ② 国民健康保険団体連合会 ③ 社団法人全国有料老人ホーム協会 | |
| 電話番号 | ① 03-5774-4544 ② 078-332-5617 ③ 03-3272-3781 | |
| 対応している時間 | 平日 | ① 9:30~17:30 ② 9:00~17:00 ③ 10:00~17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日等 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 緊急時における対応方法 | | |
| 介護等のサービス提供に当る者は、サービス提供時に入居者に病状の急変が生じた場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめホームが定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行います。 | | |
| 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 | ① (その内容) ② 介護事業者賠償責任保険(日本興亜損害保険株)に加入 | |
| 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 | ① (その内容) ② 利用者に対する介護サービスの提供があり、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合(不可抗力、重過失の場合を除く)は損害を賠償します。 | |

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)

■ ご入居者の毎日が輝くために

- 私は、介護という仕事にたずさわられる感謝を常に忘れず、ご入居者の心身両面の支えとなります。
- 介護のプロとしての誇りを持って、介護技術の向上に努めます。
- 私は、ご入居者のお話を心の耳で聴き、共感します。
- 私は、ご入居者のことを人生の先輩として尊敬し、その方のことをたくさん知るようにつとめます。
- 私は、ご入居者の喜びを自分自身の喜びととらえ、毎日が輝くお手伝いをあきらめることなく追求していきます。
- 私は、一回でも多く、ご入居者に笑っていただけるよう、ご入居者と一緒に楽しみます。

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況

| | | | | |
|----|----------------------------------|-----------|------------------|----------------------------------|
| なし | <input checked="" type="radio"/> | 実施した年月日 | 平成 19 年 6 月 20 日 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | <input checked="" type="radio"/> |

第三者による評価の実施状況

| | | | | |
|----------------------------------|----|-------------|----|----|
| <input checked="" type="radio"/> | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 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

| | | | |
|--|--------|---------------|--------|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | なし | あり |
| 一時金に関する費用 | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの） | | なし | あり |
| 名称 | | 入居金（前払い施設利用料） | |
| | | 最低の額 | 最高の額 |
| 一般居室 A・Bタイプ | | 520万円 | 580万円 |
| 一般居室 A・Bタイプ | | 1040万円 | 1160万円 |
| 一般居室 C～Gタイプ | | 880万円 | 1050万円 |
| 一般居室 C～Gタイプ | | 1760万円 | 2100万円 |
| 一般居室 C～Gタイプ | | 3520万円 | 4200万円 |
| | | 最低の額 | 最高の額 |
| 一般居室 C～Gタイプ | | 880万円 | 1050万円 |
| 一般居室 C～Gタイプ | | 1760万円 | 2100万円 |
| 一般居室 C～Gタイプ | | 3520万円 | 4200万円 |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率(%) (要介護。または2人共要介護) | 30% | | |
| 償却年月数 | 60ヶ月 | | |
| 初期償却率(%) (要支援。または要支援でもう一人が要支援か要介護) | 15% | | |
| 償却年月数 | 120ヶ月 | | |
| 初期償却率(%) (自立。または少なくとも一人が自立) | 15% | | |
| 償却年月数 | 240ヶ月 | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 解約時返還金の算定方法 例) 要介護の場合 | 返還金 = 入居金 - (入居金 × 30%) - (入居金 × 70% ÷ 60ヶ月 × 入居月数) 入居金の 30% は、入居期間にかかわらず返還されません。 60ヶ月経過後は、返還金がなくなります。 居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。 | |
| | 例) 要支援の場合 | |
| | 返還金 = 入居金 - (入居金 × 15%) - (入居金 × 85% ÷ 120ヶ月 × 入居月数) 入居金の 15% は、入居期間にかかわらず返還されません。 120ヶ月経過後は、返還金がなくなります。 居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。 | |
| 例) 自立入居の場合 | 返還金 = 入居金 - (入居金 × 15%) - (入居金 × 85% ÷ 240ヶ月 × 入居月数) 入居金の 15% は、入居期間にかかわらず返還されません。 240ヶ月経過後は、返還金がなくなります。 居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。 | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり (その内容) 事業者が入居金の返還債務を負うことになった場合においては、その債務のうち保全金額に相当する部分（実際に返還を要する金額又は金 500 万のうちいずれか低い方までの額）を、親会社である株式会社ベネッセホールディングスとの間の入居金等保証委託契約に基づき連帯して保証します。 |
| 一時金の算定根拠 | なし | あり 入居金の設定方法として、想定居住期間と要介護者の平均寿命を勘案し、地域不動産の相場と部屋の広さ等を考慮に入れて積算して定めております。 |
| 備考 | なし | あり 1ヶ月以上お部屋を予約する場合、予約金を頂きます。 予約金は契約時にお支払頂く入居金に充当いたします。万一お客様の理由によりキャンセルする場合は、全額ご返金いたします。 |

| | | | |
|--|--------------|----|----|
| ②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) | なし | あり | |
| («あり» の場合、その内容及び利用料) | | | |
| «あり» の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない | | | |
| 額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | なし | あり | |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |

| | | |
|---|--------------|----------------|
| | 上記以外 | (その内容) |
| 初期償却率 (%) | | |
| 償却年月数 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり (その内容) |
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | なし |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | |
| 名称 | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし |
| | サービス提供を開始した月 | なし |
| | 上記以外 | (その内容) |
| 初期償却 (%) | | |
| 償却年月数 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | |
| 保全措置の実施状況 | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) |
| ④その他に要する一時金 | | なし |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | |
| 名称 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | |
| 保全措置の実施状況 | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) |
| 一時金に対する留意事項等 | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) |
| 契約締結日から 90 日以内の契約解除による返還金について (※の設定を含む) | | |
| 入居金の償却起算後 90 日以内に解約される場合は、本契約第 45 条に基づき、受領済みの入居金の全額を返還します。ただし、この場合において、受領済の入居金総額の契約期間に係る日割り分を受領します。 | | |
| 一時金の支払い方法 | | |
| 入居時までには事業者の指定する口座に振り込みにて支払うものとします。 | | |

※契約解除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

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額
 一人入居 162,000円～192,000円
 二人入居 286,250円～299,250円
 入居時介護認定が無い場合、日常の安否確認等の費用として、生活サービス費
 31,500円/人・月(税込)が必要となります。

| | | | |
|---|----|----|---------|
| 管理費 | なし | あり | 57,750円 |
| (「あり」の場合、その用途) 共用施設等の維持管理費、水道光熱費、事務費、基本サービス(入居契約書第16条)に係る人件費(税込) | | | |

| | | | |
|--|----|----|---------|
| 食費 | なし | あり | 49,500円 |
| (「あり」の場合、その内容) 朝食330円、昼食550円、夕食770円 30日90食を利用した場合(税込) | | | |

| | | | |
|------|----|----|----|
| 光熱水費 | なし | あり | 実費 |
|------|----|----|----|

| | | | |
|---|----|----|--|
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | なし | あり | |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | |
| | なし | あり | |
| 個別的な選択による介護サービス | なし | あり | |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |

| | | | |
|-------|----|----|----------------|
| 家賃相当額 | なし | あり | 54,750～84,750円 |
|-------|----|----|----------------|

その他に必要な月額利用料
 なし あり
 (「あり」の場合、その内容及び利用料)
 ※要介護者の場合、介護保険給付の自己負担額を支払う必要があります。
 ※個別機能訓練加算・夜間看護体制加算・医療機関連携加算は、施設が基準を満たしていない場合は、適用になりません。

| 特甲地 | 地域単価 | 1単位=10.45 | |
|----------|----------|-----------|-------------|
| 要介護認定等 | 介護給付費の単位 | 30日分の目安 | 代理受領時の自己負担分 |
| 要支援1 | 203単位/日 | 63,640円 | 6,364円/月 |
| 要支援2 | 469単位/日 | 147,031円 | 14,704円/月 |
| 要介護1 | 571単位/日 | 179,008円 | 17,901円/月 |
| 要介護2 | 641単位/日 | 200,953円 | 20,096円/月 |
| 要介護3 | 711単位/日 | 222,898円 | 22,290円/月 |
| 要介護4 | 780単位/日 | 244,530円 | 24,453円/月 |
| 要介護5 | 851単位/日 | 266,788円 | 26,679円/月 |
| 個別機能訓練加算 | 12単位/日 | 3,762円 | 377円/月 |
| 夜間看護体制加算 | 10単位/日 | 3,135円 | 314円/月 |
| 医療機関連携加算 | 80単位/月 | 836円 | 84円/月 |

| | | |
|-----------------------|----|----|
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | なし | あり |
|-----------------------|----|----|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
 規定サービス以外のもの
 入浴 : 週3回以上は30分 1,575円
 買物介助 : 月1回(実施日)以外は30分 1,575円
 買物代行 : 週1回(指定日)以外は30分 1,575円
 清掃 : 実施日以外は30分 1,575円
 洗濯 : 実施日以外は1回 525円
 リネン交換 : 実施日以外は1回 525円

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____様 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____印

※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

| 介護を行う場所 | 自立 | |
|-----------------|----------------------|------------------------|
| | 介護居室 | |
| | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | |
| ○ 巡回 | | |
| ・昼間、夜間 | 2時間毎 | — |
| ○ 食事介助 | 配下膳は毎食時、必要時介助 | — |
| ○ 排泄 | | |
| ・排泄介助 | — | — |
| ・おむつ交換 | — | おむつ代実費 |
| ○ 入浴 | | |
| ・清拭 | — | 実施日以外は30分1575円 |
| ・見守り又は1人介助 | — | 実施日以外は30分1575円 |
| ・特浴介助 | — | — |
| ○ 身辺介助 | | |
| ・体位交換 | — | — |
| ・居室からの移動 | — | — |
| ・衣類着脱 | — | — |
| ・整容介助 | — | — |
| ○ 外出介助 | | |
| ・買物 | 月1回 | 実施日以外は30分1575円 |
| ○ 機能訓練 | — | — |
| ○ 通院介助 | 随時対応 | — |
| 近隣(指定医療機関) | 移送は土日祝以外の9:00~17:00 | 遠方移送は実施しません |
| ○ 緊急時対応 | | |
| ・緊急通報装置 | 24時間対応 | — |
| 生活サービス | | |
| ○ 家事 | | |
| ・清掃 | 週1回 失禁等身体的な | 実施日以外は30分1575円 |
| ・洗濯 | 週1回 事情で汚された | 実施日以外は1回525円 |
| ・リネン交換 | 週1回 場合は対応いたします | 実施日以外は1回525円 |
| ○ 居室配膳、下膳 | 適宜実施 | — |
| ○ 理美容 | — | 実費 |
| ○ 代行 | | |
| ・買物、支払 | 週1回(指定日) | 実施日以外は30分1575円 |
| ・役所手続き | 月1回(指定日) | 実施日以外は30分1575円 |
| 健康管理サービス | | |
| ○ 日常健康管理 | | |
| ・服薬管理 | 適宜実施 | — |
| ・バイタルチェック | 適宜実施 | — |
| ・水分、排泄チェック | 適宜実施 | — |
| ・口腔ケア | 適宜実施 | — |
| ○ その他 | | |
| ・健康診断 | 年2回の機会を設けます | 受診料は実費 |
| ・健康相談、生活指導 | 随時実施 | — |
| ・医師の往診依頼 | 適宜実施 | — |
| 入退院時、入院中の提供サービス | | |
| ・付添サービス | — | 近隣医療機関は2回目以降付添30分1575円 |
| ・お見舞い、連絡等 | 適宜実施 | — |
| その他のサービス | | 一部実費 |
| ・レクリエーション | 適宜実施 | (ご希望により参加いただけます) |

介護サービス等の一覧表 やすらぎの館

| 介護を行う場所 | 要支援Ⅰ・Ⅱ/要介護Ⅰ・Ⅱ | | 要介護Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ | |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | | | |
| ○ 巡回 | | | | |
| ・昼間、夜間 | 2時間毎 | — | 2時間毎 | — |
| ○ 食事介助 | 配下膳は毎食時、必要時介助 | — | 配下膳は毎食時、必要時介助 | — |
| ○ 排泄 | | | | |
| ・排泄介助 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ・おむつ交換 | 適宜実施 | おむつ代実費 | 3時間毎 | おむつ代実費 |
| ○ 入浴 | | | | |
| ・清拭 | 入浴できない場合週2回 | 実施日以外は30分1575円 | 入浴できない場合週2回 | 実施日以外は30分1575円 |
| ・見守り又は1人介助 | 週2回 | 実施日以外は30分1575円 | — | — |
| ・特浴介助 | — | — | 週2回 | 実施日以外は30分1575円 (2人介助の場合3000円) |
| ○ 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | — | — | 適宜実施 | — |
| ・居室からの移動 | 適宜実施 | — | 毎食時、おやつ時 | — |
| ・衣類着脱 | 適宜実施 | — | 毎朝夕、入浴時 | — |
| ・整容介助 | 適宜実施 | — | 毎朝、入浴時 | — |
| ○ 外出介助 | | | | |
| ・買物 | 月1回 | 実施日以外は30分1575円 | 月1回 | 実施日以外は30分1575円 |
| ○ 機能訓練 | ケアプランに基づき 機能訓練指導員による指導 | — | 毎日 | — |
| ○ 通院介助 | 近隣への付添は週1回、 移送は土日祝以外の9:00~17:00 | 実施日以外は30分1575円 遠方移送は実施しません | 近隣への付添は週1回、 移送は土日祝以外の9:00~17:00 | 実施日以外は30分1575円 遠方移送は実施しません |
| ○ 緊急時対応 | | | | |
| ・緊急通報装置 | 24時間対応 | — | 24時間対応 | — |
| 生活サービス | | | | |
| ○ 家事 | | | | |
| ・清掃 | 週1回 失禁等身体的な | 実施日以外は30分1575円 | 週1回 失禁等身体的な | 実施日以外は30分1575円 |
| ・洗濯 | 週1回 事情で汚された | 実施日以外は1回525円 | 週1回 事情で汚された | 実施日以外は1回525円 |
| ・リネン交換 | 週1回 場合は対応いたします | 実施日以外は1回525円 | 週1回 場合は対応いたします | 実施日以外は1回525円 |
| ○ 居室配膳、下膳 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ○ 理美容 | — | 実費 | — | 実費 |
| ○ 代行 | | | | |
| ・買物、支払 | 週1回(指定日) | 実施日以外は30分1575円 | 週1回(指定日) | 実施日以外は30分1575円 |
| ・役所手続き | 月1回(指定日) | 実施日以外は30分1575円 | 月1回(指定日) | 実施日以外は30分1575円 |
| 健康管理サービス | | | | |
| ○ 日常健康管理 | | | | |
| ・服薬管理 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ・バイタルチェック | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ・水分、排泄チェック | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ・口腔ケア | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| ○ その他 | | | | |
| ・健康診断 | 年2回 | — | 年2回 | — |
| ・健康相談、生活指導 | 随時実施 | — | 随時実施 | — |
| ・医師の往診依頼 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| 入退院時、入院中の提供サービス | | | | |
| ・付添サービス | 協力・近隣医療機関へは移送および付添 | 近隣医療機関は2回目以降付添30分1575円 | 協力・近隣医療機関へは移送および付添 | 近隣医療機関は2回目以降付添30分1575円 |
| ・お見舞い、連絡等 | 適宜実施 | — | 適宜実施 | — |
| その他のサービス | | 一部実費 | | 一部実費 |
| ・レクリエーション | 適宜実施 | (ご希望により参加いただけます) | | (ご希望により参加いただけます) |

※近隣医療機関・・・当施設より半径5km以内の病院