

さかえグリーンハート川口

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 27 年 6 月 15 日 |
| 記入者名 | 相田 好 | 所属・職名 | 事業本部長 |

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 | 医療法人 | |
| | 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん えいしんかい 医療法人 栄心会 | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒963-8803 | 福島県郡山市横塚二丁目 15 番 6 号 | |
| | | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0 2 4 - 9 4 1 - 2 2 0 2 | |
| | FAX番号 | 0 2 4 - 9 4 1 - 2 2 0 1 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | あり http://www.sakaenaika.jp | |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名 | 職名 | 理事長 | |
| | 氏名 | 佐藤 栄一 | |
| 事業主体の設立年月日 | | 平成 15 年 9 月 4 日 | |

| 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス | | | | |
|------------------------------|----|----|--------|-----|
| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 複合型サービス | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

2. 施設概要

| | | |
|---|---|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) さかえぐりーんはーとかわぐち さかえグリーンハート川口 | |
| 施設の所在地 | 〒333-0801 | 埼玉県川口市東川口5丁目9番16号 |
| | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 048-271-9155 |
| | FAX番号 | 048-271-9451 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | <input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.sakae-kawaguchi.jp |
| 施設の開設年月日 | | 平成27年3月1日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | 職名 | 施設長 |
| | 氏名 | 渥美 浩一 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 武蔵野線・埼玉高速鉄道線「東川口」駅より徒歩約10分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型： 介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） 入居時の要件： 入居時要支援・要介護 居住の権利形態： 利用権方式 利用料の支払方式： 月払い方式 介護保険： 埼玉県指定介護保険特定施設入居者生活介護 埼玉県指定介護保険介護予防特定施設入居者生活介護 居室区分： 全室個室 介護にかかわる職員体制： 2.5：1以上 | |
| 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県第1170206823号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県第1170206823号 | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日） | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | 平成27年3月1日 | |
| 指定の年月日 | 平成27年3月1日 | |
| 指定の更新年月日 | | |

3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|--|---------------------------|-----|--------------------|-----|------|-------------|
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人 数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 生活相談員 | | 4 | | | 4 | 2.0 |
| 看護職員 | 1 | | 1 | | 2 | 1.4 |
| 介護職員 | 10 | 1 | 1 | | 12 | 11.1 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| 計画作成担当者 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 栄養士 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| 調理員 | | | 3 | | 3 | 1.5 |
| 事務員 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| その他従業者 | | | 3 | | 3 | 1.5 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40時間 | |
| <p>※ 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。</p> | | | | | | |
| 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 | 8 | 1 | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 1 | | | 1 | | |
| ホームヘルパー1級 | | | | | | |
| ホームヘルパー2級 | 5 | | | | | |
| ホームヘルパー3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 1 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| 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 (16時30分～9時30分) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 1 | | 1 | | | |
| 介護職員 | 2 | | 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 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | | 4 | | | 4 | 2.0 |
| 看護職員 | 1 | | 1 | | 2 | 1.4 |
| 介護職員 | 10 | 1 | 1 | | 12 | 11.1 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 | 1.0 |
| 計画作成担当者 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| その他従業者 | 1 | 2 | 6 | | 9 | 5.0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40時間 |
| ※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | 7 | 1 | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 1 | | | 1 | | |
| ホームヘルパー1級 | | | | | | |
| ホームヘルパー2級 | 5 | | | | | |
| ホームヘルパー3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 1 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | | |
| 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 社会福祉主事 | | | |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | | | - | |

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | / | | / | | / | |
| 1年未満の者の人数 | | | 1 | 1 | 1 | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 1 | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | 2 | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | 7 | | | |
| 10年以上の者の人数 | 1 | 1 | 2 | | 1 | |
| | 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 | | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1 | | | | | |
| 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>1. 私たちは、今日の平和繁栄の基礎を築いてくださった高齢者の皆様に対し、尊敬と感謝の念をもって接し、きめ細やかなサポートに努めます。</p> <p>2. 私たちは、お客様に心から幸福感と満足感を実感していただけるよう、常に向上心をもって、新しい課題に挑戦・克服して、サービス向上に努めます。</p> <p>3. 私たちは、運営にあたって関係するすべての法令、その他の社会的ルールを遵守し、より安心して健全な事業運営に努めます。</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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）の有無 | <input type="checkbox"/> なし | あり |
| 認知症専門ケア加算（介護報酬の加算）の有無 | <input type="checkbox"/> なし | あり |
| 介護職員処遇加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input type="checkbox"/> なし | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人社団協友会 東川口病院 | |
| <p>（協力の内容）</p> <p>診療科目：内科、整形外科、外科、消化器外科、脳神経外科、小児科、循環器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科</p> <p>業務内容：入居者の健康管理、健康診断の実施、通院治療時の日常医療支援、通院診療、緊急時対応</p> <p>医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。</p> | | |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人社団悠翔会 在宅クリニック川口 | |
| <p>（協力の内容）</p> <p>診療科目：内科、精神科、整形外科、皮膚科、訪問診療</p> <p>業務内容：健康相談、健康診断、訪問診療、往診対応、緊急時対応</p> <p>医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。</p> | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| <p>その名称</p> <p>もがき歯科医院、金谷歯科クリニック、コンパスクリニック大宮</p> <p>（協力の内容）</p> <p>診療科目：一般歯科、矯正歯科、小児歯科</p> <p>業務内容：口腔ケア、虫歯治療</p> <p>医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。</p> | | |

| 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 | | |
| 介護居室個室 | | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | |
| 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) 身体状況に応じて入居者や専門職、医師等の意見を聞き、入居者や身元引受人の同意を得て行います。また1か月以上の経過観察を設け判断します。 | | |
| 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) 転室先へ権利が移行する。 | | |
| 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) 階層が変更となる場合があります。 | | |
| 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 65 歳以上の方を対象としています。 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が逝去した場合 ② 入居者が解約した場合 (30 日以上の予告期間が必要) ③ 事業者が解約した場合 (以下に該当し、90 日以上の予告期間が必要) ・ 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正があったとき ・ 月払いの利用料を3ヶ月以上滞納したとき ・ 契約書で禁止又は制限される行為を行ったとき 等 | |
| 体験入居の内容 | 1泊2日 10,000円 (食費含む)、5泊6日まで可能。 | |
| 入居定員 | 50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 | | | | | | |
| 75 歳以上 85 歳未満 | | 1 人 | | | | 1 人 |
| 85 歳以上 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 変更・申請中 | | 合計 |
| 65 歳未満 | | | | 1 人 | | 1 人 |
| 65 歳以上 75 歳未満 | | | | | | |
| 75 歳以上 85 歳未満 | | | | | | |
| 85 歳以上 | | | | | | |
| 入居者の平均年齢 | 69 歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 1 人 | | 女性 | 1 人 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | 4% |

前年度に退去した者の人数

| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | 合計 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 死亡者 | | | | | | |
| その他 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 死亡者 | | | | | | |
| その他 | | | | | | |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6 ヶ月未満 | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 1 年以上 5 年未満 | 5 年以上 10 年未満 | 10 年以上 15 年未満 | 15 年以上 |
|------|--------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|--------|
| 入居者数 | 2 人 | | | | | |

| 施設、設備等の状況 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------|---------|------|----------------------------|----------------|--|--|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | | なし | あり | | | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | なし | あり | | | |
| 居室の状況 | 区分 | | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 | | | |
| | 一般居室個室 | あり | なし | | | m ² | | | |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | m ² | | | |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 50 | | 18.01~19.59 m ² | | | |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² | | | |
| | 一時介護室 | あり | なし | | | m ² | | | |
| | | | | | | | m ² | | |
| 共用便所の設置数 | 5 | | うち男女別の対応が可能な数 | | | 1 | | | |
| | | | うち車いす等の対応が可能な数 | | | 4 | | | |
| 個室の便所の設置数 | 50 | | 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 | | | 50 | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | | |
| | | | 3 | | 1 | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 1階 10席、2階 20席、3階 20席 | | | | | | | | |
| 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) 食堂・談話ホール、健康管理室、相談室、洗濯室 | | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | |
| (その内容) 全居室内、廊下に手すりを設置している。 | | | | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | 全居室内にあり | | | | | | |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | 全居室内にあり | | | | | | |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | 全居室内にあり | | | | | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | | | | |
| 敷地の面積 | 1,470.00 m ² (444.67 坪) | | | | | | | | |
| 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 | あり | | | | | | |
| 貸借 (借地) | | | | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 年月 | 終 | 年月 | | | |
| 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 | 重量鉄骨造・3階建 | | | | | | | | |
| 建物の延床面積 | 2,001.39 m ² (605.42 坪) | | | | | | | | |
| 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 | あり | | | | | | |
| 貸借 (借家) | | | | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 2015年3月 | 終 | 2045年2月 | | | |
| 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 | さかえグリーンハート川口 | | |
| 電話番号 | 048-271-9155 | | |
| 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 | 年中無休 | | |
| 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 埼玉県国民健康保険団体連合会 ② 川口市役所 福祉部長寿支援課 | | |
| 電話番号 | ① 048-824-2568 (苦情相談専用) ② 048-258-0670 | | |
| 対応している時間 | 平日 | ① 9:30～12:00、13:00～16:00 ② 8:30～17:15 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日等 | ① ~ ③ 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 | | |
| サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | | | |
| 損害賠償責任保険の加入状況 | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) あいおいニッセイ同和損保の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力を除き速やかに入居者に対して損害の賠償を行う。 | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) 誠意をもって話し合い双方の合意をもって賠償する。 | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) ・全室個室にしてプライバシー保護と感染症予防に努めています。 ・階層別に10人から20人単位のユニットケアで個別ケアに努めています。 ・夜間も看護師1名(オンコール)を配置して医療看護体制の強化に努めています。 | | | |
| 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 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 |
|---|-------|-----------------------|------------------------|
| 一時金方式 | | | |
| 一時金及び月単位で支払う利用料 | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | あり | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり | |
| 料金プラン | | | |
| プラン名称 | 一時金 | 月額 | (内訳) |
| | | 計 | 家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | | |
| | 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | |
| | 食費 | | |
| | 光熱水費 | | |
| | 管理費 | | |
| | 一時金 | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始日の設定 | 入居日 | | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 | | | |
| 権利金等 (※) の額 | | | |
| (※) 平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。 | | | |
| 償却年月数 (想定居住期間) | | | |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (保全先) |
| 三月以内の契約終了による返還金について | | | |
| 三月の起算日 | 入居日 | | |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法 | | | |
| 一時金の支払方法 | | | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---|------|----------|------|----------|
| 月払い方式 | | | | | | |
| 入居前に支払う費用 | | | | | | |
| 敷金 | | 270,000 円 (家賃の 3 ヶ月分) | | | | |
| 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 |
| 全室一律 | 219,600 円 | 90,000 円 | — | 59,400 円 | — | 70,200 円 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | 地代家賃、修繕費、借入利息等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出した。 | | | | |
| | 介護費用 | 徴収しない。※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | |
| | 食費 | 給食委託費、食材費を基礎とし算出した。(喫食分のみ請求) (朝食 490 円、昼食 780 円 (おやつ代含む)、夕食 710 円) | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む。 | | | | |
| | 管理費 | 共用施設等の維持管理費、居室及び共用施設の水道光熱費、共用施設の消耗品費、事務管理部門の人件費及び事務費を基礎とし算出した。 | | | | |
| 支払方法 | | | | | | |
| (敷金) 契約締結日より 10 日以内に、指定銀行に全額振り込み。 | | | | | | |
| (月額利用料) 毎月末締めで、翌月 15 日までに指定の請求先に請求書を送付し、毎月 27 日にご指定口座から銀行振替にてお支払い。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。またご入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 | | | | | | |

6. その他

| | | |
|------------------------------------|--------|----|
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | あり | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | |
| なし | | |
| あり | (その内容) | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」
「短期利用特定施設のサービス等の概要」

【説明確認欄】

平成 年 月 日

1. 指定特定施設入居者生活介護サービス及び指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき必要な説明を行いました。

埼玉県川口市東川口5丁目9番16号
医療法人栄心会 さかえグリーンハート川口

説明者

印

2. 私は、さかえグリーンハート川口の重要事項説明書により、当該施設についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者 住 所
氏 名

印

身元引受人 住 所
氏 名

印

介護サービス等の一覧表

さかえグリーンハート川口

| 介護サービス | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | 備考 |
|--|--|--|--|--|
| 食事介助 排せつ介助・おむつ交換 おむつ代 入浴(一般浴)介助・清拭 特浴介助 身辺介助(移動・着替え等) 機能訓練 通院介助(協力医療機関以外) 通院介助(協力医療機関以外) | なし あり あり あり あり あり あり | なし なし なし あり なし なし なし | なし なし なし あり なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり |
| 生活サービス | なし | なし | あり | あり |
| 居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ 理美容師による理美容サービス 買い物代行(川口市内) 買い物代行(上記以外の区域) 役所手続き代行 金銭・貯金管理 送迎サービス | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり |
| 健康管理サービス | なし | なし | なし | あり |
| 定期健康診断 健康相談 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし | なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり |
| 入退院時・入院中のサービス | なし | なし | なし | あり |
| 移送サービス | あり | なし | なし | あり |
| 入退院時の同行(協力医療機関) 入退院時の同行(協力医療機関以外) 入院中の洗濯物交換・買い物 入院中の見舞い訪問 | なし なし なし | なし なし なし | なし なし あり | あり あり あり |

(別紙 2)

短期利用のサービス等の概要

(1) サービス内容

| | |
|---------|---------------------------|
| 利用可能期間 | 最短 1 日 ～ 最長 30 日 |
| サービスの内容 | 重要事項説明書「4. サービスの内容」と同一である |

(2) 利用料

| | | | |
|--|--|--------|-------|
| 1 日当たりの基本利用料 | 4,980 円 | | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | | |
| 料金プラン | | | |
| プラン名称 | (内訳) | | |
| | 家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費 | | |
| 全室一律 | 2,200 円 - 1,980 円 - 800 円 | | |
| 算定根拠 | | | |
| 家賃相当額 | 地代家賃、修繕費、借入利息等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出。 | | |
| 介護費用 | 徴収しない。※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | |
| 食費 | 給食委託費、食材費を基礎とし算出した。(喫食分のみ請求) (朝食 490 円、昼食 780 円(おやつ代含む)、夕食 710 円) | | |
| 光熱水費 | 管理費に含む。 | | |
| 管理費 | 共用施設等の維持管理費、居室及び共用施設の水道光熱費、共用施設の消耗品費、事務管理部門の人件費及び事務費を基礎とし算出。 | | |
| 1 日当たりの利用料に含まれない実費負担等 | 送迎料：片道 500 円(約 30 分以内) 滞在時の実費については「別紙 1 介護サービス等の一覧」参照。 | | |
| 費用の支払方法 | 毎月末締めで、翌月 15 日までに指定の請求先に請求書を送付し、毎月 27 日までに指定銀行口座振り込み、もしくは施設窓口払い。 | | |
| 介護保険に係る利用料 (1 日分の目安) | 特定施設入居者生活介護 | | |
| | | 日額 | 自己負担分 |
| | 要介護 1 | ¥5,473 | ¥548 |
| | 要介護 2 | ¥6,131 | ¥614 |
| | 要介護 3 | ¥6,839 | ¥684 |
| | 要介護 4 | ¥7,497 | ¥750 |
| | 要介護 5 | ¥8,195 | ¥820 |
| 夜間看護体制加算：あり 介護職員処遇改善加算：あり サービス提供強化加算：なし | | | |

(3) その他

| | |
|----------------------|---|
| 利用(契約)に際しての留意点、特記事項等 | 別途、特定施設入居者生活介護短期利用契約書及び特定施設入居者生活介護利用契約書を締結。 |
|----------------------|---|