

介護付有料老人ホーム シャングリラ青山姫路

指定特定施設等利用契約重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|----------|
| | | 記入年月日 | 令和3年4月1日 |
| 記入者名 | 星加 祐希 | 所属・職名 | 管理者 |

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 | あり | 営利法人 |
| | 名称 | (かぶしきかいしゃ りぶぷらうど) 株式会社リブプラウド | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒671-2224 | | |
| | 兵庫県姫路市青山西2丁目17番25号 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 079-268-1001 | |
| | FAX番号 | 079-268-1002 | |
| | ホームページアドレス | あり： http://www.shangrila-care.com/ | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 松中 茜 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成23年12月13日 | | |
| 事業主体が当該都道府県内、指定都市、中核都市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 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | シャングリラ姫路東 | 姫路市四郷町見野 813 番 1 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| | | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | シャングリラ青山姫路 | 姫路市青山西2丁目17番25号 |

| | | | |
|----------------------|----|-------------------------|---|
| | あり | シャングリラ姫路東 | 姫路市四郷町見野 813 番 1 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | シャングリラ青山姫路 シャングリラ姫路東 | 姫路市青山西 2 丁目 17 番 25 号 姫路市四郷町見野 813 番 1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | シャングリラ姫路東 | 姫路市四郷町見野 813 番 1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | なし | | |
| 総合事業通所介護 | あり | シャングリラ青山姫路 シャングリラ姫路東 | 姫路市青山西 2 丁目 17 番 25 号 姫路市四郷町見野 813 番 1 |
| <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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |

2. 施設概要

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--|------|
| 運営主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 運営主体の名称 | 法人等の種類 | あり | 株式会社 |
| | 名称 | (かぶしきがいしゃりぶクラウド) 株式会社 リブクラウド | |
| 運営主体の主たる事務所の所在地 | 〒671-2224 | | |
| | 兵庫県姫路市青山西 2 丁目 17 番 25 号 | | |
| 運営主体の連絡先 | 電話番号 | 079-268-1001 | |
| | FAX番号 | 079-268-1002 | |
| | ホームページアドレス | あり : http://www.shangrila-care.com/ | |
| 運営主体の代表者の | 氏名 | 松中 茜 | |

| | | |
|---|--|--|
| 氏名及び職名 | 職名 | 代表取締役 |
| 運営主体の設立年月日 | | 平成23年12月13日 |
| 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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ しやんぐりらあおやまひめじ 介護付有料老人ホーム シャングリラ青山姫路 | |
| 施設の所在地 | 〒671-2224 | |
| | 兵庫県姫路市青山西2丁目17番25号 | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 079-268-1001 |
| | FAX番号 | 079-268-1002 |
| | ホームページアドレス | あり : http://www.shangrila-care.com/ |
| 施設の開設年月日 | | 平成24年4月1日 |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 星加 祐希 |
| | 職名 | 管理者 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| JR 姫路駅より神姫バス宇野津医院前バス停下車目の前 | | |
| 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) ① 居住の権利形態：利用権方式 ② 利用料支払方法：月払方式 ③ 入居の条件：入居時自立、要支援、要介護 ④ 介護保険：姫路市指定介護保険特定施設(一般型特定施設) ⑤ 介護居室区分：個室(46室)、夫婦室(2室) ⑥ 介護に係わる職員体制：3:1以上 | |
| 介護保険事業所番号 | (介護予防)特定施設入居者生活介護事業所 2874007483 | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) | | |
| 事業の開始年月日 | 平成24年4月1日 | |
| 指定の年月日 | 平成24年4月1日 | |
| 指定の更新年月日 | 令和8年2月28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 | | | | | | | |
| 2 | 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 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| | 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| | 看護職員 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2.9 |
| | 介護職員 | 13 | 3 | 2 | 0 | 18 | 13.9 |
| | 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0.5 (看護職が兼務) |

| | | | | | | |
|---|---------------------|-----|--------------------|-----|----|-----------------|
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 栄養士 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 3.3 |
| 事務員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 5 | 0 | 1 | 0 | | |
| 実務者研修 | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護職員初任者研修 | 2 | 1 | 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 | 2 | | |
| 柔道整復師 | 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 | | | | | | |
| 人数 | 夜勤帯平均人数 (19時～8時) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 0 | | 0 | | | |
| 介護職員 | 2 | | 2 | | | |
| (介護予防)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 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2.9 |
| 介護職員 | 13 | 1 | 2 | 0 | 16 | 13.9 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0.5 (看護職が兼務) |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 5 | 0 | 1 | 0 | | |
| 実務者研修 | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護職員初任者研修 | 2 | 1 | 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 | 2 | | |
| 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 | あり | | |
| 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 准看護師 | | | |
| 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 | | | | 2.7 : 1 | | |
| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | / | | / | | / | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 1 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 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 | 0 | 0 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 業務に従事した経験年数 | / | | / | | / | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |

| | | | | |
|----------------|---|---|----|----|
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 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 | 0 | 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 | | | | |
| 入居者の個人の尊厳を確保し、心身ともに充実し豊かな日常生活を送ることが出来るよう支援し、自立を促すように努める。 | | | | |
| 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 |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | | あり |
| 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | | あり |
| サービス提供体制強化加算（介護報酬加算）の有無 | | なし | | あり |
| 認知症専門ケア加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | | あり |
| 口腔衛生管理体制加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | | あり |
| 退院・退所時連携加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | なし | | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | | | |
| 協力医療機関の名称 | 厚生病院（姫路市御立西4丁目1-25）施設から4.0km 海浜ケアハートクリニック（神戸市須磨区松風町5丁目2-33 JR須磨海浜公園駅クリニックモール103号） | | | |
| （協力の内容） ○診療科目：内科、眼科 ○協力内容：内科医の定期訪問による健康相談、年2回の健康診断の実施、緊急時対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担） | | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | 有方歯科医院（姫路市米田町15-1）施設より7km | |
| （協力の内容） ○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） | | | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | | |
| 一般居室、一時介護室、介護居室のいずれか。 | | | | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | | なし | あり |
| 判断基準・手続について | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>(その内容)</p> <p>入居者の要介護状況により、契約していただいた居室より他の居室へ転室していただくことがあります。その際、入居者、医師、身元引受人等との相談により、入居者および身元引受人の同意の上行います。</p> | | |
| 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| <p>(その内容)</p> <p>居室利用権は保持したまま住み替えを行います。ただし、その目的たる居室が変更されるときがあります。</p> | | |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| その他の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| <p>(その内容)</p> <p>居室全体の仕様が異なる場合があります。</p> | | |
| 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| <p>(その内容)</p> <p>常時介護が必要となった場合に、一般居室（又は介護居室）から介護居室へ住み替えていただくことがあります。この場合、以下の手続を行います。</p> <p>①施設が指定する医師の意見を聴きます。</p> <p>②1週間の経過観察期間を置きます。</p> <p>③本人・身元引受人の同意を得ます。</p> | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| <p>(その内容)</p> <p>居室利用権は保持したまま介護居室へ移ります。介護居室を使用する必要がなくなったとき居室に戻りますが、その目的たる居室が変更されるときがあります。</p> | | |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 台所の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| その他の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|------|------|------|----|
| | | | (その内容) 一般居室から介護居室への住み替えの場合は室内全体の仕様が異なります。介護居室間の住み替えの場合、仕様の変更はありません。 | | | | |
| | その他 | | なし | | | あり | |
| | 判断基準・手続について | (その内容) | | | | | |
| | 追加的費用の有無 | | なし | | | あり | |
| | 居室利用権の取扱い | (その内容) | | | | | |
| | 入居一時金償却の調整の有無 | | なし | | | あり | |
| | 従前の居室からの面積の増減の有無 | | なし | | | あり | |
| | 従前居室との仕様の変更 | | | | | | |
| | 便所の変更の有無 | | なし | | | あり | |
| | 浴室の変更の有無 | | なし | | | あり | |
| | 洗面所の変更の有無 | | なし | | | あり | |
| | 台所の有無 | | なし | | | あり | |
| | その他の変更の有無 | | なし | | | あり | |
| | (その内容) | | | | | | |
| | 施設の入居に関する要件 | | | | | | |
| | 自立している者を対象 | | なし | | | あり | |
| | 要支援の者を対象 | | なし | | | あり | |
| | 要介護の者を対象 | | なし | | | あり | |
| | 留意事項 | いずれも65歳以上（2人入居の場合はどちらか一方が65歳以上） | | | | | |
| | 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 入居者から契約解除が行われた場合（30日の予告期間が必要） ③ 事業者から契約解除が行われた場合（90日の予告期間が必要） ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき ・入居者の行為が、他の入居者また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、かつ施設において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出来ないとき、等（その他は入居契約書参照）。 | | | | | |
| | 体験入所の内容 | 1泊2日（昼食 夕食 朝食付き）8,000円（税別） | | | | | |
| | 入居定員 | 50名（夫婦室2室含む） | | | | | |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------|--------------|---------------|----------------------|----------------------------|
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 5 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 85歳以上 | 3 | 7 | 5 | 6 | 3 | 23 |
| | 一般 | 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 | 0 | 0 | | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 2 | 0 | 1 | 0 | | 3 |
| 85歳以上 | 11 | 1 | 0 | 0 | | 12 |
| 入居者の平均年齢 | 88歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 12名 | | 女性 | 34名 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 92% | | | | | |
| 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 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| その他 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 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 | 3 | 3 | 30 | 10 | 0 | 0 |
| 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 | | 11 | 15 | 20.56~37.24 m ² |
| | 一般居室相部屋 | | なし | | | m ² |
| | | | | | | m ² |
| | | | | | | m ² |
| | 介護居室個室 | あり | | 35 | 35 | 16.45~16.49 m ² |
| | 介護居室相部屋 | | なし | | | m ² |
| | | | | | m ² | |
| | | | | | m ² | |
| 一時介護室 | あり | | 1 | 1 | 16.45 m ² | |
| | | | | | m ² | |

| | | | |
|---|--|--|------------|
| 電話番号 | 0 1 2 0 - 1 7 4 - 2 9 4 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 | |
| | 土曜 | 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 | |
| | 日曜・祝日 | 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 | |
| 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姫路市役所 介護保険課 ②兵庫県国民健康保険団体連合会 ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 | | |
| 電話番号 | ①0 7 9 - 2 2 1 - 2 9 2 3 ②0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7 ③0 3 - 3 2 7 2 - 3 7 8 1 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5 | |
| | 土曜 | 休日 | |
| | 日曜・祝日 | 休日 | |
| 定休日等 | 土日・祝祭日・年末年始等 | | |
| 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) (公社)全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」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、不可抗力による場合を除き賠償されます。 | |
| その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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) 日常生活における健康維持と機能訓練および、単なる給食サービスに終わらない一般家庭のような味と安心・安全を加味した食事の提供。 | | | |
| 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

| 利用料の支払い方式 | 一時金方式 | <u>月払い方式</u> | 選択方式 | | | | |
|--------------------------|---|--------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------|---------------------------------------|
| 敷金 | 0円（家賃のヶ月分） | | | | | | |
| 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 | <u>なし</u> | あり | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <u>なし</u> | あり | | | | | |
| 料金プラン | | | | | | | |
| プラン 名称 | 月額 | (内訳) | | | | | |
| | 合計 | 家賃 相当額 | 介護 費用 | 食費 | 管理費 | 居室光 熱水費 | 生活 支援費 |
| 介護居室 | (要支援・要介護) 165,000円 +消費税 | 80,500 円 | 0 円 + 消費税 ※自立者 以外 | 51,000 円 + 消費税 ※30日分 | 33,500 円 + 消費税 | 実費 (居室のみ) | 35,000 円 + 消費税 ※自立者 のみ |
| | (自立) 200,000円 +消費税 | | | | | | |
| 一般居室 | (要支援・要介護) 186,800円 +消費税 (自立) 221,800円 +消費税 | 102,300 円 | | | | | |
| 夫婦居室 (2名分) | (要支援・要介護) 294,500円 +消費税 (自立) 364,500円 +消費税 | 125,500 円 | | | | | |
| ※介護保険サービスの自己負担金額は含まれません。 | | | | | | | |
| 家賃相当額 | | | | | | | |
| 介護費用 | 長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週35時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 | | | | | | |
| 食費 | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。(喫食数による返金制度もあります。) | | | | | | |
| 光熱水費 | 居室電気料金は、居室電力量メーターに基づいて計算させていただきます。 | | | | | | |
| 管理費 | 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。 ※実費で提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照。 | | | | | | |
| 生活支援費 | 一般利用者15名に対し、介護職員を1名配置し、自立者の一時的介護等を行うための費用。 | | | | | | |
| 月払い方式 | | | | | | | |

| | | |
|---|---|----|
| 介護保険サービスの自己負担額 | | |
| 内容 | ※要支援・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 | 長期推計に基づき、要介護者等2人に対し週35時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用。 | |
| 利用料 | 円+税（月額・日額）※要支援者・要介護者 | |
| 算定根拠 | 介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 | |
| 支払方法 | 月単位（日割り有無あり・なし） | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス | | |
| 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 | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。 （介護サービス等の一覧表を参照。） | |
| 料金改定の手続 | | |
| ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、改訂することがある。 | | |

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）

上記すべての内容について、説明を受け、同意しました。

印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

介護サービス等の一覧表

| 介護を行う場所 | 自 立 | | (要支援 1・2、要介護 1～5 区分) | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|---------------------------|---|
| | 専用居室 | | 専用居室 | | 専用居室 | |
| | 月額利用料 に含む サービス | その都度 徴収する サービス | 月額利用料 に含む サービス | その都度 徴収する サービス | 月額利用料 に含む 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 9時～18時 | 必要に応じて | - | 2時間ごと 及び随時 | - | 2時間ごと 及び随時 | 特別な 対応は有料 |
| 夜間 18時～9時 | | - | | - | | |
| ○食事介助 | - | - | 一部若しくは 全介助 | | 一部若しくは 全介助 | |
| ○排泄 | | | | | | |
| ・排泄介助 | - | - | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・おむつ交換 | - | - | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・おむつ代 | - | 実費 | - | 実費 | - | 実費 |
| ○入浴等 | | | | | | |
| ・清拭 | - | - | 入浴不可時 及び 必要時に実施 | | 入浴不可時 及び 必要時に実施 | |
| ・一般浴介助 | - | 必要時¥1,000/ 回 | 週 2 回 | 左記を超える 場合 ¥1,000/回 | 週 2 回 | 左記を超える 場合 ¥1,000/回 |
| ・特浴介助 | - | | | | | |
| ○身辺介助 | | | | | | |
| ・体位変換 | - | - | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・居室からの移動 | - | - | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・衣服の着脱 | - | - | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・身だしなみ介助 | - | - | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ○機能訓練 | - | - | 特定施設 サービス計画に 基づいて実施 | | 特定施設 サービス計画に 基づいて実施 | |
| ○通院の介助 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 | 無料 | 協力医療 機関外 ¥1,000/30分 + 交通費実費 | 無料 | 協力医療 機関外 ¥1,000/30分 + 交通費実費 | 無料 | 協力医療 機関外 ¥1,000/30分 + 交通費実費 |
| ○緊急時対応 ・ナースコール | 24時間 対応 | | 24時間 対応 | | 24時間 対応 | |
| ●生活サービス | | | | | | |
| ○家事 | | | | | | |
| ・居室清掃 | 週 1 回 | 左記以外 ¥1,000/回 | 週 1 回 | 左記以外 ¥1,000/回 | 週 1 回 | 左記以外 ¥1,000/回 |

| 介護を行う場所 | 自立 | | (要支援1・2、要介護1～5区分) | | | |
|---|----------------------|-------------------------------------|----------------------|---|----------------------|---|
| | 専用居室 | | 専用居室 | | 専用居室 | |
| | 月額利用料 に含む サービス | その都度 徴収する サービス | 月額利用料 に含む サービス | その都度 徴収する サービス | 月額利用料 に含む サービス | その都度 徴収する サービス |
| ・ 日常の洗濯 | - | ¥2,000/月 又は ¥300/回 | - | ¥2,000/月 又は ¥300/回 | - | ¥2,000/月 又は ¥300/回 |
| ・ リネン交換 | 週1回 | 汚染時 実費 | 週1回 | 汚染時 実費 | 週1回 | 汚染時 実費 |
| ○居室配膳・下膳 | 必要時 (体調不良時等) | ¥500/回 (本人都合による 室配膳) | 必要時 (体調不良時等) | ¥500/回 (本人都合に よる室配膳) | 必要時 (体調不良時 等) | ¥500/回 (本人都合によ る室配膳) |
| ○理美容師による理美容サ ービス | - | 実費 | - | 実費 | - | 実費 |
| ○代行 | | | | | | |
| ・ 買い物 | 週1回 指定日 | 左記以外 ¥1,000/回 | 週1回 指定日 | 左記以外 ¥1,000/回 | 週1回 指定日 | 左記以外 ¥1,000/回 |
| ・ 役所手続き | - | ¥1,000/ 30分 | - | ¥1,000/ 30分 | - | ¥1,000/ 30分 |
| ・ 金銭・貯金管理 | - | ¥2,000/月 | - | ¥2,000/月 | - | ¥2,000/月 |
| ●健康管理サービス | | | | | | |
| ・ 定期健康診断 | 年2回 | 実費 | 年2回 | 実費 | 年2回 | 実費 |
| ・ 健康相談 | 適宜対応 | | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・ 生活指導・栄養指導 ・ 服薬支援 | 適宜対応 | | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ・ 医師の往診 | - | 実費 | - | 実費 | - | 実費 |
| ●入退院時、入院中のサービス | | | | | | |
| ・ 医療費 | - | 実費 | - | 実費 | - | 実費 |
| ○移送サービス ○入退院時の同行 ・ 協力医療機関 ・ 協力医療機関以外 | 適宜対応 | | 適宜対応 | | 適宜対応 | |
| ○入院中の洗濯物交換 ・ 買い物 | 週1回程度 | 協力医療 機関外 ¥1,000/30分＋ 交通費実費 | 週1回程度 | 協力医療 機関外 ¥1,000/30分 ＋ 交通費実費 | 週1回程度 | 協力医療 機関外 ¥1,000/30分 ＋ 交通費実費 |
| ○入院中の見舞い訪 問 | | | | | | |
| ●その他のサービス | | | | | | |
| ・ レクリエーション | 適宜 | 材料費等 実費 | 適宜 | 材料費等 実費 | 適宜 | 材料費等 実費 |
| ・ 新聞購読等 | - | 実費 | - | 実費 | - | 実費 |

※上記金額に消費税は含まれておりません。