

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) <u>ぐらうぷりびんぐ</u> カリス			
	グループリビング カリス			
所在地	〒283 - 0001			
	千葉県東金市家子1671-21			
所在地 (建物名等)	グループリビング カリス			
市区町村コード	都道府県	千葉県	市区町村	東金市
主な利用交通手段	最寄駅	成東 駅		
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 成東駅・東金駅よりバスにて 家子下車。家子バスより徒歩 15分 成東駅より10分乗車		
連絡先	電話番号	0475 - 55 - 0108		
	FAX番号	0475 - 55 - 0108		
	メールアドレス	なし @		
	ホームページ有無	なし		
	ホームページアドレス	なし *		
管理者	氏名	佐瀬 信好		
	職名	介護職		
建物の竣工日		平成14年	3月	20日
有料老人ホーム事業の開始日		平成18年	5月	1日

千葉県に届出している日付を入力してください
増築などを行った場合も当初の竣工日を入力してください

(類型) 【表示事項】

類型	住宅型		
1 又は 2 に該当する 場合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名		
	事業所の指定日	年	月 日
	指定の更新日 (直近)	年	月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	130.90	m ²		
	所有関係	2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃貸の種別			
		抵当権の有無	なし		
		契約期間	開始		
			年	月	日
			終了		
年	月	日			
契約の自動更新					
建物	延床面積	全体	89.43 m ²		
		うち、老人ホーム部分	m ²		
	耐火構造	準耐火建築物			
		B その他の場合			
	構造	木造			
	4 その他の場合				

	所有関係	2 事業者が賃借する建物の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間	開始			
年	月		日			
終了						
		年	月	日		
		契約の自動更新				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	全室個室				
		2 相部屋ありの場合				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ1			m ²		
	タイプ2			m ²		
	タイプ3			m ²		
	タイプ4			m ²		
	タイプ5			m ²		
タイプ6			m ²			
タイプ7			m ²			
タイプ8			m ²			
タイプ9			m ²			
タイプ10			m ²			
種類が10以上あり、本欄に記載しきれない場合は、次ページのその他に入力してください						

職員用は含めないでください

共用施設	共用便所における便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他	ヶ所
食堂	あり			
入居者や家族が利用できる調理設備	なし			
エレベーター	なし			
消防用設備等	消火器	あり		
	自動火災報知設備	あり		
	火災通報設備	あり		
	スプリンクラー	あり		
	防火管理者	なし		
	防災計画	なし		
緊急通報装置等	居室	なし		
	便所	なし		
	浴室	なし		
	その他			
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 談話室や集会室等の入居者が利用できる共用施設を入力してください ・ 前ページの居室の状況について、11種類目以上を入力する際は、ここに<input type="checkbox"/>入力してください 			

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	当施設は、下宿型のグループリビングです。一つ屋根の下で互いを助け合い、活かし合い、共に生活することへの安心を得るお住まいを求めています。
サービスの提供内容に関する特色	家事、炊事、買物その他生活に関するサポート。そして健康の管理等を援助いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施
食事の提供	〇
洗濯・掃除等の家事の供与	〇
健康管理の供与	〇
安否確認又は状況把握サービス	〇
生活相談サービス	〇

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算		
	生活機能向上連携加算		
	個別機能訓練加算		
	夜間看護体制加算		
	若年性認知症入居者受入加算		
	医療機関連携加算		
	口腔衛生管理体制加算		
	栄養スクリーニング加算		
	退院・退所時連携加算		
	看取り介護加算		
	認知症専門ケア加算	(I)	
		(II)	
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	
		(I)ロ	
(II)			
	(III)		

介護職員処遇改善加算	(I)	
	(II)	
	(III)	
	(IV)	
	(V)	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	
	(II)	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 ありの場合	
	(介護・看護職員の配置率)	: 1

(医療連携の内容) 医療支援のうち、費用が発生するものは別添2に金額等を入力してください

医療支援 ※複数選択可	<input type="radio"/> 救急車の手配
	<input type="radio"/> 入退院の付き添い
	<input type="radio"/> 通院介助
	その他

1	名称	みんなのライフサポートクリニック大網
	住所	千葉県大網白里市駒込780-1
	診療科目	内科
	協力科目	皮膚科、泌尿科
	協力内容	月2回 訪問診療、診察処方発行

・具体的な協力内容を入力してください
 ・入居者が雇用を負担する必要がある場合はその旨を入力してください

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	一時介護室へ移る場合	
	介護居室へ移る場合	
	その他	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無		
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	
	便所の変更	
	浴室の変更	
	洗面所の変更	
	台所の変更	
	その他の変更	1 ありの場合
	(変更内容)	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	あり
	要支援の者	あり
	要介護の者	あり
留意事項		
契約解除の内容	入居者が逝去した場合 入居者が契約解除が行われた場合 事業所が契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求め る場合	解約条項	
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		ヶ月
体験入居の内容	① ありの場合	
	(内容)	食事代のみ 1150円/日
入居定員		4人
その他		

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数) 各職種別の職員数が13ページの表と整合性が取れるようにしてください

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	/	/		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				時間
※1 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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要				

(資格を有している介護職員の人数) 1人が複数の資格を有する場合は、重複して入力することが可能です

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	/	/	
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数) 1人が複数の資格を有する場合は、重複して入力することが可能です

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数) 職員が配置されていない時間帯が生じる場合は0人です

夜勤帯の設定時間	(時 分 ~ 時 分)	
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	/ 人	/ 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	: 1

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務										
	業務に係る資格等	① ありの場合									
		資格等の名称	初任者研修の修了 福祉用具専門相談員								
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	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											
に業務に応じた従事した職員の経験年数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上			/							
従業者の健康診断の実施状況		あり									

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		利用権方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
		<input type="checkbox"/>	全額前払い方式
		<input type="checkbox"/>	一部前払い・一部月払い方式
		<input checked="" type="checkbox"/>	月払い方式
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	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		日割り計算で減額	
		3 不在期間が〇日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 不在期間が / 日以上	
利用料金の改定	条件		
	手続き		

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) プランが1つだけであれば、プラン2は空欄にしてください

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	2		
	年齢	73 歳	歳	
居室の状況	床面積	9.9372 m ²	m ²	
	便所	なし		
	浴室	なし		
	台所	なし		
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		37,200 円	円	
サービス費用	家賃		円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費	34,500 円	円
		管理費 共益費	13,200 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	15,000 円	円
		その他	円	円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。				
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)				

家賃とサービス費用の合計が月額費用の合計と一致しているか確認してください

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	37,200 円
敷金	家賃の ヶ月分 なし
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	

管理費 共益費	共有用の洗面・入浴・トイレ用品等 消耗品に係る費用
食費	朝食 250円 昼食 300円 夕食 600円/日
光熱水費	水道・ガス・電気・浄化槽に係る費用
利用者の個別的な選択による サービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
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 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数) それぞれの合計は一致します

性別	男性	2 人
	女性	0 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	2 人
	75歳以上85歳未満	0 人
	85歳以上	0 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	0 人
	6ヶ月以上1年未満	1 人
	1年以上5年未満	1 人
	5年以上10年未満	0 人
	10年以上15年未満	0 人
	15年以上	0 人

(入居者の属性) 前表のそれぞれの種別合計と一致します

平均年齢	73 歳
入居者数の合計	2 人
入居率※	50 %

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退居先別の人数	自宅等	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡	0 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		0 人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)
		0 人

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口1		
窓口の名称	グループリビング カリス	
電話番号	0475 - 55 - 0108	
対応している時間	平日	9 時 00 分 ~ 17 時 00 分
	土曜	9 時 00 分 ~ 17 時 00 分
	日曜・祝日	9 時 00 分 ~ 17 時 00 分
定休日		

窓口2

窓口の名称		
電話番号		- -
対応している時間	平日	時 分 ~ 時 分
	土曜	時 分 ~ 時 分
	日曜・祝日	時 分 ~ 時 分
定休日		

窓口3

窓口の名称		
電話番号		- -
対応している時間	平日	時 分 ~ 時 分
	土曜	時 分 ~ 時 分
	日曜・祝日	時 分 ~ 時 分
定休日		

窓口4

窓口の名称		
電話番号		- -
対応している時間	平日	時 分 ~ 時 分
	土曜	時 分 ~ 時 分
	日曜・祝日	時 分 ~ 時 分
定休日		

窓口5

窓口の名称		
電話番号		- -
対応している時間	平日	時 分 ~ 時 分
	土曜	時 分 ~ 時 分
	日曜・祝日	時 分 ~ 時 分
定休日		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	なし	
	1 ありの場合	
	その内容	
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	なし	
	1 ありの場合	
	その内容	
事故対応及びその予防のための指針	あり	

(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	
	1 ありの場合	
	実施日	
	結果の開示	
第三者による評価の実施状況	① ありの場合	
	実施日	年1回
	評価機関名称	行政関係者
	結果の開示	なし

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	公開してない
財務諸表の要旨	公開してない
財務諸表の原本	公開してない

10 その他

運営懇談会	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 回	
	② なしの場合	
	1 代替措置ありの場合 (内容)	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
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	平成19年10月31日	
高齢者の居住の安定確保 に関する法律第5条第1 項に規定するサービス付 き高齢者向け住宅の登録		
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模及び 構造設備」に合致しない 事項	① ありの場合	
	合致しない事項が ある場合の内容	千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の 「5 規模及び構造設備」を満たさない内容
	「6. 既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性	新築の場合（既存建築物等を活用していない 場合）は入力不要です
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項		

	不適合事項がある 場合の内容	
--	-------------------	--

備考

添付書類： 別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

「有」の場合は、事業所の名称と所在地を入力してください

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

介護サービスの種類	有無	主な事業所の名称	所在地	併設	隣接
＜居宅サービス＞					
訪問介護	無				
訪問入浴介護	有				
訪問看護	有				
訪問リハビリテーション	有				
居宅療養管理指導	有				
通所介護	有				
通所リハビリテーション	有				
短期入所生活介護	有				
短期入所療養介護	有				
特定施設入居者生活介護	有				
福祉用具貸与	有				
特定福祉用具販売	有				
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有				
夜間対応型訪問介護	有				

地域密着型通所介護	無				
認知症対応型通所介護	リ				
小規模多機能型居宅介護	リ				
認知症対応型共同生活介護	リ				
地域密着型特定施設入居者生活介護	リ				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	リ				
看護小規模多機能型居宅介護	リ				
居宅介護支援	リ				
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	無				
介護予防訪問看護	リ				
介護予防訪問リハビリテーション	リ				
介護予防居宅療養管理指導	リ				
介護予防通所リハビリテーション	リ				
介護予防短期入所生活介護	リ				
介護予防短期入所療養介護	リ				
介護予防特定施設入居者生活介護	リ				

介護予防福祉用具貸与	無				
特定介護予防福祉用具販売	リ				
<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	無				
介護予防小規模多機能型居宅介護	リ				
介護予防認知症対応型共同生活介護	リ				
介護予防支援	リ				
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	無				
介護老人保健施設	リ				
介護療養型医療施設	リ				
介護医療院	リ				
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	無				
通所型サービス	リ				
その他生活支援サービス	リ				

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は、この欄は全て「なし」を選択してください

入居者に提供するサービスの有無及び料金を入力してください

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料金で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考
		包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス					
食事介助		なし			利用料なし負担あり実施は
排泄介助・おむつ交換		なし			り
おむつ代		あり			講入額
入浴（一般浴）介助・清拭		なし			利用料なし負担あり実施は
特浴介助					
身辺介助（移動・着替え等）		なし			り
機能訓練		なし			り
通院介助		なし			り
生活サービス					
居室清掃		なし			利用料なし負担あり実施は
リネン交換		なし			り
日常の洗濯		なし			り
居室配膳・下膳		なし			り
入居者の嗜好に応じた特別な食事		なし			り
おやつ		なし			り
理美容師による理美容サービス					
買い物代行		なし			り
役所手続き代行		なし			り
金銭・貯金管理		なし	○		り
健康管理サービス					
定期健康診断		なし	○		個人
健康相談		なし			利用料なし負担あり実施は
生活指導・栄養指導		なし			り
服薬支援		なし			り
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		なし			り

入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行		なし				利用料なし負担なし
入院中の洗濯物交換・買い物		なし				り
入院中の見舞い訪問		なし				り

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2: 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3: 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。