

事業所名: グループホーム あかね雲

事業所番号: 2895100028 (枝番)

基本情報 (認知症対応型共同生活介護)

| | | | |
|------|---------|-------|------------|
| 計画年度 | 2010 年度 | 記入年月日 | 2010/11/30 |
| 記入者名 | 仁田 敏夫 | 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

※ 介護サービス情報について、記入したサービスと同じ場合は、下記のボタンを1つだけ押下したうえ、異なっている箇所のみ、ご記入下さい。(例えば、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスと一体的に運営している場合、「介護予防認知症対応型共同生活介護と同じ」ボタンを押下し、介護予防認知症対応型共同生活介護の調査票の記載と異なる箇所のみ記入します。)

| 法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
|--------------------------------|------------|---|
| 法人等の名称 | 法人等の種類 | 01:社会福祉法人(社協以外) 02:社会福祉法人(社協) 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体(都道府県) 11:地方公共団体(市町村) 12:地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99:その他 [03] |
| | 名称 | (その他の場合、その名称) : (ふりがな) : いりょうほうじんしゃだん あさひしんりょうしょ 医療法人社団 旭診療所 |
| 法人等の主たる事務所の所在地 | 〒 651-0095 | |
| | | 兵庫県神戸市中央区旭通2丁目4番5号101号 |
| 法人等の連絡先 | 電話番号 | 078-221-3263 |
| | FAX番号 | 078-242-6226 |
| | ホームページアドレス | [0] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → http://akane-gumo.com/html/index2.html |
| 法人等の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 横山 忠資 |
| | 職名 | 理事長 |
| 法人等の設立年月日 | | 2002/04/10 |

| 法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス | | | | |
|------------------------|--------------------|-----|-------------|-------------------|
| 介護サービスの種類 | | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所在地 |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問入浴介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問看護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | 旭診療所 | 神戸市中央区旭通2-4-5-101 |
| 通所介護 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | デイサービス あかね雲 | 神戸市中央区旭通2-9-5 |
| 通所リハビリテーション | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | あすなる旭 | 神戸市北区西大池1-31-28 |
| 短期入所生活介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所療養介護 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | あすなる旭 | 神戸市北区西大池1-31-28 |
| 特定施設入居者生活介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 福祉用具貸与 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定福祉用具販売 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |

| | | | | |
|----------------------|--------------------|---|--------------|-------------------|
| 認知症対応型共同生活介護 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | グループホーム あかね雲 | 神戸市中央区旭通2-9-5 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅介護支援 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| <介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問看護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | 旭診療所 | 神戸市中央区旭通2-4-5-101 |
| 介護予防通所介護 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | デイサービス あかね雲 | 神戸市中央区旭通2-9-5 |
| 介護予防通所リハビリテーション | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | あすなる旭 | 神戸市北区西大池1-31-28 |
| 介護予防短期入所生活介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | [1] 0. なし・ 1. あり | 1 | あすなる旭 | 神戸市北区西大池1-31-28 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |

| ＜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 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 グループホーム あかね雲 | 神戸市中央区旭通2-9-5 |
| 介護予防支援 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |
| 介護老人保健施設 | [1] | 0. なし・ 1. あり | 1 あすなろ旭 | 神戸市北区西大池1-31-28 |
| 介護療養型医療施設 | [0] | 0. なし・ 1. あり | | |

2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

※ 介護サービス情報について、記入したサービスと同じ場合は、下記のボタンを1つだけ押下したうえ、異なっている箇所のみ、ご記入下さい。(例えば、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスと一体的に運営している場合、「介護予防認知症対応型共同生活介護と同じ」ボタンを押下し、介護予防認知症対応型共同生活介護の調査票の記載と異なる箇所のみ記入します。)

| 事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | |
|---|---|
| 事業所の名称 | (ふりがな) ぐるーふほーむ あかねぐも |
| | グループホーム あかね雲 |
| 事業所の所在地 | 〒 651-0095 市区町村コード 28 110 |
| | 兵庫県神戸市中央区旭通2丁目9番5号 |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 078-252-8685 |
| | FAX番号 078-252-8687 |
| | ホームページアドレス [1] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → http://akane-gumo.com |
| 介護保険事業所番号 | 2895100028 |
| 事業所の管理者の氏名及び職名 | 氏名 仁田 敏夫 |
| | 職名 管理者 |
| 事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しく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直近の年月日) | |
| 事業の開始(予定)年月日 | 2009/12/01 |
| 指定の年月日 | 2009/12/01 |
| 指定の更新年月日(直近) | 2015/11/30 |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| 事業所までの主な利用交通手段 | |
| JR、阪神、阪急、地下鉄三宮駅から徒歩10分 | |

3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

※ 介護サービス情報について、記入したサービスと同じ場合は、下記のボタンを1つだけ押下したうえ、異なっている箇所のみ、ご記入下さい。(例えば、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスと一体的に運営している場合、「介護予防認知症対応型共同生活介護と同じ」ボタンを押下し、介護予防認知症対応型共同生活介護の調査票の記載と異なる箇所のみ記入します。)

.....

| 職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等 | | | | | | |
|--|---------|--------------------|--------|---------------|--------------------|--------|
| 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 | | |
| 管理者 | 0 人 | 1 人 | — | — | 1 人 | 0.5 人 |
| 計画作成担当者 | 0 人 | 2 人 | 0 人 | 0 人 | 2 人 | 1 人 |
| 介護福祉士 | 6 人 | 3 人 | 0 人 | 0 人 | 9 人 | 7.5 人 |
| 看護師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| その他の従業者 | 3 人 | 0 人 | 5 人 | 0 人 | 8 人 | 7.3 人 |
| 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。 | | | | | | |
| 従業者である計画作成担当者が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | |
| 介護支援専門員 | | 0 人 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | |
| 夜勤・宿直を行う従業者の人数 | 夜勤 | | | | | 2 人 |
| | 宿直 | | | | | 0 人 |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | [1] 0. なし・ 1. あり | |
| 管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等 | | [1] 0. なし・ 1. あり | | | | |
| | | 1. あり: → | 資格等の名称 | 介護福祉士、介護支援専門員 | | |
| 介護従業者1人当たりの利用者数 | | | | | 1.1 人 | |
| 従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
| 区分 | 計画作成担当者 | | 介護従業者 | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | 2 人 | 0 人 | 12 人 | 3 人 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 1 人 | 0 人 | 1 人 | 2 人 | | |
| 1年～3年未満の者の人数 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 1 人 | | |
| 3年～5年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 | 3 人 | 0 人 | | |
| 5年～10年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 | 5 人 | 1 人 | | |
| 10年以上の者の人数 | 0 人 | 0 人 | 3 人 | 1 人 | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | [1] 0. なし・ 1. あり | |

4. 介護サービスの内容に関する事項

※ 介護サービス情報について、記入したサービスと同じ場合は、下記のボタンを1つだけ押下したうえ、異なっている箇所のみ、ご記入下さい。(例えば、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスと一体的に運営している場合、「介護予防認知症対応型共同生活介護と同じ」ボタンを押下し、介護予防認知症対応型共同生活介護の調査票の記載と異なる箇所のみ記入します。)

| | |
|---|---|
| 事業所の運営に関する方針 | |
| 「地域の方と共に」「家庭的なケア」「信頼関係を築く」「現有能力の活用」という理念をスタッフ全員でBS法(ブレインストーミング法)を用いて決め、その理念に基づき運営しております。利用者の方々が、住みなれた地域で、地域の方と触れ合いながら、信頼できるスタッフに囲まれ、家庭の中で過ごしているような安心感の中で生活していただけるよう支援いたします。また事業者でもある旭診療所との密接な連携の下、できるだけ健康に過ごしていただけるよう支援いたします。 | |
| 介護予防および介護度進行予防に関する方針 | |
| 当施設では、利用者の方々の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、PTとの連携の下介護サービス計画を作成し、日常生活動作訓練を行っています。また現有能力を活かしながら、自立生活ができるだけ行えるよう日常生活上の支援を行います。 | |
| 介護サービスの内容、入居定員等 | |
| 夜間ケア加算(介護報酬の加算)の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算(介護報酬の加算)の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| 若年性認知症利用者受入加算(介護報酬の加算)の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| 看取り介護の実施(介護報酬の加算)の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| 医療連携体制加算(介護報酬の加算)の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| 退居時相談援助加算(介護報酬の加算)の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護報酬の加算)の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| 入居定員 | 2 ユニット 18 人 |
| 介護サービスの提供内容に関する特色等 | 事業者でもある旭診療所がすぐ隣にあり、密接な連携体制にありますので、きめ細かく迅速な受診介助が可能です。またデイサービス職員である理学療法士との連携の下、専門性の高いリハビリを計画しております。 |
| 利用に当たっての条件 | ①要支援2以上の被認定者であり、かつ認知症の状態である方。 ②少人数による共同生活を営むことに支障がない方。 ③自傷他害の恐れがない方。④常時医療機関において治療する必要がない方。 ⑤契約書に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できる方。 |
| 退居に当たっての条件 | ①自立もしくは要支援1と認定された場合。 ②ご本人または代理人が退去を望まれ、契約書に定められている予告期間が満了した場合。 ③他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設への受け入れが可能となった時。④その他契約書に定められている条件に合致する場合。 |
| 短期利用共同生活介護の提供の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |
| 共用型指定認知症対応型通所介護の提供の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり |

| | | | |
|-------------------------|--|---------------|-------------|
| 協力医療機関の名称 | 旭診療所 | | |
| (協力の内容) | 定期薬、臨時薬、血液検査、点滴、注射等のための受診。 | | |
| 協力歯科医療機関 | [1] 0. なし・ 1. あり | その名称 | 甲南デンタルクリニック |
| (協力の内容) | 週一回の歯科往診、また臨時往診。 | | |
| 医療連携体制の状況 (看護師の確保方法) | [1] 0. 職員として配置・ 1. 契約 | | |
| | 契約先の名称 | 訪問看護ステーションうさぎ | |
| バックアップ施設の名称 | | | |
| (協力の内容) | | | |
| 運営推進会議の開催状況 | | | |
| (前年度1年間の開催実績) | 2 | (参加者人数) | 22 人 |
| (協議内容等) | 運営推進会議は、民生委員、婦人会員、地域包括センター職員、訪問看護ステーション職員、利用者代表、利用者の家族代表が参加のもと、2ヶ月に1回開催している。会議では、サービスの提供内容、地域交流等について報告し、改善にむけ相談している。議事録を発行し、1階玄関先の見やすいところに置いている。 | | |
| 地域・市町村との連携状況 | ☐地域の方と共に防災訓練を行うよう、地域の防災担当者と協議の上企画している。 | | |

認知症対応型共同生活介護の入居者の状況

入居者の人数

| 区分 | 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人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 |
| 75歳以上85歳未満 | 3人 | 1人 | 4人 | 0人 | 0人 | 8人 |
| 85歳以上 | 4人 | 1人 | 3人 | 1人 | 0人 | 9人 |

入居者の平均年齢

84 歳

入居者の男女別人数

男性

4人

女性

14人

入居率(一時的に不在となっている者を含む)

100 %

前年度の認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数

| 退去先 | 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人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 介護保険施設 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 医療機関 | 0人 | 0人 | 2人 | 0人 | 0人 | 2人 |
| 死亡者 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| その他 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6か月未満 | 6か月以上 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 |
|------|-------|---------------|--------------|--------------|---------------|-------|
| 入居者数 | 1人 | 17人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |

| 介護サービスを提供する事業所、設備等の状況 | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|--|---------------------|
| 建物形態 | [0] 0. 単独型・ 1. 併設型 | | | |
| 建物構造 | 鉄骨 造り | | 5 階建ての | 2・3・4 階部分 |
| 広さ等 | 敷地面積 | | 延床面積 | 1室当たりの居室面積 |
| | 193.49 m ² | | 705.39 m ² | 8.37 m ² |
| 二人部屋の有無 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 共同便所の設置数 | 男子便所 | 0 か所 | うち車いす等の対応が可能な数 | 0 か所 |
| | 女子便所 | 0 か所 | うち車いす等の対応が可能な数 | 0 か所 |
| | 男女共用便所 | 6 か所 | うち車いす等の対応が可能な数 | 4 か所 |
| 個室の便所の設置数 | 0 か所 | | 個室における便所の設置割合 | 0 % |
| | | | うち車いす等の対応が可能な数 | 0 か所 |
| 浴室の設備状況 | | | | |
| 浴室の総数 | | | 2 か所 | |
| 個浴 | | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
| 2 か所 | | 0 か所 | 0 か所 | 0 か所 |
| その他の浴室の設備に関する事項 | | 併設するデイサービスにはジェットバス仕様の個浴があり、デイサービスの休業日には使用が可能である。 | | |
| 居間、食堂、台所の設備状況 | | 両フロアにリビング、ダイニングを見渡せるオープンキッチンを設置。南側は全面ガラスにしている。ダイニング兼リビングには、窓際にテレビをゆったりと観賞できるようにソファを設置している。その他1階に厨房を設置している。 | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | | [1] 0. なし・ 1. あり | |
| その他の共用施設の設備状況 | | | | |
| [1] 0. なし・ 1. あり | | (その内容) | 家族面会室、会議室、共用の洗濯室、屋上 | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | |
| (その内容) | | | 手すりの設置、リビングのテーブル位置の工夫、段差の解消、車イスの方用のエレベータボタン・ナースコール等、障害のある方でも自立生活ができるよう配慮している | |
| 消火設備等の状況 | | | [1] 0. なし・ 1. あり | |
| 緊急通報装置の設置状況 | | | [2] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり | |
| 外線電話回線の設置状況 | | | [2] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり | |
| テレビ回線の設置状況 | | | [3] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり | |
| 事業所の敷地に関する事項 | | | | |
| 敷地の面積 | | | 193.49 m ² | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | | [1] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり | |
| 抵当権の設定 | | | [0] 0. なし・ 1. あり | |
| 貸借(借地) | | | | |
| [0] 0. なし・ 1. あり | | 契約期間 | 始 | 終 |
| 契約の自動更新 | | | [0] 0. なし・ 1. あり | |

| 事業所の建物に関する事項 | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------|------------|---|--------------------|------------|----------------|
| 建物の延床面積 | | | | | | 705.39 | m ² |
| 事業所を運営する法人が所有 | [1] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり | | | | | | |
| 抵当権の設定 | [0] 0. なし・ 1. あり | | | | | | |
| 貸借(借家) | | | | | | | |
| [1] 0. なし・ 1. あり | 契約期間 | 始 | 2010/12/01 | | 終 | 2059/11/30 | |
| | 契約の自動更新 | | | | [1] 0. なし・ 1. あり | | |
| 利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | | | | | |
| 窓口の名称 | 管理者および副管理者 | | | | | | |
| 電話番号 | 078-252-8685 | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時 | 0分 | ～ | 17時 | 0分 | |
| | 土曜 | 9時 | 0分 | ～ | 17時 | 0分 | |
| | 日曜 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | |
| | 祝日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | |
| 定休日 | 日曜、祝日 | | | | | | |
| 留意事項 | 窓口担当者がどちらも休みの場合は、申し訳ありませんが、他スタッフがお伺いし、後日担当者より折り返しご連絡いたしますので、ご了承ください。2, 3階各フロアの玄関にもご意見箱を設置しております。ご意見のご投函お待ちしております。 | | | | | | |
| 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の仕組み | | | | | | | |
| 損害賠償保険の加入状況 | [1] 0. なし・ 1. 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 | | | | | | | |
| [0] 0. なし・ 1. あり | 当該結果の開示状況 | | | | [0] 0. なし・ 1. あり | | |
| 地域密着型サービスの評価の実施状況 | | | | | | | |
| [1] 0. なし・ 1. あり | 実施した直近の年月日 | 2010/11/30 | | | | | |
| | 実施した評価機関の名称 | 特定非営利活動法人 ライフ・デザイン研究所 | | | | | |
| | 当該結果の開示状況 | | | | [1] 0. なし・ 1. あり | | |

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

※ 介護サービス情報について、記入したサービスと同じ場合は、下記のボタンを1つだけ押下したうえ、異なっている箇所のみ、ご記入下さい。(例えば、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスと一体的に運営している場合、「介護予防認知症対応型共同生活介護と同じ」ボタンを押下し、介護予防認知症対応型共同生活介護の調査票の記載と異なる箇所のみ記入します。)

| 利用料等(入居者の負担額) | | | |
|--------------------|--------------------|---------|--------------------------------|
| 家賃(月額) | | | 58,000 円 |
| 敷金 | [0] 0. なし・ 1. あり | | 0 円 |
| 保証金の有無 (入居時一時金) | [1] 0. なし・ 1. あり | 保全措置の内容 | 施設にて保管 |
| | | 償却の有無 | [1] 0. なし・ 1. あり 500000 円 |
| 食材料費 | [1] 0. なし・ 1. あり | 朝食 | 300 円 |
| | | 昼食 | 500 円 |
| | | 夕食 | 480 円 |
| | | おやつ | 100 円 |
| | | 又は1日 | 0 円 |
| その他の費用 | | | |
| ①理美容代 | [1] 0. なし・ 1. あり | | 2000 円 |
| ②おむつ代 | [1] 0. なし・ 1. あり | | 3925 円 |
| ③その他 (管理費) | [1] 0. なし・ 1. あり | | 10000 円 |
| ④その他 (共益費) | [1] 0. なし・ 1. あり | | 5000 円 |
| ⑤その他 (水光熱費) | [1] 0. なし・ 1. あり | | 18000 円 |