

株式会社 むすびあい アンケート記入のお願い

事業者名 _____

ホーム名 _____

ご担当者名 _____

連絡先 _____

メールアドレス _____

※パンフレットに記載されている箇所は省略して結構です。

【基本情報】 ※該当する箇所にご記入・○印・✓でご記載下さい

施設分類	特定施設（一般型）	特定施設（介護専用型）	外部サービス利用型特定施設
	住宅型有料	サ高住	グループホーム
	高齢者住宅	特養	老健
	ケアハウス	高優賃	
介護保険事業所番号	県 ・ 市 指定（事業所番号 _____ 号）		
建物	新築 ・ 改装 （改装の用途： _____ ）		
開設年月日	昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月		
	土地	自社所有	賃貸借 ※賃貸借の場合、契約開始年月と期間（ _____ ）
	建物	自社所有	賃貸借 ※賃貸借の場合、契約開始年月と期間（ _____ ）
建物構造	木造 ・ 鉄筋 ・ 鉄骨 ・ 鉄筋コンクリート ・ その他→（ _____ ）		
	敷地面積： _____ 平米		延べ床面積： _____ 平米
	地上 _____ 階	地下 _____ 階	階建
居室数・定員	室 _____	定員： _____ 名	
居室広さ	個室	m ² _____ ～ _____	m ² _____ （全 _____ 室）
	2人室	m ² _____ ～ _____	m ² _____ （全 _____ 室）
	多床室	m ² _____ ～ _____	m ² _____ （全 _____ 室）
駐車場	最寄駅①	線 _____	駅から徒歩 _____ 分
	最寄駅②	線 _____	駅から徒歩 _____ 分
	最寄駅③	線 _____	駅から徒歩 _____ 分
	バス利用の場合	乗り場からバス名 _____	／ _____ 行き乗車、
	バス停名	下車、徒歩 _____	分
	車の場合	線 _____	駅より車で _____ 分
	道 _____	I.C.より _____ 分	
来客用 _____ 台	利用者用 _____ 台	（月間 _____ 円） ・ なし	

～入居条件情報～ ※該当する箇所にご記入・○印でご記載下さい

年齢	____歳以上				
	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
	要介護3	要介護4	要介護5		
	自立に○がない場合、夫婦入居の際一方が自立でも入居は（ 可能 不可能 ）				
若年入居相談	2号保険者であれば可能		要相談	不可	
身元保証人	1名必要	2名必要	2名以上必要	不要でも相談可能	
居住の権利形態	利用権方式		建物賃貸借方式	終身建物賃貸借方式	
利用料支払方式	一時金方式		月払い方式	選択方式	
介護居室区分	全室個室		相部屋あり		
入居金保全措置	有料老人ホーム協会保証	銀行保証	保険会社保証	大企業保証	なし
生活保護相談	可	要相談	不可		
生活保護受入れ条件 (複数回答可)	同一自治体のみ	他自治体からの受入可		受給保護費による	
認知症受け入れ	可能	不可能			
体験入居	なし	あり（ありの場合：1泊		円で最長	日まで）
玄関の施錠	あり	なし			
ペット受け入れ	可能（種類	頭数	大きさ	不可	
サークル活動	華道	茶道	書道	囲碁将棋	麻雀
	カラオケ	詩吟	手芸	その他（ ）	
喫煙	居室で可	屋内専用スペースで可	屋外のみ可	その他	不可
喫煙の管理	施設（事務所）預かりで管理		本人管理	その他（ ）	
喫煙 備考					
飲酒	居室で可	屋内専用スペースで可	屋外のみ可	その他	不可
飲酒の管理	施設（事務所）預かりで管理		本人管理	その他（ ）	
飲酒 備考					
見学送迎	可能	不可	状況により相談		
見学時の送迎範囲	最寄駅まで	同一市区町村内	自宅まで	距離（ホームから	km圏内）
見学時の食事	無料で可能	有料で可能（1食		円）	不可
周辺の環境	海が見える	買い物便利	公園あり		
ゲストルーム（宿泊可）	あり	なし			

【居室設備基本情報】当てはまる項目に「レ」チェックをお願い致します

エアコン	ナースコール	カーテン	収納家具	脱臭装置
テレビ回線	洗面台	電動ベッド	キッチン（全居室）	キッチン（一部居室）
トイレ（カーテン）	トイレ（ドア）	ウォシュレット	電話線	スプリンクラー
浴室（全居室）	浴室（一部居室）	生活センサー	居室内モニター	インターネット環境
その他（ ）				

居室の特長・PRを100字以上でお願いします！

--

【共用部設備基本情報】当てはまる項目に「レ」チェックをお願い致します

キッチン	ユニットバス	喫煙ルーム	カラオケ	ラウンジ
図書コーナー	大浴場	麻雀	シアター	ビリヤード
屋上庭園	園芸用畑	ゲストルーム	理美容室	陶芸室
その他 ()				

～併設事業～ ※該当する科目に○をつけて下さい。

※併設とは同じ建物内にある事を指します。同一敷地内、隣の敷地にある場合は隣接となりますのでクリニック名・事業所名の横に隣接と記入して下さい。

クリニック名							
診療科目	内科	外科	整形外科	精神科	歯科	リハ科	
	循環器科	精神内科	形成外科	脳神経外科	診療内科		
	婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	腎臓内科(透析)		
	その他 ()						
併設事業 事業所名をお書き下さい	薬局名：			訪問介護：			
	薬局名：			訪問介護：			
	訪問看護：			通所介護：			
	居宅介護支援：			小規模多機能：			
	グループホーム：			有料老人ホーム：			
	その他 ())			

～介護詳細情報～ ※下線以外は数字(と○)をつけて下さい

入居者数対職員比率	対 以上						
介護士配置	日中(8:00~18:00)：			勤務		不在	
	夜間帯(18:00~翌8:00)：			勤務		不在	
夜間最少職員数	24時間常駐	日勤(時間帯：)	～)	夜間帯(時間帯：)	～	
夜間最少職員数	<日中>利用者_____：職員1 <夜間帯>夜間最少職員数：___人						
介護手法	ユニットケア		グループケア		フロア分け介護		認知所のみ住み分け
	混在型		その他 ()				

～施設特長詳細情報～

※記入箇所以外は該当するものに○（もしくは✓）をつけて下さい

食事選択(セレクト食)	可能（選択可能な食事： 朝食 昼食 夕食） 不可									
食事提供会社	自社 委託（会社名） 宅配（会社名）									
	宅配の場合（ 3食提供 朝夕提供 昼夕提供 夕のみ提供）									
	1食あたりの費用（ 朝 円、 昼 円、 夕 円）									
治療食対応	可能（ カロリー制限 糖尿病食 腎臓病食 ） 不可									
	刻み食対応 極刻み食対応 ペースト食対応 ソフト食対応									
	上記のお食事は有料（1食につき 円加算） 無料									
入浴設備	ストレッチャー リフト浴 座浴 ミスト浴 大浴場									
	個人浴室（ 室あり）									
温泉	あり（ 天然温泉 準天然温泉 ） なし									
入浴回数	週2回 週3回 制限なし 応相談									
入浴回数 備考	規定回数以上は1回 円で対応可									
リハビリ機材	理学療法士：	毎日	週5日	非常勤（頻度：						不在
	作業療法士：	毎日	週5日	非常勤（頻度：						不在
	言語聴覚士：	毎日	週5日	非常勤（頻度：						不在
	柔道整復師：	毎日	週5日	非常勤（頻度：						不在
	あん摩マッサージ師：	毎日	週5日	非常勤（頻度：						不在
	看護師・准看護師：	毎日	週5日	非常勤（頻度：						不在
	集団リハ：	週1回	週2回	週3回	週3回以上	なし				
	個別リハ：	週1回	週2回	週3回	週3回以上	なし				
ターミナルケア対応	可能 応相談 不可									
対応条件 (複数回答可)	医療行為が無く、施設職員体制の中で対応できるレベルであれば可能									
	在宅医療程度の医療行為で施設職員体制の中で対応できるレベルであれば可能									
	麻薬系などの特殊な服薬が無ければ可能									
	訪問医（主治医）との連絡体制が確立出来れば可能									
	施設側と家族間での同意書があれば可能									

【認知症】 ※症状・病名の左枠に○：可、△：応相談、×：不可

アルツハイマー	脳血管性認知症	レビー小体型	ピック病	高次脳機能障害
徘徊	帰宅願望	奇声	被害妄想	粗暴行為
幻覚・幻聴	不穏	異食行為	昼夜逆転	介護拒否

【医療対応】 ※症状・病名の左枠に○：可、△：応相談、×：不可（括弧の中は該当するものに○）をお書き下さい。

胃ろう(2回・3回)	鼻腔栄養	腸ろう	気管切開	IVH
バルーン	ストマ	在宅酸素	褥瘡	ALS
痰吸引（可の場合 → 日中のみ 昼夜ともOK）				
脊椎小脳変性症	人工呼吸器	簡易式人工呼吸器	B・C型肝炎	
インスリン（可・応相談の場合 → 自己注射なら 施設対応可）				
透析（可の場合 → 病院送迎可 家族送迎可 施設送迎で可（ 有料 無料 ））				
MRSA（可・応相談の場合、キャリアなら → 可 不可）				
末期がん（可・応相談の場合、麻酔科医との連携 → あり なし）				
疥癬	梅毒	肺結核	HIV	
誤嚥性肺炎	喘息・気管支炎	結核	パーキンソン病	廃用症候群
鬱病	統合失調症	リウマチ	骨粗鬆症	脳卒中・脳梗塞等
心臓病・狭心症等	癌	ペースメーカー	全盲	

【協力医療機関について】

協力医療機関名（１）						
	内科	外科	整形外科	精神科	歯科	リハ科
	循環器科	精神内科	形成外科	脳神経外科	診療内科	
	婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	腎臓内科（透析）	
	その他（ ）					
協力内容	提携医療機関	協力医療機関	訪問診療			
協力医療機関名（２）						
	内科	外科	整形外科	精神科	歯科	リハ科
	循環器科	精神内科	形成外科	脳神経外科	診療内科	
	婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	腎臓内科（透析）	
	その他（ ）					
協力内容	提携医療機関	協力医療機関	訪問診療			
協力医療機関名（３）						
	内科	外科	整形外科	精神科	歯科	リハ科
	循環器科	精神内科	形成外科	脳神経外科	診療内科	
	婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	腎臓内科（透析）	
	その他（ ）					
協力内容	提携医療機関	協力医療機関	訪問診療			

【住宅型】【サ高住】などの在宅系運営事業者のみ返答をお願いします。

①入居後の介護に関して、特定施設と同じように終身的な介護を見込む事は出来ますか？ はい ・ いいえ
 いいえの場合、どの程度のレベルに達した場合に退去相談が必要になりますか？

- 認知症が進行し過度な徘徊、昼夜逆転などの問題行動が認められる場合
- 車椅子介護が必要になり全面的に介護が必要になった場合
- 施設職員では対応が出来ない医療サポートが必要になった場合
- いかなる状況でも自立した生活が出来ないと施設が判断した場合

②継続入居が出来なくなった場合、介護対応型施設との協力（紹介）体制はありますか？ あり ・ なし
 ありの場合、協力施設の種別は下記のいずれに該当しますか？

特別養護老人ホーム	老人保健施設	グループホーム	療養型医療施設
有料老人ホーム	その他	協力施設名：	

～料金詳細～

	一括償却（入居時 契約時） 年次償却 年償却（初期償却 %） 初期償却なし均等償却
月額利用料 ※該当する方法に○をつけて下さい。	管理費の用途 共有部分建物の維持管理費 運営にかかわる人件費 共用部分の水道光熱費 その他 その他の場合、名称： 居室の水道光熱費 → 管理費に含む 管理費に含まない
自立入居可能な場合の加算金	あり（入居時 円、月額 円） なし
上乗せ（介護）費用	介護保険の上限を超えたサービス費請求 あり なし ありの場合 → 全額請求 上限ありで費用請求（費用上限 円/月）

個別サービス費用（当てはまる箇所にも印と1回あたりの金額を記入ください※1項目1or2箇所にも印がつきます）

サービス名称	介護保険もしくは月額料金内	規定回数以上の対応は別料金	1回目から別料金
機能訓練			
通院介助（協力医療機関）			
通院介助（協力医療機関外）			
居室配膳			
買い物代行（通常区域）			
買い物代行（区域外）			
服薬管理・支援			
入院中の洗濯物回収			
付き添い（外出・通院など）			

～外出・訪問～

外出・訪問について（可能か不可能か。届け出は必要ですか？可能な場合にはどういった条件がありますか？）

- ご入居者の外出 : 可 不可（条件： ）
- ご入居者の外泊 : 可 不可（条件： ）
- ご家族・ゲストの来訪 : 可 不可（条件： ）
- ご家族・ゲストの宿泊 : 可 不可（条件： ）

～PRコメント～

※以下はホームページで使用しますので、入居見込客にアピールするような内容でお願いします。
1項目150文字以上でお願い致します。

施設の運営理念や方針をご記入ください！

施設PR

介護に関する取り組み・PR

認知症の方への介護に関する取り組み・PR

お食事に関するPR

入居検討者に向けて一言

サークル活動の様子について

アクティビティについての取り組み・PR

施設長からのコメント

職員からのコメント

ご入居様の声

レクリエーション、食事、イベント風景の写真も掲載可能です。写真は何枚でも掲載出来ますので、利用者様の顔などの情報に配慮いただきお写真をいただければと思います。

※ また、ホームページに入居担当相談員や施設長様の写真も併せて掲載可能です。「こんな方が入居対応をしてくれるんだ」というアピールにもつながりますので、職員様のお写真もいただければと思います。

※ 今回、記載いただいた内容は新規ホームページで活用させていただきます事をご了承ください。

※ 写真については下記メールアドレスもしくはCD-Rでの郵送をお願い申し上げます。

※ ご記入終了後、下記番号もしくはメールまでご返信をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

分類	名称	意味
入居要件	認知症可	認知症の方も入所できます。
	入居年齢相談可	対象年齢以外の方でも、入居相談いたします。
環境	駅から10分以内	徒歩10分以内に駅があります。
	買物便利	徒歩10分以内に商業施設（スーパー・デパートなど）があります。
	静かな環境	閑静な環境にあるホームです。
	自然豊か	徒歩10分以内に山、川など散歩ができる自然環境があります。
料金	入居金0円	入居一時金が一切かかりません。
	プラン選択可	ご利用様が選択できる料金プランをご用意しています。
	入居金保全措置あり	入居金の保全措置があるホームです。
契約形態	終身利用権	入居するときに一時金を支払う代わりに、お部屋と共用施設を終身利用することができる権利を取得します。
	期間利用権	入居するときに一時金を支払う代わりに、お部屋と共用施設を契約した期間内に利用することができる権利を取得します。
	分譲	一般のマンションを購入するのと同様に、専用のお部屋を不動産として買い取る契約です。
	賃貸	知事の認可を受けた建物で、ご利用様が退去するときに終了する賃貸契約です。
医療・介護体制	ユニットケア方式	ユニットケア方式のホームです。
	24H看護	看護師が24時間常駐・対応します。
	リハビリ充実	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が施設で週1回以上リハビリを行っています。
	ターミナルケア	終末期ケア対応のホームです。
	クリニック併設	クリニックが併設（敷地内外問わず）されたホームです。
施設・居室・サービス	二人部屋あり	ご夫婦や血縁関係者様どうして一つの部屋に住むことができます。
	多床室あり	一つのお部屋に複数人数でお入りいただく形式のお部屋があります。
	家族宿泊可	ご家族が宿泊できるお部屋があります。
	部屋広い	一人当たりの居室面積が25㎡以上の部屋がある。※全室とは限りません。
	開設一年以内	開設して1年以内のホームです。
	天然温泉	天然温泉を利用できます。
	機械浴あり	機械浴（座浴・リフト浴・ストレッチャータイプ・ミスト浴等）があります。
	娯楽設備あり	娯楽（カラオケやゲームなど）をお楽しみいただける設備があります。
	建物内喫煙可	建物内で喫煙ができます。
	建物外喫煙可	建物外で喫煙ができます。
	お風呂つき	お風呂があるお部屋があります。※全室とは限りません。
	（ミニ）キッチンつき	（ミニ）キッチンがあるお部屋があります。※全室とは限りません。
	海が見える	海が見えるお部屋があります。※全室とは限りません。
	山が見える	山が見えるお部屋があります。※全室とは限りません。
	家具付	お部屋に家具が備え付けられています。
	ペットOK	ペットを飼うことができます。
	園芸可	ホームのお庭で花や野菜を育てることができます。
	食事選択可	お食事を数パターンの中からお選びいただける方式です。
	サークル活動あり	趣味・スポーツサークルがあります。

※徒歩の時間換算に関しては、分速80mでの換算をお願いします。

※看護師24時間常駐基準：24時間を通じ施設内に看護師が業務の内容問わず常駐していること。

※PT・OT・ST勤務基準：老人ホーム運営母体に所属し、ホームに週1回以上訪問している。

※認知症・医療面の入居相談について： 診療情報提供所・サマリー・面談などの情報に基づき、入居判定会議にてOKが出たケースに関しては入居受け入れが可能である。

※認知症のホームページ上の記載について ホームページ上にアンケート内容の詳細は記載は致しませんが、弊社の相談時に活用させていただきたくアンケートにさせていただきました。

※医療面のホームページ上の記載について ホームページ上では「○印や△印」がついていても100%入居保障をされるのではなく、利用者の身体状況を総合的に勘案し、入居判定会でOKが出た場合のみ入居が可能になる旨を記載致します。