

入居者募集要項

リバーサイド希望

I. 入居資格条件

- 1 60歳以上の方または要支援・要介護認定を受けている60歳未満の方
- 2 リバーサイド希望の運営主旨を御理解の上、ご協力いただける方
- 3 入居後の諸費用をご負担できる方
- 4 健康保険（扶養家族を含む）、介護保険に加入されている方
- 5 他の入居者に感染させる恐れのある伝染病、感染症を有していない方
- 6 自傷行為、暴力行為、極端な不潔行為等、他人に迷惑をかけない方

II. 施設概要

- 1 建物 鉄筋コンクリート2階建て 居室 30室
- 2 居室面積 20, 49~40, 99 m² (約12畳~25畳)
- 3 居室設備等 冷暖房・照明機器・収納設備・トイレ・洗面等完備
- 4 共有設備 食堂・談話コーナー・キッチン・浴室・テラス・洗濯室・エレベーター
収納庫

III. 常駐職員 1名（日勤帯） 1名（宿直）

IV. 居室費用、利用料 (入居一時金は不要です)

- (1) 賃料 46,000円（居室A） 8室
48,000円（居室B） 20室
70,000円（2人用居室） 2室
- (2) 共益費 22,000円（居室A・B）
33,000円（2人用居室）
※上下水道使用料、共用部分の光熱費、維持管理費
- (3) 敷金 賃料の1ヶ月分(退居時の原状回復工事およびクリーニング費用に充当します)
- (4) 食費 1日 1,540円（朝330円 昼550円 夕660円）
月額 46,200円（30日） ※利用した場合のみ
- (5) 生活支援サービス費 8,000円（月額）
 - ・安否確認（ナースコール24時間緊急対応）
 - ・生活相談、介護相談
 - ・ゴミ出し（ゴミの回収）
 - ・大掃除
 - ・宅配便、郵便物、新聞の取り次ぎ
- (6) 電気代（各居室） 実費分を個人負担

(7) 居宅サービス利用時における介護認定別、1ヶ月の支給限度額および利用者負担額

介護状態区分	支給限度額 (1ヶ月あたり)	利用者負担額 (1割の場合)
要支援1	50,320	5,032
要支援2	105,310	10,531
要介護1	167,650	16,765
要介護2	197,050	19,705
要介護3	270,480	27,048
要介護4	309,380	30,938
要介護5	362,170	36,217

(8) オムツ代、クリーニング代、医療機関受診料、他実費

V. 介護保険サービスの利用内容

1 日帰りで行うサービス

(1) 通所リハ（デイケア）

デイケアに通って、専門スタッフによるリハビリテーション、入浴、食事等のサービスを受けられます。

(2) 通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターに通って、機能訓練、入浴、食事等のサービスを受けられます。

2 居宅を訪問するサービス

(1) 訪問介護

ホームヘルパーが居室を訪問して行う、入浴、排泄、食事、居室の清掃、洗濯などの日常生活の世話及び買い物を行うサービスを受けられます。

(2) 訪問看護

看護師が居室を訪問して、療養上の世話や診療の補助を行うサービスを受けられます。

(3) 訪問リハビリテーション

居室を訪問して、リハビリ指導を行うサービスを受けられます。

(4) 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が居室を訪問して、療養上管理や指導を行うサービスを受けられます。

VI. 体験利用について

入居する前にお試しの体験利用をすることができます。

1日3,300円＋食事代（ベッド・布団・貸出用家具あり）