

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2020年7月1日 |
| 記入者名 | 金 昌赫 |
| 所属・職名 | 施設長 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人 <u>法人</u> | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ さんえいどうしょうじ 株式会社 三英堂商事 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷二丁目 15 番 1 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5466-1571 |
| | FAX番号 | 03-5466-2837 |
| | ホームページアドレス | http://www.saneido.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 上村 岩男 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | <u>昭和</u> ・平成 53年 11月 15日 | |
| 主な実施事業 | ※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表) | |

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) かぶしきがいしゃ さんえいどうしょうじ 株式会社 三英堂商事 | |
| 所在地 | 〒362-0041 埼玉県上尾市富士見 1-6-4 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 上尾駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 上尾駅 (JR 高崎線、JR 湘南新宿ライン) |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-779-2828 |
| | FAX番号 | 048-779-3081 |
| | ホームページアドレス | http://www.saneido.jp |
| 管理者 | 氏名 | 金 昌赫 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 22年 4月 1日 |

(類型) 【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------|-------------|---------------------|
| 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1 1 7 1 6 0 1 3 8 6 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 (市) |
| | 事業所の指定日 | 平成 22年 4月 1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----|--------|-------------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 2,068.66 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | ② 事業者が賃借する土地 | |
| | 抵当権の有無 | ① あり 2 なし | |

| | | | | | | |
|---------|-------|---|---|----------------------|--------|--------|
| | | 契約期間 | 1 あり () ② なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,645.20 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 ② 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | ② 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | ① あり 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | ① あり (平成22年2月1日~令和12年1月31日)) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| | 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | ① 全室個室 | | | |
| 2 相部屋あり | | | | | | |
| 最少 | | | 45人部屋 | | | |
| 最大 | | 45人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| タイプ1 | | 有/無 | 有/無 | 12.10 m ² | 4 | 介護居室個室 |
| タイプ2 | | 有/無 | 有/無 | 12.20 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| タイプ3 | | 有/無 | 有/無 | 12.30 m ² | 28 | 介護居室個室 |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 12.50 m ² | 6 | 介護居室個室 | |
| タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 15.00 m ² | 6 | 介護居室個室 | |

| | | | | | | |
|--|---|---------|-----------------|----------------|-----|--|
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 11ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 9ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | | ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | |
| | | | その他 () | | ヶ所 | |
| | 食堂 | ①あり 2なし | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1あり 2なし | | | | |
| エレベーター | ①あり(車椅子対応) ②あり(ストレッチャー対応) 3あり(上記1・2に該当しない) 4なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | ①あり 2なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | ①あり 2なし | | | | |
| | 火災通報設備 | ①あり 2なし | | | | |
| | スプリンクラー | ①あり 2なし | | | | |
| | 防火管理者 | ①あり 2なし | | | | |
| | 防災計画 | ①あり 2なし | | | | |
| その他 | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 1、感謝と尊敬 2、真心のお手伝い 3、家族の絆の架け橋 4、社会参加と共生 5、未来の価値の創造 6、無上意のサービス 7、進化への対応 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者と介護者との明るいコミュニケーションを前提とした利用者の自立を目指す介護サービス |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※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

| | | | |
|--------------------------------|--------------|---|---|
| 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 | 個別機能訓練加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (I)ロ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| (II) | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | (III) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービス | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) | |

| | | |
|--------|------|-----|
| の実施の有無 | | : 1 |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|------|---|---------------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | 1 救急車の手配 2 入退院の同行 3 通院介助 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人藤仁会 藤村病院 |
| | | 住所 | 埼玉県上尾市仲町1丁目8-33 |
| | | 診療科目 | 内科、循環器科、消化器科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科 |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | 医療法人三慶会 指扇病院 |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市西区宝来1295 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、歯科 |
| | | 協力内容 | |
| | 3 | 名称 | 医療法人 白報会 |
| | | 住所 | 東京都台東区池之端1丁目2-18いちご池之端ビル8階 |
| | | 診療科目 | 訪問診療 |
| | | 協力内容 | |
| | 名称 | 医療法人社団晃進会 たま日吉台病院 | |
| | 住所 | 神奈川県川崎市麻生区王禅寺1105 | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力内容 | 定期健康診断 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人ユリノキ会 ゆりのき歯科医院 | |
| | 住所 | 埼玉県春日部市大沼3丁目10-7 | |
| | 協力内容 | 歯科、訪問歯科 | |

(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 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | |
| 手続きの内容 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり (2) なし |
| 居室利用権の取扱い | 居室移動した場合は、移動後の居室利用権に変更となります。 |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり (2) なし |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 (1) あり 2 なし |
| | 便所の変更 1 あり (2) なし |
| | 浴室の変更 1 あり (2) なし |
| | 洗面所の変更 1 あり (2) なし |
| | 台所の変更 1 あり (2) なし |
| | その他の変更 |

(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 | (1) あり 2 なし |
| | 要支援の者 | (1) あり 2 なし |
| | 要介護の者 | (1) あり 2 なし |
| 留意事項 | <p>(1) 年齢は概ね60歳以上の方</p> <p>(2) 身体機能の低下等が認められ、又は高齢のため独立して生活することに不安がある方</p> <p>(3) 感染症等を有せず、且つ問題行動を伴わない方で共同生活に適応できる方</p> <p>(4) 当施設を利用するについて、諸費用等の支払いのできる資産、所得、仕送り等の資力があり、所定の利用料等が支払い可能な方</p> <p>(5) 原則として確実な保証能力を有する連帯保証人(兼身元引受人)を擁立できる方</p> | |

| | | |
|----------------|--|-----|
| 契約の解除の内容 | 「入居契約書」の定めのとおり | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | ① あり (内容: 1日~1週間 (11,000円/日 税込)) ② なし | |
| 入居定員 | | 45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)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--------------------------|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.1 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 14 | 4 | 10 | 11.5 |
| 看護職員 | 5 | 1 | 4 | 3.5 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 栄養士 | | | | 外部委託 |
| 調理員 | | | | 外部委託 |
| 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 | | | | 40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)

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 4 | 2 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 1 | 6 |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 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 | 1 | 1 | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (17時30分~9時30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 | 2人 | 1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】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 ④ 3 : 1 以上 |
| | 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) | 2.3 : 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 | | 1 あり 2 ④なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | ① あり | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | | 防火管理者 | | | | | | | |
| | | | ② なし | | | | | | | |
| | 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 | 2 | 3 | 3 | 7 | | | | | 1 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 6 | 3 | 15 | | | | | 1 | |
| 業務に従事した経験年数 (職員の数) | 1年未満 | 1 | 1 | | 7 | | | | 1 | |
| | 1年以上 3年未満 | | 2 | | 2 | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | 1 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 1 | 3 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|------|------|--|--|--|--|--|
| 10年以上 | | | 1 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | ① あり | 2 なし | | | | | |

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】 | ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり ② なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり ② 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 | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 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1 | プラン2 |
|--------|------|----------------|----------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | m ² | m ² |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| 入居時点で必 | 前払金 | 円 | 円 |

| | | | | |
|---|-------------------------------|------|---|---|
| 要な費用 | 敷金 | | 円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | | 円 | 円 |
| 家賃 | | | 円 | 円 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | | 円 | 円 |
| | 介護保険外※ ² | 食費 | 円 | 円 |
| | | 管理費 | 円 | 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | その他 | 円 | 円 | |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | 60,000 円 |
| 敷金 | 0 円 家賃の 月分 |
| 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 | 54,000 円 |
| 食費 | 54,390 円 朝食、昼食、おやつ、夕食、食事提供に伴う人件費（月額） |
| 水道光熱費 | 管理費に含む |
| 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 |
|-------------------------|-----------------|
| ※1 ヶ月 30 日利用の場合 ○基本分 | 令和元年 10 月 1 日現在 |

| 要介護・要支援認定 | 単位数 | 介護費 | 1割負担分 | 2割負担分 | 3割負担分 |
|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| 要支援1 | 181 単位/日 | 55,766 円 | 5,577 円 | 11,154 円 | 16,730 円 |
| 要支援2 | 310 単位/日 | 95,511 円 | 9,552 円 | 19,103 円 | 28,654 円 |
| 要介護1 | 536 単位/日 | 165,141 円 | 16,515 円 | 33,029 円 | 49,543 円 |
| 要介護2 | 602 単位/日 | 185,476 円 | 18,548 円 | 37,096 円 | 55,643 円 |
| 要介護3 | 671 単位/日 | 206,735 円 | 20,674 円 | 41,347 円 | 62,021 円 |
| 要介護4 | 735 単位/日 | 226,453 円 | 22,646 円 | 45,291 円 | 67,936 円 |
| 要介護5 | 804 単位/日 | 247,712 円 | 24,772 円 | 49,543 円 | 74,314 円 |

○加算分

※要介護1～5のみ適用～5のみ適用

| 要介護・要支援認定 | 単位数 | 介護費 | 1割負担分 | 2割負担分 | 3割負担分 |
|------------------|-----------|----------|---------|-----------------------|----------|
| 夜間看護体制加算※ | 10 単位/日 | 3,081 円 | 309 円 | 617 円 | 925 円 |
| 個別機能訓練加算 | 12 単位/日 | 3,697 円 | 370 円 | 740 円 | 1,110 円 |
| 医療機関連携加算 | 80 単位/月 | 821 円 | 83 円 | 165 円 | 247 円 |
| 退院・退所時連携加算※ | 30 単位/日 | 9,243 円 | 925 円 | 1,849 円 | 2,773 円 |
| 入居継続支援加算※ | 36 単位/日 | 11,091 円 | 1,110 円 | 2,219 円 | 3,328 円 |
| 生活機能向上連携加算 A | 100 単位/月 | 1,027 円 | 103 円 | 206 円 | 309 円 |
| 生活機能向上連携加算 B | 200 単位/月 | 2,054 円 | 206 円 | 411 円 | 617 円 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 120 単位/日 | 36,972 円 | 3,698 円 | 7,395 円 | 11,092 円 |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30 単位/月 | 308 円 | 31 円 | 62 円 | 93 円 |
| 栄養スクリーニング加算 | 5 単位/回 | 51 円 | 6 円 | 11 円 | 16 円 |
| サービス提供体制強化加算 | | | | | |
| (I) イ | 18 単位/日 | 5,545 円 | 555 円 | 1,109 円 | 1,664 円 |
| (I) ロ | 12 単位/日 | 3,697 円 | 370 円 | 740 円 | 1,110 円 |
| (II) | 6 単位/日 | 1,848 円 | 185 円 | 370 円 | 555 円 |
| (III) | 6 単位/日 | 1,848 円 | 185 円 | 370 円 | 555 円 |
| 認知症専門ケア加算 | | | | | |
| (I) (II) | 3 単位/日 | 924 円 | 93 円 | 185 円 | 278 円 |
| | 4 単位/日 | 1,232 円 | 124 円 | 247 円 | 370 円 |
| 看取り介護加算 注) | | | | | |
| a 死亡日以前 4～30 日 b | 144 単位/日 | 1,478 円 | 148 円 | 296 円 | 444 円 |
| 死亡日の前日と前々日 c | 680 単位/日 | 6,983 円 | 699 円 | 1,397 円 | 2,095 円 |
| 死亡日 | 1280 単位/日 | 13,145 円 | 1,315 円 | 2,629 円 | 3,944 円 |
| 介護職員処遇改善加算 (I) | | | | | |
| | | | | 月間所定単位数に 8.2% を乗じた単位数 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | | | | |
| (I) | | | | 月間所定単位数に 1.8% を乗じた単位数 | |
| (II) | | | | 月間所定単位数に 1.2% を乗じた単位数 | |

- ・当ホームの介護保険サービス費（介護費）は、1 単位＝10.27 円（6 級地）です。
- ・介護費は、（介護費の単位）×（1 単位の単価）×（利用日数）で求め、小数点以下切り捨て。
- ・続いて法定代理受領相当分を、1 割負担分の場合は介護費の 9 割、2 割負担分の場合は介護費の 8 割、3 割負担分の場合は介護費の 7 割でそれぞれ求め、小数点以下切り捨て。
- ・1 割、2 割又は 3 割負担分の額は、介護費から上記により求めたそれぞれの法定代理受領相当分を差し引いた額となります。
- ・実際の介護費は、実際のご利用日数、加算分の適用内容に応じて決定します。

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 15 人 |
| | 85 歳以上 | 14 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援 1 | 1 人 |
| | 要支援 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 10 人 |
| | 要介護 2 | 8 人 |
| | 要介護 3 | 5 人 |
| | 要介護 4 | 8 人 |
| | 要介護 5 | 2 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 3 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 27 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 4 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 人 |
| | 15 年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|------|
| 平均年齢 | 82 歳 |
| 入居者数の合計 | 34 人 |
| 入居率* | 76% |
| ※ 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。 | |

(前年度における退居者の状況)

| | | |
|---------|--------|-----|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 3 人 |
| | 死亡者 | 2 人 |
| | その他 | 人 |

| | | |
|---------|----------|----------|
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 9人 |
| | | (解約事由の例) |

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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|---------------------|
| 窓口の名称 | | 相談係 |
| 電話番号 | | 048-779-2828 担当：施設長 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称 | | 株式会社 三英堂商事 シルバー事業部 |
| 電話番号 | | 03-5466-1571 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | | 土日、祝日、夏期休暇、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| 定休日 | | 土日祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 上尾市 健康福祉部高齢介護課 |
| 電話番号 | | 048-775-6473 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| 定休日 | | 土日祝日、年末年始 |

(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 | ① あり | (その内容) 1、介護者の過失による事故についての損害賠償保険 2、施設の設備過失による事故についての損害賠償保険 |
| | 2 なし | |
| 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 | 1 あり | (その内容) |
| | ② なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | 2 なし |

(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 | ① あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり ② なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② 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 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |

| | |
|---------|--|
| 財務諸表の原本 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない |
|---------|--|

10. その他

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------|------|--------------------------------|--|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度) 年 2回 | | | | |
| | <input type="radio"/> 2 なし | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 2 代替措置なし</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="radio"/> 1 代替措置あり | (内容) | <input type="radio"/> 2 代替措置なし | |
| | <input type="radio"/> 1 代替措置あり | (内容) | | | |
| <input type="radio"/> 2 代替措置なし | | | | | |
| | | | | | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input type="radio"/> 2 なし | | | | |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | | | | |
| 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 | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | | | | |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし | | | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | | | |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | <input type="radio"/> 1 適合している (代替措置) <input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="radio"/> 3 適合していない | | | | |
| 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 | | | | | |

添付書類：別添1（別の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。

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

| 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 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | 家族の家ひまわり与野 | 埼玉県さいたま市中央区鈴谷8-3-8 |
| | | | 家族の家ひまわり春日部 | 埼玉県春日部市粕壁6040-1 |
| | | | 家族の家ひまわり北春日部 | 埼玉県春日部市梅田本町2-29-5 |
| | | | 家族の家ひまわり狭山 | 埼玉県狭山市富士見 1-30-9 |
| | | | 家族の家ひまわり嵐山 | 埼玉県比企郡嵐山町川島1973-3 |
| | | | 家族の家ひまわり東松山 | 埼玉県東松山市大字東平1477-1 |
| | | | 家族の家ひまわり三郷 | 埼玉県三郷市戸ヶ崎 1-133-1 |
| | | | 家族の家ひまわり杉戸 | 埼玉県北葛飾郡杉戸町杉戸1-12-7 |
| | | | 家族の家ひまわり幸手 | 埼玉県幸手市大字上高野908-1 |
| 福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |

| | | | | |
|------------------|----|----|--------------|--------------------|
| 護 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 家族の家ひまわり与野 | 埼玉県さいたま市中央区鈴谷8-3-8 |
| | | | 家族の家ひまわり北春日部 | 埼玉県春日部市梅田本町2-29-5 |
| | | | 家族の家ひまわり狭山 | 埼玉県狭山市富士見1-30-9 |
| | | | 家族の家ひまわり嵐山 | 埼玉県比企郡嵐山町川島1973-3 |
| | | | 家族の家ひまわり東松山 | 埼玉県東松山市大字東平1477-1 |
| | | | 家族の家ひまわり三郷 | 埼玉県三郷市戸ヶ崎1-133-1 |
| | | | 家族の家ひまわり杉戸 | 埼玉県北葛飾郡杉戸町杉戸1-12-7 |
| | | | 家族の家ひまわり幸手 | 埼玉県幸手市大字上高野908-1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <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 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |

| | | | | |
|-----------|----|--|--|--|
| 介護療養型医療施設 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
|-----------|----|--|--|--|

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 | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|---|
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | ○ | 備考参照 パンツおむつ 5,148 円、オープンおむつ 2,640 円、尿取りパッドレギュラー 1,166 円、尿取りパッドスーパー 1,572 円、フラットおむつ 2,112 円(1 袋。廃棄量込) |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | ○ | 備考参照 週 3 回以上を希望する場合、自立の方 550 円/回、要支援・要介護の方 1,100 円/回 |
| 特浴介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | ○ | 備考参照 週 3 回以上を希望する場合、自立の方 550 円/回、要支援・要介護の方 1,100 円/回 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| 機能訓練 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| 通院介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | 5,500 円 1 回あたり。提携医療機関の場合、無料。 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| リネン交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| 日常の洗濯 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|--|--|--|---|---|--------|---|
| 居室配膳・下膳 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 備考参照 | 給食会社の請求に基づき、ご請求致します |
| おやつ | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 基本料金の食費に含む |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100円 | 1回あたり。近隣での日用品の買い物代行は無料。 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | 年1回以上。自立の方は実費。 |
| 健康相談 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | | 施設から往復1時間迄2,200円/回。1時間を超え、30分を増す毎に基本料金880円加算。 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | | 5,500円/回（提携病院は無料） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、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。

