

## 重要事項説明書

|      |      |       |                  |
|------|------|-------|------------------|
| 記入者名 | 中山 衛 | 記入年月日 | 平成 28 年 1 月 1 日  |
|      |      | 所属・職名 | ロイヤルレジデンス上平公園 所長 |

## 1. 事業主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |   |
|---------------------------------|---|
| 事業主体の名称                         | 法人の種類<br>株式会社   |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 名称<br>(ふりがな) シャカイイクシソーゴウケンキョウジヨ<br>株式会社 社会福祉総合研究所<br>〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7 丁目 10 番 7 号<br>加賀谷ビル 3 階                                       |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号 03-3367-2910<br>FAX 番号 03-6908-7841<br>ホームページ なし<br>アドレス <u>あり</u> : <a href="http://www.syasouken.com">http://www.syasouken.com</a> |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名                 | 職名 代表取締役<br>氏名 北原 弘美  |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成 18 年 11 月 22 日   |

事業主体が埼玉県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 | なし | ① ケアサポート・ロイヤル<br>② ロイヤルレジデンス川島  | ① 埼玉県所沢市旭町7-9<br>② 埼玉県比企郡川島町大字伊草 97-5  |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |   |  |
| 訪問看護                 | あり | なし | ① ロイヤルレジデンス川島<br>② ロイヤルレジデンス上尾  | ① 埼玉県比企郡川島町大字伊草 97-5<br>② 埼玉県上尾市五番町2-1   |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし |   |  |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし |   |  |
| 通所介護                 | あり | なし |   |  |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし |   |  |
| 短期入所生活介護             | あり | なし |   |  |
| 短期入所療養介護             | あり | なし |   |  |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし | ① ロイヤルレジデンス大宮<br>② ロイヤルレジデンス川島式号館<br>③ ロイヤルレジデンス上尾<br>④ ロイヤルレジデンス新座<br>⑤ ロイヤルレジデンス見沼<br>⑥ ロイヤルレジデンス東所沢<br>⑦ ロイヤルレジデンス上平公園 | ① 埼玉県さいたま市見沼区連沼 75-1<br>② 埼玉県比企郡川島町伊草 37-1<br>③ 埼玉県上尾市五番町2-1<br>④ 埼玉県新座市野火止7-4-55<br>⑤ 埼玉県さいたま市見沼区大谷 388-1<br>⑥ 埼玉県所沢市下安松942-1<br>⑦ 埼玉県上尾市大字上尾村 1399-1 |
| 福祉用具貸与               | あり | なし | ロイヤル・ヘルステア  | 埼玉県所沢市旭町7-9  |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | ロイヤル・ヘルステア  | 埼玉県所沢市旭町7-9  |
| <地域密着型サービス>          |    |    |   |  |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護       | あり | なし |   |  |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし |   |  |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし |   |  |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし |   |  |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし |   |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし |   |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし |   |  |
| 複合型サービス              | あり | なし |   |  |
| 居宅介護支援               | あり | なし | ① ケアサポート・ロイヤル<br>② ロイヤルレジデンス川島  | ① 埼玉県所沢市旭町7-9<br>② 埼玉県比企郡川島町大字伊草 97-5  |

<居宅介護予防サービス>

|                  |    |    |   |  |
|------------------|----|----|---|--|
| 介護予防訪問介護         | あり | なし | ① ケアサポート・ロイヤル<br>② ロイヤルレジデンス川島  | ① 埼玉県所沢市旭町7-9<br>② 埼玉県比企郡川島町大字伊草 97-5  |
| 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 | ① ロイヤルレジデンス川島<br>② ロイヤルレジデンス上尾  | ① 埼玉県比企郡川島町大字伊草 97-5<br>② 埼玉県上尾市五番町2-1   |
| 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 | ① ロイヤルレジデンス大宮<br>② ロイヤルレジデンス川島弐号館<br>③ ロイヤルレジデンス上尾<br>④ ロイヤルレジデンス新座<br>⑤ ロイヤルレジデンス見沼<br>⑥ ロイヤルレジデンス東所沢<br>⑦ ロイヤルレジデンス上平公園 | ① 埼玉県さいたま市見沼区蓮沼 75-1<br>② 埼玉県比企郡川島町伊草 37-1<br>③ 埼玉県上尾市五番町2-1<br>④ 埼玉県新座市野火止 7-4-55<br>⑤ 埼玉県さいたま市見沼区大谷 388-1<br>⑥ 埼玉県所沢市下安松 942-1<br>⑦ 埼玉県上尾市大字上尾村 1399-1 |
| 介護予防福祉用具貸与       | あり | なし | ロイヤル・ヘルヌケア  | 埼玉県所沢市旭町7-9  |
| 特定介護予防福祉用具販売     | あり | なし | ロイヤル・ヘルヌケア  | 埼玉県所沢市旭町7-9  |
| <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   |    | なし |   |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  |    | なし |   |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 |    | なし |   |  |
| 介護予防支援           |    | なし |   |  |
| <介護保険施設>         |    |    |   |  |
| 介護老人福祉施設         |    | なし |   |  |
| 介護老人保健施設         |    | なし |   |  |
| 介護療養型医療施設        |    | なし |   |  |

2. 施設概要

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先   |  | (ふりがな) ろいやるれじでんすかみひらこうえん<br>ロイヤルレジデンス上平公園                            |  |
| 施設の名称  | 〒362-0013 埼玉県上尾市大字上尾村1399-1  |  |  |
| 施設の所在地   | 電話番号   | 048-782-8905   |  |
|  | FAX番号  | 048-782-8906   |  |
| 施設の連絡先   | ホームページ   | なし   |  |
|  | アドレス   | あり : <a href="http://www.svasouken.com">http://www.svasouken.com</a> |  |
| 施設の開設年月日   | 平成 26 年 10 月 1 日   |  |  |
| 施設の管理者の職名及び氏名  | 職名   | 所長   |  |
|  | 氏名   | 中山 衛   |  |
| 施設までの主な利用交通手段  |  |  |  |
| <p>①上尾駅東口、朝日バス乗り場(3番)から羽貫駅か伊奈学園行に乗り、「西門前」で下車徒歩5分</p> <p>②市内循環バス“ぐるっとくん”の上平循環又は原市循環に乗り「上平公園南口」で下車</p> |  |  |  |
| 施設の類型及び表示事項  | <p>類 型：介護付有料老人ホーム<br/>         (一般型特定施設入居者生活介護)<br/>         居住の権利形態：利用権方式<br/>         利用料の支払い方式：月払い方式<br/>         入居時の要件：自立・要支援・要介護<br/>         介護 保 険：埼玉県指定 特定施設入居者生活介護<br/>         介護予防特定施設入居者生活介護<br/>         介護居室区分：全室個室<br/>         介護に関わる職員体制：2.5：1</p> |  |  |
| 介護保険事業所番号  | 指定特定施設入居者生活介護<br>介護予防特定施設入居者生活介護<br>埼玉県指定 第 1171602228 号   |  |  |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又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、その年月日)                               |  |  |  |
| 事業の開始 (予定) 年月日   | 平成 26 年 10 月 1 日   |  |  |
| 指定の年月日   | 平成 26 年 10 月 1 日   |  |  |
| 指定の更新年月日   |  |  |  |

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数                    | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 |
|------------------------|----|-----|-----|-----|----|------------|
|                        | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |            |
| 生活相談員                  | 1  |     |     |     | 1  | 1.0        |
| 看護職員                   | 2  |     | 1   |     | 3  | 2.2        |
| 介護職員                   | 12 |     | 17  | 1   | 30 | 25.4       |
| 機能訓練指導員                |    |     | 1   | 1   | 2  | 0.5        |
| 計画作成担当者                | 2  |     |     |     | 2  | 2.0        |
| その他従業者                 | 2  |     |     |     | 2  |            |
| 1週間のうち、常勤の従事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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    |    |     |     | 1   |
| 介護職員基礎研修 | 1  |     |     |     |
| 訪問介護員1級  | 1  |     | 2   |     |
| 訪問介護員2級  | 8  |     | 12  |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  |    |     |     |     |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     | 1   |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     | 1   |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

管理者の他の職務との兼務の有無

| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | 資格等の名称 |    |
|---------------------|--------|----|
|                     | あり     | なし |
|                     | あり     | なし |

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

2.5 : 1

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算人数 |
|------------------------|----|-----|-----|-----|----|--------|
|                        | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 実人数                    |    |     |     |     |    |        |
| 施設長                    | 1  |     |     |     | 1  | 1.0    |
| 生活相談員                  | 1  |     |     |     | 1  | 1.0    |
| 看護職員                   | 2  |     | 1   |     | 3  | 2.2    |
| 介護職員                   | 12 |     | 17  | 1   | 30 | 25.4   |
| 機能訓練指導員                |    |     | 1   | 1   | 2  | 0.5    |
| 計画作成担当者                | 2  |     |     |     | 2  | 2.0    |
| 栄養士                    |    |     |     |     |    | 業務委託   |
| 調理員                    |    |     |     |     |    | 業務委託   |
| 事務員                    | 1  |     |     |     |    | 1      |
| その他従業者                 |    |     |     |     |    |        |
| 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    |    |     |     | 1   |
| 介護職員基礎研修 | 1  |     |     |     |
| 訪問介護員1級  | 1  |     | 2   |     |
| 訪問介護員2級  | 8  |     | 12  |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  | 2  |     |     |     |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     | 1   |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     | 1   |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人数 | 夜勤帯平均人数<br>(17時～9時) |      | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |      |
|----|---------------------|------|--------------------|------|
|    | 看護職員                | 介護職員 | 看護職員               | 介護職員 |
|    | 0                   | 3    | 0                  | 2    |

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経過年数等

|                | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|----------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                | 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    | 4       | 4   | 17      | 25  | 1     |     |
| 前年度1年間の退職者数    | 2       | 3   | 8       | 11  |       |     |
| 業務に従事した経過年数    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         |     | 6       | 9   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         |     | 4       | 5   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     | 2       | 4   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1       | 1   | 4       | 3   |       |     |
| 10年以上の者の人数     | 3       | 3   | 1       | 4   |       |     |
|                | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |       |     |
| 前年度1年間の採用者数    |         | 1   |         | 3   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    |         |     |         | 1   |       |     |
| 業務に従事した経過年数    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         |     |         | 1   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         |     |         | 1   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     |         | 1   |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         |     | 1       |     |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況  | なし      |     |         |     |       | あり  |

4. サービスの内容

|   |  |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <p>施設の運営に関する方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護等のサービスの提供時には、高齢者の心身の状況を踏まえたサービス提供を行い、ご入居者様のADLの維持・向上に努めるとともに、その生活環境の向上にも努め、ご入居者様の自立支援を援助します。</li> <li>・地域に密着した有料老人ホームとして、地元市区や町内会、他の介護保険事業者、医療機関、その他の関係機関等と密接な連携を取り、地域のニーズにあったサービスを提供します。</li> </ul> |  |                                     |   |
| <p>介護サービスの内容、利用定員等</p>  |  |                                     |   |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無   | なし   | <input checked="" type="checkbox"/> | あり  |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無  | なし   | <input checked="" type="checkbox"/> | あり  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無  | なし   | <input checked="" type="checkbox"/> | あり  |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況  | 別紙   |                                     |   |
| 協力医療機関の名称   | 医療法人社団昌美会 西村ハートクリニック   |                                     |   |
| (協力の内容)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療・外来受診・健康診断・健康相談</li> </ul> |                                     |   |
| 協力医療機関の名称   | 医療法人誠光会  | さいたま在宅医療クリニック                       |   |
| (協力の内容)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療・健康診断</li> </ul>           |                                     |   |
| 協力医療機関の名称   | 医療法人藤仁会  | 藤村病院                                |   |
| (協力の内容)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来受診・訪問診療・入院加療・健康相談</li> </ul> |                                     |   |
| 協力歯科医療機関  | なし   | <input checked="" type="checkbox"/> | <p>その名称</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人社団昌美会 西村ハートクリニック歯科</li> <li>・コンパスデンタルクリニック大宮</li> </ul> |
| (協力の内容)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問歯科診療、往診</li> </ul>           |                                     |   |
| <p>要介護時における居室の住替えに関する事項</p>   |  |                                     |   |
| <p>要介護時に介護を行う場所</p>   |  |                                     |   |
| <p>介護居室</p>   |  |                                     |   |

|   |  |                  |                |
|---|--|------------------|----------------|
| その他（居室の変更）  |  | なし               | あり             |
| 判断基準・手続について   |  |                  |                |
| (その内容)  |  |                  |                |
| <p>入居者の心身の状態の変化等により、居室の変更をした方がより適した介護等が提供できると判断した場合は、次に掲げる手続を行うことで、入居者の居室の変更ができます。なお、それぞれの手続きは、書面にて行うものとします。</p> <p>① 入居者の意思を確認し、同意を得る。</p> <p>② 入居者の身元引受人、連帯保証人等の意思を確認し、同意を得る。</p> <p>③ 緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設ける。</p> <p>④ 変更後の居室の内容、料金変更、介護等の内容の変更について、入居者及びその身元引受人等に説明をする。</p> <p>⑤ 協力医療機関等の医師の意見を聴取する。</p>   |  |                  |                |
| 追加的費用の有無  |  | なし               | あり             |
| 居室利用権の取扱い   |  |                  |                |
| (その内容)  |  |                  |                |
| 入居一時金償却の調整の有無   |  | なし               | あり             |
| 従前の居室からの面積の増減の有無  |  | なし               | あり             |
| 従前居室との仕様の変更   |  |                  |                |
| 便所の変更の有無  |  | なし               | あり             |
| 浴室の変更の有無  |  | なし               | あり             |
| 洗面所の変更の有無   |  | なし               | あり             |
| 台所の変更の有無  |  | なし               | あり             |
| その他の変更の有無   |  | なし               | あり             |
| (その内容)  |  |                  |                |
| 施設の入居に関する要件   |  |                  |                |
| 自立している者を対象  |  | なし               | あり             |
| 要支援の者を対象  |  | なし               | あり             |
| 要介護の者を対象  |  | なし               | あり             |
| 留意事項  |  |                  |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき。</li> <li>利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、1か月以上遅滞したとき。</li> <li>利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、再三にわたり遅滞したとき。</li> <li>施設の承諾を得ないで、契約当事者以外の第三者の同居を行ったとき。</li> <li>建物及びその付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により、汚損・破損または滅失したとき。</li> <li>管理規程及び入居契約書の規定に違反したとき。</li> <li>入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することが出来ないとき。なお、この場合は、一定の観察期間をおくとともに、医師の意見を聞き、対応することとする。</li> <li>入居者が医療機関へ入院し、その入院期間が1か月以上を経過し、なおかつ、退院の見込みが立たないとき。</li> </ul> |  |                  |                |
| 契約の解除の内容  |  |                  |                |
| 体験入居の内容   |  | 1日あたり10,000円(課税) | ※但し、1週間を上限とする。 |
| 入居定員  |  | 80名              |                |
| その他   |  |                  |                |

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

全室個室の介護居室であるため、一時介護室はありません。

|           |    |    |
|-----------|----|----|
| 追加的費用の有無  | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い |    |    |
| (その内容)    |    |    |

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
| 入居一時金償却の調整の有無    | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更      |    |    |
| 便所の変更の有無         | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        | なし | あり |
| 台所の変更の有無         | なし | あり |
| その他の変更の有無        | なし | あり |
| (その内容)           |    |    |

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

|          |    |    |
|----------|----|----|
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
|----------|----|----|

居室利用権の取扱い

(その内容)

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
| 入居一時金償却の調整の有無    | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更      |    |    |
| 便所の変更の有無         | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        | なし | あり |
| 台所の変更の有無         | なし | あり |
| その他の変更の有無        | なし | あり |
| (その内容)           |    |    |

施設、設備等の状況

|   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|------|----------------|----------------------------|----------|----|
| 建築物の構造  |                                   | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物           | なし   | あり             |                            |          |    |
| 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物  |                                   | なし                                | なし   | あり             |                            |          |    |
| 居室の状況   | 区分                                |                                   | 室数   | 人数             | 1の居室の床面積                   |          |    |
|   | 一般居室個室                            | あり                                | なし   |                | m <sup>2</sup>             |          |    |
|   | 一般居室相部屋                           | あり                                | なし   |                | m <sup>2</sup>             |          |    |
|   | 介護居室個室                            | あり                                | なし   | 80             | 19.43~20.30 m <sup>2</sup> |          |    |
|   | 介護居室相部屋                           | あり                                | なし   |                | m <sup>2</sup>             |          |    |
| 一時介護室   | あり                                | なし                                |      | m <sup>2</sup> |                            |          |    |
| 共用便所の設置数  | 4                                 | うち男女別の対応が可能な数                     |      | 0              |                            |          |    |
| 個室の便所の設置数   | 80                                | うち車いす等の対応が可能な数                    |      | 4              |                            |          |    |
|   |                                   | 個室における便所の設置割合                     |      | 100%           |                            |          |    |
| 浴室の設備状況   | 浴室の数                              | 個浴                                | 大浴槽  | 特殊浴槽           | リフト浴                       |          |    |
|   |                                   | 4                                 | 1    | 1              | 0                          |          |    |
| その他、浴室の設備に関する事項   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| 食堂の設備状況   | 各階に食堂兼機能訓練室を設置                    |                                   |      |                |                            |          |    |
| 入居者等が調理を行う設備状況  |                                   | なし                                |      |                | あり                         |          |    |
| その他、共用施設の設備状況   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
|   | なし                                | (その内容)                            |      |                |                            |          |    |
| パリアフリーの対応状況   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| (その内容)  |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>段差の解消</li> <li>館内の扉を引き戸としている。</li> <li>スエッチ類の配置を車椅子を利用しての方が使いやすいような位置にした。</li> </ul> |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| 緊急通報装置の設置状況   |                                   | なし                                | 一部あり |                | 全居室内にあり                    |          |    |
| 外線電話回線の設置状況   |                                   | なし                                | 一部あり |                | 全居室内にあり                    |          |    |
| テレビ回線の設置状況  |                                   | なし                                | 一部あり |                | 全居室内にあり                    |          |    |
| 施設の敷地に関する事項   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| 敷地の面積   | 3,136.75 m <sup>2</sup> (948.87坪) |                                   |      |                |                            |          |    |
| 事業所を運営する法人が所有   |                                   | なし                                | 一部あり |                | あり                         |          |    |
| 抵当権の設定  |                                   | なし                                | なし   |                | あり                         |          |    |
| 貸借 (借地)   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| なし  | あり                                | 契約期間                              | 始    | H26.10.1       | 終                          | H61.9.30 | あり |
|   |                                   | 契約の自動更新                           |      | なし             |                            |          |    |
| 施設の建物に関する事項   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| 建物の構造   |                                   | 鉄筋コンクリート造                         |      |                |                            |          |    |
| 建物の延床面積   |                                   | 3,122.49 m <sup>2</sup> (944.55坪) |      |                |                            |          |    |
| 事業所を運営する法人が所有   |                                   |                                   | なし   | 一部あり           | あり                         |          |    |
| 抵当権の設定  |                                   |                                   | なし   | なし             | あり                         |          |    |
| 貸借 (借家)   |                                   |                                   |      |                |                            |          |    |
| なし  | あり                                | 契約期間                              | 始    | H26.10.1       | 終                          | H61.9.30 | あり |
|   |                                   | 契約の自動更新                           |      | なし             |                            |          |    |

入居者の状況

入居者の人数 (報告に関する計画の基準日の前月末日)

|            | 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      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 | 2    |      | 1    | 1    | 1    | 5  |
| 75歳以上85歳未満 | 7    | 9    | 4    | 3    | 1    | 24 |
| 85歳以上      | 8    | 8    | 9    | 9    | 3    | 37 |
|            | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 65歳未満      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 75歳以上85歳未満 |      |      | 1    |      |      | 1  |
| 85歳以上      |      | 5    | 3    |      |      | 8  |

入居者の平均年齢

|           |    |    |    |    |
|-----------|----|----|----|----|
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 25 | 女性 | 50 |
|-----------|----|----|----|----|

入居率 (一時的に不在となつてゐる者を含む) 96.3%

前年度に退去した者の人数

|        | 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    | 2    | 2    |      |      |      | 4  |
| 社会福祉施設 |      |      | 1    | 1    |      | 2  |
| 医療機関   |      | 2    |      | 2    |      | 4  |
| 死亡者    | 1    | 4    |      | 6    |      | 11 |
| その他    |      |      | 1    | 1    |      | 2  |
|        | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 自宅等    |      |      | 2    |      |      | 2  |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      |      |    |
| 死亡者    |      |      | 1    |      |      | 1  |
| その他    |      |      |      |      |      |    |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|-----------|----------|-----------|------------|-------|
| 入居者数 | 15    | 29        | 31       |           |            |       |

5. 利用料金

|                                     |          |       |      |
|-------------------------------------|----------|-------|------|
| 利用料の支払い方法                           | 一時金方式    | 月払い方式 | 選択方式 |
| 入居保証金                               | 195,000円 |       |      |
| 一時金方式                               |          |       |      |
| 一時金及び月単位で支払う利用料                     |          |       |      |
| 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       |       |      |
| 料金プラン                               |          |       |      |
| プラン名称                               | 一時金      | 月額    | (内訳) |
|                                     |          |       | 住居費  |
|                                     |          |       | 介護費用 |
|                                     |          |       | 食費   |
|                                     |          |       | 光熱水費 |
|                                     |          |       | 管理費  |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。               |          |       |      |
| 算定根拠                                | 住居費      |       |      |
|                                     | 介護費用     |       |      |
|                                     | 食費       |       |      |
|                                     | 光熱水費     |       |      |
|                                     | 管理費      |       |      |
|                                     | 一時金      |       |      |
| 一時金の償却に関する事項                        |          |       |      |
| 償却開始日の設定                            |          |       |      |
| 初期償却率 (%)                           |          |       |      |
|                                     |          |       |      |
|                                     |          |       |      |
| 償却年月数<br>(想定居住期間)                   |          |       |      |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例                |          |       |      |
| 保全措置の実施状況                           | なし       |       |      |
| 三月以内の契約終了による返還金について                 |          |       |      |
| 三月の起算日                              | 入居日      |       |      |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法 |          |       |      |
| 一時金の支払方法                            |          |       |      |
| 月払い方式                               |          |       |      |
| 月単位で支払う利用料                          |          |       |      |
| 年齢に応じた金額設定                          |          |       |      |

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 |                      |
| 窓口の名称                         | 株式会社 社会福祉総合研究所 お客様担当 |
| 電話番号                          | 03-3367-2910         |
| 対応している時間                      | 平日 9:00～18:00        |
|                               | 土曜 9:00～12:00        |
|                               | 日曜・祝日                |
| 定休日等                          | 日曜・祝日・年末年始           |

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

|          |                              |  |
|----------|------------------------------|--|
| 窓口の名称    | ① 上尾市健康福祉部高齢介護課              |  |
|          | ② 埼玉県国民健康保険団体連合会             |  |
| 電話番号     | ① 048-775-6473               |  |
|          | ② 048-824-2568               |  |
| 対応している時間 | 平日 ①②8:30～17:00              |  |
|          | 土曜 ① 8:30～17:00 (12～13:00除く) |  |
|          | 日曜・祝日                        |  |
| 定休日等     | 土・日・祝日及び年末年始                 |  |

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                           |   |
| なし                                      | <input checked="" type="checkbox"/> (その内容)<br>福祉事業者総合賠償保険に加入              |
| その他、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に関すること |   |
| なし                                      | <input checked="" type="checkbox"/> (その内容)<br>賠償保険の利用と入居者様、ご家族様へ誠心誠意対応する。 |

サービスの提供内容に関する特色等

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| (その内容)<br>・入居者の自立支援、豊富なレクリエーション |  |
|---------------------------------|--|

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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況 |    |             |    |
| なし                                | あり | 実施した年月日     |    |
|                                   |    | 当該結果の開示状況   | なし |
| 第三者による評価の実施状況                     |    |             |    |
| なし                                | あり | 実施した年月日     |    |
|                                   |    | 実施した評価機関の名称 |    |
|                                   | あり | 当該結果の開示状況   | なし |
|                                   |    |             | あり |

要介護状態に応じた金額設定

料金プラン

| プラン名称                 | 月額                           |                 | (内訳) |                        |        |                 |
|-----------------------|------------------------------|-----------------|------|------------------------|--------|-----------------|
|                       | 計                            | 住居費             | 介護費用 | 食費                     | 水道光熱費  | 管理費             |
|                       | 13.5万円<br>(税込 13万<br>7,400円) | 65,000<br>(非課税) | 0    | 30,000<br>(税込 32,400円) | 管理費を含む | 40,000<br>(非課税) |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |                              |                 |      |                        |        |                 |

算定根拠  
住居費 当社の借上げ賃料＋経費

介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

食費 食材料費 1日 800円＋経費

光熱水費 管理費を含む

管理費 建物の保守管理費用、事務部門人件費、共用設備消耗品、厨房委託費

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

※介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額を徴収する。

医療費 電話料金 理美容代 おむつ代  
個人的に外部のサービスを利用した場合の代金  
個人的な生活用品  
個人で使用するレクレーションの用品等にかかる費用  
個人の嗜好による物品  
介護給付の自己負担額

【1単位10.27円】

地域区分：6級地

《特定施設入居者生活介護費》

| 区分   | 介護給付費の単<br>位 | 30日分の目安   | 代理受領時の<br>自己負担分 |
|------|--------------|-----------|-----------------|
| 要支援1 | 179 単位/日     | 55,150 円  | 5,515 円/月       |
| 要支援2 | 308 単位/日     | 94,895 円  | 9,489 円/月       |
| 要介護1 | 533 単位/日     | 164,217 円 | 16,422 円/月      |
| 要介護2 | 597 単位/日     | 183,936 円 | 18,394 円/月      |
| 要介護3 | 666 単位/日     | 205,194 円 | 20,519 円/月      |
| 要介護4 | 730 単位/日     | 224,913 円 | 22,491 円/月      |
| 要介護5 | 798 単位/日     | 245,864 円 | 24,586 円/月      |

| 《加算給付費》          |                         |  |             |
|------------------|-------------------------|--|-------------|
|                  | 介護給付費の単位                | 30日分の目安  | 代理受領時の自己負担分 |
| 医療機関連携加算         | 80単位/月                  | 822円/月   | 82円/月       |
| 夜間看護体制加算         | 10単位/日                  | 3,081円/月   | 308円/月      |
| 個別機能訓練加算         | 12単位/日                  | 3,697円/月   | 370円/月      |
| 看取り<br>介護加算      | 144単位/日<br>(死亡日以前4~30日) | 39,929円/月  | 3,993円/月    |
|                  | 680単位/日<br>(死亡日前日及び前々日) | 13,967円/月  | 1,397円/月    |
|                  | 1,280単位/日<br>(死亡日)      | 13,146円/月  | 1,315円/月    |
| 認知症<br>専門ケア加算    | (I):3単位/日               | 924円/月   | 92円/月       |
|                  | (II):4単位/日              | 1,232円/月   | 123円/月      |
|                  | (I)イ:18単位/日             | 5,546円/月   | 555円/月      |
| サービス提供体制<br>強化加算 | (I)ロ:12単位/日             | 3,697円/月   | 370円/月      |
|                  | (II)・(III):6単位/日        | 1,849円/月   | 185円/月      |
|                  | 介護職員処遇改善加算(1月につき)       | 介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス別加算率(6.1%)<br>(1単位未満の端数四捨五入)×1単位の単価 |             |

※介護職員処遇改善加算の利用者負担額(1割)は、上記額ー(上記額×0.9(1円未満切り捨て))

人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)

|       |               |    |    |
|-------|---------------|----|----|
| 内容    |               | なし | あり |
| 利用料   | 円(月額・日額)      |    |    |
| 算定根拠  |               |    |    |
| 支払い方法 | 月単位(日割り計算の有無) | あり | なし |

|                          |                                   |    |    |
|--------------------------|-----------------------------------|----|----|
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 |                                   |    |    |
| 個別的な選択による生活支援サービス        |                                   | なし | あり |
| 算定根拠                     | 人件費相当額 (30分2,100円) + 材料費等を根拠として設定 |    |    |
| 料金改定の手続                  |                                   |    |    |
| 運営懇談会を開催し、意見を聞き、調整をする。   |                                   |    |    |

6. その他

|                                |        |    |  |    |
|--------------------------------|--------|----|--|----|
| 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 |        | あり |  | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項          |        |    |  |    |
| なし                             |        |    |  |    |
| あり                             | (その内容) |    |  |    |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※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。

【事業所】

埼玉県上尾市大字上尾村1399-1  
 ロイヤルレジデンス上平公園  
 (介護保険事業所番号：埼玉県指定 第 117160228 号)

重要事項説明者： \_\_\_\_\_ 印

上記の内容の説明を受け、同意しました。

平成    年    月    日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行事由：

署名代行者氏名 \_\_\_\_\_ 印