

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2023 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 東元 学 |
| 所属・職名 | 取締役 |
| 取込種別 | 1 追加 |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---------------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしやさんけいびるうえるけあ 株式会社サンケイビルウェルケア | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 2010001139181 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 100 - 0004 | |
| | 東京都千代田区大手町1-7-2 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03 - 6772 - 7311 |
| | FAX番号 | 03 - 6772 - 7312 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | https:// www.sankeiwellcare.com |
| 代表者 | 氏名 | 佐々木 ゆかり |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 2011 年 4 月 1 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) うえるけあてらすかわぐちもとごう ウェルケアテラス川口元郷 |
|----|---|

| | | | | | | |
|---------------|----------------|---|------|------------|---|------|
| 所在地 | 〒 332 - 0002 | | | | | |
| | 埼玉県川口市弥平2-22-2 | | | | | |
| 所在地（建物名等） | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 埼玉県 | 市区町村 | 112038 川口市 | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR京浜東北線「川口駅」又は 駅 埼玉高速鉄道「川口元郷」 | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | 川口駅より国際興業バスで15分又は川口元郷駅より国際興業バスで6分、弥平新田バス停下車徒歩2分 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048 | - | 228 | - | 7271 |
| | FAX番号 | 048 | - | 228 | - | 7272 |
| | メールアドレス | @ | | | | |
| | ホームページ有無 | 2 無 | | | | |
| | ホームページアドレス | | | | | |
| 管理者 | 氏名 | 高橋 亨 | | | | |
| | 職名 | ホーム長 | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2014 | 年 | 3 | 月 | 1 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2014 | 年 | 4 | 月 | 1 日 |

（類型）【表示事項】

| | | | | | | |
|-------------|------------------------------|------------|---|---|---|------|
| 類型 | 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） | | | | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 1170206229 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2014 | 年 | 4 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2026 | 年 | 3 | 月 | 31 日 |

3 建物概要

| | | | |
|--|-------|-----------------|----------------|
| | 敷地面積 | 3,179.69 | m ² |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | |
| | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | |

| | | | | | | | |
|---------|----------------|-----------------|-----|----------------|----------------|-------|----------|
| 土地 | 所有関係 | 抵当権の有無 | | 1 あり | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | |
| | | 開始 | | | | | |
| | | 2014 | 年 | 3 | 月 | 1 | 日 |
| | | 終了 | | | | | |
| | | 2039 | 年 | 2 | 月 | 28 | 日 |
| 契約の自動更新 | | 1 あり | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | | 4,996.20 | m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | | 4,996.20 | m ² | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 1 あり | | | |
| 契約期間 | | 1 あり | | | | | |
| 開始 | | | | | | | |
| 2014 | | 年 | 3 | 月 | 1 | 日 | |
| 終了 | | | | | | | |
| 2039 | 年 | 2 | 月 | 28 | 日 | | |
| 契約の自動更新 | | 1 あり | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 | | | | | |
| | | 最少 | | | | | 人部屋 |
| | | 最大 | | | | | 人部屋 |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | | 戸数・室数 | 区分 |
| | タイプ1 | 1 有 | 2 無 | 18.3 | m ² | 107 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 18.27 | m ² | 15 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 1 有 | 2 無 | 19.49 | m ² | 4 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ4 | | | | m ² | | |
| | タイプ5 | | | | m ² | | |
| | タイプ6 | | | | m ² | | |
| タイプ7 | | | | m ² | | | |
| タイプ8 | | | | m ² | | | |

| | | | | | | |
|---------|------------------|----------------|---------|-----------------|----|----|
| | タイプ9 | | | m ² | | |
| | タイプ10 | | | m ² | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 13 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 13 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 10 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 7 | ヶ所 | 個室 | 6 | 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 | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|--|--|
| | <p>①ご入居者の個々の心身の状態に合わせた介護目標を立て、その目標が達成できるよう最大限支援するとともに、より安心安全なサービスを提供します。</p> <p>②可能な限り自立した生活を送ることができるような自立支援サービスを基本とし、ご入居者の意思及び人格に配慮したサービスを提供します。</p> <p>③関係自治体、地域住民および地域団体と連携を図り、ご入居者が地域のコミュニティと融合できるよう総合的な支援を行います。</p> |
|--|--|

運営に関する方針

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>ご入居者が自分らしさを取り戻し、希望に満ちてお過ごしいただくために、当社ならではのサービスメニューをご用意し、健やかで笑顔に満ちた日々をきめ細かくサポートいたします。</p> <p>ご入居者の体調を整え、活動性を上げることで体力を回復し、意欲や活力を取り戻すことを基本とした当社独自の自立支援介護を実践します。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 2 委託 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 | 入居継続支援加算 (I) | 2 なし |
| | 入居継続支援加算 (II) | 1 あり |
| | 生活機能向上連携加算 (I) | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 (II) | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 (I) | 1 あり |
| | 個別機能訓練加算 (II) | 1 あり |
| | ADL維持等加算 (I) | 2 なし |
| | ADL維持等加算 (II) | 1 あり |
| | 夜間看護体制加算 | 1 あり |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり |
| | 医療機関連携加算 | 1 あり |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 あり |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|-----|----|
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算（Ⅰ） | 2 | なし | |
| | 看取り介護加算（Ⅱ） | 1 | あり | |
| | 認知症専門ケア加算 | （Ⅰ） | 2 | なし |
| | | （Ⅱ） | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ） | 2 | なし |
| | | （Ⅱ） | 2 | なし |
| | | （Ⅲ） | 1 | あり |
| | 介護職員処遇改善加算 | （Ⅰ） | 1 | あり |
| | | （Ⅱ） | 2 | なし |
| | | （Ⅲ） | 2 | なし |
| | | （Ⅳ） | 2 | なし |
| （Ⅴ） | | 2 | なし | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | （Ⅰ） | 1 | あり | |
| | （Ⅱ） | 2 | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | | | |
| | 1 ありの場合 | | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | 2.5 | : 1 | |

（医療連携の内容）

| | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 |
| | | その他 |
| 1 | 名称 | 医療法人社団白報会 かわぐち在宅診療所 |
| | 住所 | 埼玉県川口市栄町3-10-3 みどりビルディング5階 |
| | 診療科目 | 内科、眼科、皮膚科、精神科 |
| | 協力科目 | 内科、眼科、皮膚科、精神科 |

| | | | |
|--------|----|---------------|------------------------------|
| 協力医療機関 | 2 | 協力内容 | 定期訪問診療、健康診断、健康相談、健康指導、緊急時の診療 |
| | | 名称 | プライムライフクリニック高島平 |
| | | 住所 | 東京都板橋区高島平8-15-6 メゾン高橋101号室 |
| | | 診療科目 | 内科、精神科 |
| | | 協力科目 | 内科、精神科 |
| | | 協力内容 | 定期訪問診療、健康診断、健康相談、健康指導、緊急時の診療 |
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| 1 | 名称 | 岩下歯科医院 | |
| | 住所 | 埼玉県川口市榛松290-2 | |

| | | | |
|----------|---|------|--------------------|
| 協力歯科医療機関 | | 協力内容 | 定期訪問診療、歯科相談、緊急時の診療 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(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 | | 一時介護室へ移る場合 | |
| | | 介護居室へ移る場合 | |
| | ○ | その他 | 介護居室を変更する場合 |
| 判断基準の内容 | ご入居者の日常生活の維持及びホーム運営上において、支障又は配慮が必要であると判断した場合に居室を変更することがあります。 | | |
| 手続きの内容 | ご入居者の状態等を総合的に判断して、本人及び身元引受人の同意を得て行います。 | | |
| 追加的費用の有無 | 2 | なし | |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室に移行 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 | なし | |
| | 面積の増減 | 1 | あり |
| | 便所の変更 | 2 | なし |
| | 浴室の変更 | 2 | なし |
| | 洗面所の変更 | 2 | なし |
| | 台所の変更 | 2 | なし |

| | | | |
|--------------|--------|---------|--|
| 従前の居室との仕様の変更 | その他の変更 | 2 なし | |
| | | 1 ありの場合 | |
| | | (変更内容) | |

(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 |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | ①原則として、65歳以上の方。 ②複数のご入居者による共同生活を営むことに概ね支障がない方。 ③常時、医療機関等において治療を必要としない方。 ④著しい自傷他害の恐れがない方。 ⑤本契約に定めることを承諾し、株式会社サンケイビルウェルケアの運営方針に賛同できる方。 | | |
| 契約解除の内容 | ①ご入居者がお亡くなりになられた場合。 ②ご入居者による費用又は料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず1ヶ月以内に支払われない場合。 ③ご入居者が正当な理由なく契約開始日（居室引き渡し日）までに入居金を支払われない場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第30条 | |
| | 解約予告期間 | 1 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| | 1 | あり | |
| | 1 | ありの場合 | |

| | | |
|---------|------|--|
| 体験入居の内容 | (内容) | 1泊11,000円(税込/最大7日間) ※家賃、管理費、食費、介護費を含みます。但し、個別の要望に基づく買物や外出の同行を除きます。また、介護保険適用外となります。 |
| 入居定員 | 126 | 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 | | 1 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1.5 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 47 | 33 | 14 | 42.2 |
| 看護職員 | 11 | 5 | 6 | 9.2 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 2 | | 2 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | | 1 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 2 | 1 | 1 | 1.7 |
| 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 | 31 | 22 | 9 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 5 | 2 |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | |

(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 | 1 | 1 | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 1 | 1 | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (16 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 | 1 | 人 | 1 | 人 |
| 介護職員 | 4 | 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】 | c 2.5 : 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) | 2.1 : 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 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | 資格等の名称 | | | | 介護福祉士、社会福祉主事任用 | | | |
| | | 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 | | | 7 | | 23 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 9 | 7 | 30 | | | | | | |
| に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数 年 数 | 1年未満 | 2 | 3 | 8 | 2 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | 2 | 6 | 7 | | | 1 | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 7 | 3 | 1 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 2 | 12 | 2 | 1 | | 1 | | 2 | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

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 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 4 選択方式 | |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 | |
| | <input type="checkbox"/> | 全額前払い方式 |
| | <input type="checkbox"/> | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | <input type="checkbox"/> | 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | |
| | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 | 不在期間が |
| | | 日以上 |

| | | |
|---------|-----|--|
| 利用料金の改定 | 条件 | ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費、関連法令等の改正及び運営懇談会の意見を勘案します。 |
| | 手続き | ご入居者及び身元引受人に対して、事前に通知を行います。 |

(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 | 要介護2 | 要介護2 | |
| | 年齢 | 86 歳 | 86 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.3 m ² | 18.3 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 5820000 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 858000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 261615 円 | 361915 円 | |
| 家賃 | | 46000 円 | 143000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 22525 円 | 22525 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 68790 円 | 68790 円 |
| | | 管理費 | 82500 円 | 85800 円 |
| | | 介護費用 | 41800 円 | 41800 円 |
| | | 光熱水費 | 0 円 | 0 円 |
| その他 | 0 円 | 0 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 | 建物賃貸料、設備費、修繕費、維持管理費等を基礎とした上で、近傍家賃を勘案して算出しています。 |
| 敷金 | 家賃の 6 ヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | ○要介護者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制としています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の費用を入居定員で除し、要介護度別に一定割合を乗じて設定しています。 ○自立の方については、介護保険給付を利用することができないため、上乗せ介護費用はありません。ただし、生活サポート費として月額44,000円（税込）をいただきます。 |
| 管理費 | ホームの運営費、管理部門の人件費、事務管理費、水道光熱費等を基礎として算出しています。 |
| 食費 | 30日3食喫食した場合を想定して算出しています。 ※1食あたりの料金は以下の通りです（すべて税込） 【朝食】345円 【昼食】511円（おやつ代含む） 【夕食】511円 【ソフト食】実費負担（1食あたり） ※ソフト食を希望する場合には、上記の食事代に追加されます。 ※厨房管理費27,780円（税込）は喫食にかかわらず課金します。 |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 |
| 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 |
|--|---|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | 基本報酬及び前掲の加算の介護保険負担割合証の記載の負担（1割から3割）によります。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | (前掲) |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|-------------------------------------|---|
| 算定根拠 | 厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づいて算出しております。 月額単価（97,000円【標準の場合】～190,000円【月額低額の場合】）×想定居住期間（54ヶ月～72ヶ月）により算出 (月額単価の説明) 月額単価は、家賃相当額の一部で、下記のとおりを設定します。 月額単価：97,000円【標準の場合】～190,000円【月額低額の場合】 |
| 想定居住期間（償却年月数） | 54～72 ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） | 0 円 |
| 初期償却率 | 0 % |

| | | |
|----------|--------------------|--|
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 返還金＝入居前払金－（入居経過日数×1日の実費） ※1日の実費額＝（入居前払金－想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホーム設置者が受領する額）÷（想定居住期間[月数]×30日） |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 返還金＝（入居前払金－想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額）－（入居前払金の月額単価×入居経過月数） ※契約開始日及び本契約終了日が属する月については、それぞれ日割計算して算出するものとします。 |
| 前払金の保全先 | 2 連帯保証を行う銀行等 | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | 株式会社みずほ銀行、みずほ信託銀行株式会社 |

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

| | | | |
|-------|------------|----|---|
| 性別 | 男性 | 34 | 人 |
| | 女性 | 76 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 7 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 11 | 人 |
| | 85歳以上 | 90 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援1 | 6 | 人 |
| | 要支援2 | 6 | 人 |
| | 要介護1 | 21 | 人 |
| | 要介護2 | 14 | 人 |
| | 要介護3 | 25 | 人 |
| | 要介護4 | 23 | 人 |

| | | | |
|-------|------------|----|---|
| | 要介護 5 | 15 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 13 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 54 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 41 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 0 | 人 |
| | 15年以上 | 0 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 87.9 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 110 | 人 |
| 入居率※ | 87.3 | % |
| ※ 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。 | | |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|--|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 1 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 | 人 |
| | 医療機関 | 3 | 人 |
| | 死亡 | 14 | 人 |
| | その他 | 8 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| 生前解約の状況 | 入居者側の申し出 | 12 | 人 |
| | | (解約事由の例) ご自宅への復帰(1人)、医療機関への入院(3人)、他施設[特別養護老人ホーム、他社有料老人ホーム等]への転居(8人) | |

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)

| 窓口1 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|------------------------|---|-----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口の名称 | | 株式会社サンケイビルウェルケア お客様相談室 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0120 | - | 114 | - | 040 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土日祝 | | | | | | | | |
| 窓口2 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険 団体連合会苦情処理係 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | 824 | - | 2568 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土日祝 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 川口市役所 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | 258 | - | 1110 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 15 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土日祝 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|-------|---|---|---|---|---|
| 対応している時間 | 平日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 土曜 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 定休日 | | | | | | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 福祉事業者総合賠償責任保険 (あいおいニッセイ同和損保株式会社) |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事故対応マニュアルに基づく |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 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 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2022/9/10 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 3 公開していない |

10 その他

| | | | |
|--|-------------|--|---|
| 運営懇談会 | 1 あり | | |
| | 1 ありの場合 | (開催頻度) 年 2 | 回 |
| | 2 なしの場合 | | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | | |
| | 1 ありの場合 | 提携ホーム名 | |
| 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 | 1 あり | | |
| 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 | 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 | 2 なし | | |
| | 1 ありの場合 | 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 | |
| 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 | |

備考

| |
|--|
| |
|--|

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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|----------------|------------------|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ウェルケアテラス 新座 | 埼玉県新座市野火止7-12-14 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|----------------|------------------|--|--|
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ウェルケアテラス 新座 | 埼玉県新座市野火止7-12-14 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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 | | | | | | | 1 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) | 個別の利用料金で、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 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円（税込）/回 | 週2回まで介護保険で提供し、3回目以降は1回・スタッフ1名配置につき2,200円（税込）にて提供。 | |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円（税込）/回 | 週2回まで介護保険で提供し、3回目以降は1回・スタッフ1名配置につき2,200円（税込）にて提供。 | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円（税込）/30分 | 協力医療機関の場合は無償。協力医療機関以外の通院介助の場合は同行スタッフ1名あたり30分2,200円（税込）に | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,100円（税込）/回 | ケアプランにより週1回まで実施。週2回以降は1回1,100円（税込）にて提供。 | |
| リネン交換 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 550円～2,200円（税込）/回 | ケアプランにより週1回まで実施。2回目以降の個人の要望による交換については、1回1枚当たり【枕】550円/【包 | |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 3,740円（税込）/月 | 月払いで追加費用はなし。 | |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 330円（税込）/1膳 | 体調不良を除く、個別要望による居室への配膳は1膳あたり330円（税込）で提供。 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | | |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | 外部からの訪問理美容。 | |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,100円（税込）/30分 | 通常の利用区域内においては、週1回指定日にホーム指定のネットスーパーにて飲食材料及び生活用品等の購入をスタッフ1名あたり30分1,100円（税込）にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。 | |
| 役所手続き代行 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,100円（税込）/30分 | | |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | ご希望により年2回実施。 | |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 2 なし | ○ | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円（税込）/30分 | 協力医療機関の場合は無償。協力医療機関以外の同行については、同行スタッフ1名あたり30分2,200円（税込） | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,100円（税込）/30分 | スタッフ1名あたり30分1,100円（税込）にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。 | |
| 入院中の見舞い訪問 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,100円（税込）/30分 | スタッフ1名あたり30分1,100円（税込）にて提供、交通費実費等が必要な場合にはその実費。 | |

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2: 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。