

医療法人栄心会 さかえグリーンハート川口

入居契約 兼 (介護予防)特定施設入居者生活介護 利用契約 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年7月1日 |
| 記入者名  | 辻 美土里    |
| 所属・職名 | 施設長      |

1. 事業主体概要

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 種類         | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人  |   |
|            | ※法人の場合、その種類  | 医療法人  |
| 名称         | (ふりがな) いりょうほうじん えいしんかい<br>医療法人 栄心会   |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒963-8803 福島県郡山市横塚二丁目15番6号   |   |
| 連絡先        | 電話番号   | 024-941-2202  |
|            | FAX番号  | 024-941-2201  |
|            | ホームページアドレス   | <a href="http://www.sakaenaika.jp">http://www.sakaenaika.jp</a> |
| 代表者        | 氏名   | 佐藤 栄一   |
|            | 職名   | 理事長   |
| 設立年月日      | 平成15年9月4日  |   |
| 主な実施事業     | 内科診療所、人工透析センター、介護老人保健施設、デイケア、<br>介護付有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス、<br>小規模多機能型居宅介護、訪問介護、居宅介護支援事業所、<br>サービス付高齢者向け住宅 |   |

2. 有料老人ホーム事業の内容

(住まいの概要)

|               |                                       |   |
|---------------|---------------------------------------|---|
| 名称            | (ふりがな) さかえぐりーんはーとかわぐち<br>さかえグリーンハート川口 |   |
| 所在地           | 〒333-0801 埼玉県川口市東川口5丁目9番16号           |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                   | JR 武蔵野線・埼玉高速鉄道線「東川口」駅   |
|               | 交通手段と所要時間                             | 最寄駅から1.1km（徒歩約12分）  |
| 連絡先           | 電話番号                                  | 048-271-9155  |
|               | FAX番号                                 | 048-271-9451  |
|               | ホームページアドレス                            | <a href="http://www.sakae-kawaguchi.jp">http://www.sakae-kawaguchi.jp</a> |
| 管理者           | 氏名                                    | 施設長   |
|               | 職名                                    | 辻 美土里   |
| 建物の竣工日        | 平成26年12月25日                           |   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成27年3月1日                             |   |

**(類型)【表示事項】**

|  |           |   |
|--|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> 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）<br><input type="checkbox"/> 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）<br><input type="checkbox"/> 3 住宅型<br><input type="checkbox"/> 4 健康型 |           |   |
| 1 又は 2 に該当する場合   | 介護保険事業者番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 1170206823 号<br>介護予防特定施設入居者生活介護 1170206823 号<br>※短期利用型あり |
|  | 指定した自治体名  | 川口市   |
|  | 事業所の指定日   | 平成 27 年 3 月 1 日   |
|  | 指定更新日     | 令和 3 年 3 月 1 日  |

**3. 建物概要**

|                                       |                                    |   |   |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|---|
| 土地                                    | 敷地面積                               | 1,470.00 m <sup>2</sup> (444.67 坪)  |   |
|                                       | 所有関係                               | 1 事業者が自ら所有する土地  |   |
|                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地                                       |   |
|                                       |                                    | 抵当権の有無  | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                       |                                    | 契約期間  | <input type="checkbox"/> 1 あり<br>(平成 27 年 3 月 1 日~令和 27 年 2 月 28 日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新                               | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |   |   |
| 建物                                    | 延床面積                               | 全体  | 地上 3 階建 2,001.39 m <sup>2</sup> (605.42 坪)                                  |
|                                       |                                    | 内、老人ホーム部分   | 2,001.39 m <sup>2</sup> (605.42 坪)  |
|                                       | 耐火構造                               | <input type="checkbox"/> 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   |   |
|                                       |                                    | <input type="checkbox"/> 2 重量鉄骨造  |   |
|                                       |                                    | 3 木造  |   |
|                                       |                                    | 4 その他   |   |
|                                       | 所有関係                               | 1 事業者が自ら所有する建物  |   |
| <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 |                                    |   |   |
| 抵当権の有無                                |                                    | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |   |
| 契約期間                                  |                                    | <input type="checkbox"/> 1 あり<br>(平成 27 年 3 月 1 日~令和 27 年 2 月 28 日)<br>2 なし |   |
| 契約の自動更新                               |                                    | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |   |
| 居室の状況                                 | 居室区分<br>【表示事項】                     | <input type="checkbox"/> 1 全室個室   |   |
|                                       |                                    | 2 相部屋あり   |   |
|                                       |                                    | 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            | あり   | なし         | 18.01 m <sup>2</sup> | 36 室           | 介護居室 |                    |
| タイプ 2            | あり   | なし         | 18.46 m <sup>2</sup> | 4 室            | 介護居室 |                    |
| タイプ 3            | あり   | なし         | 18.90 m <sup>2</sup> | 8 室            | 介護居室 |                    |
| タイプ 4            | あり   | なし         | 19.59 m <sup>2</sup> | 2 室            | 介護居室 |                    |
| 共用施設             | 共用便所における便房   | 5ヶ所        | うち男女別の対応が可能な便房       | 5ヶ所            |      |                    |
|                  |  |            | うち車椅子等の対応が可能な便房      | 5ヶ所            |      |                    |
|                  | 共用浴室   | 3ヶ所        | 個浴                   | 3ヶ所            |      |                    |
|                  |  |            | 大浴場                  | —              |      |                    |
|                  | 共用浴室における介護浴槽   | 1ヶ所        | チェア浴                 | 1ヶ所            |      |                    |
|                  |  |            | リフト浴                 | —              |      |                    |
|                  | 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 に対応しない) |
|                  | 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   |                    |
|                  | 火災通報装置   | 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              | 談話室、図書コーナー、洗濯室、相談室、会議室、健康管理室、機能訓練室、事務室、汚物処理室、介護・看護職員室、厨房 |            |                      |                |      |                    |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |      |   |    |   |    |
|-----------------|---|------|---|----|---|----|
| 運営に関する方針        | <p>尊敬と感謝の念をもって接し、きめ細やかなサポートに努めます。<br/>常に向上心をもってサービス向上に努めます。<br/>法令、社会的ルールを遵守し、安心して健全な事業運営に努めます。</p>                                 |      |   |    |   |    |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活リハビリの実施。</li> <li>往診医と看護師オンコール体制による 24 時間の健康管理。</li> <li>居室担当制と全室個室によるプライバシー保護。</li> </ul> |      |   |    |   |    |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 食事の提供           | 1   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 健康管理の供与         | 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  | 1   | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 生活相談サービス        | 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の加算の対象となるサービス提供 (※印は介護予防非該当) |             |             |
|---|-------------|-------------|
| 夜間看護体制加算 ※                              | 1 あり        | 2 なし        |
| 個別機能訓練加算                                | 1 あり (I・II) | 2 なし        |
| 医療機関連携加算                                | 1 あり        | 2 なし        |
| 退院・退所時連携加算 ※                            | 1 あり        | 2 なし        |
| ADL維持等加算 ※                              | 1 あり (I・II) | 2 なし        |
| 科学的介護推進体制加算                             | 1 あり        | 2 なし        |
| 口腔衛生管理体制加算                              | 1 あり        | 2 なし        |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                          | 1 あり (I・II) | 2 なし        |
| 若年性認知症入居者受入加算                           | 1 あり        | 2 なし        |
| 認知症専門ケア加算                               | 1 あり        | 2 なし (I・II) |
| 入居継続支援加算 ※                              | 1 あり        | 2 なし (I・II) |
| 生活機能向上連携加算                              | 1 あり        | 2 なし (I・II) |
| 看取り介護加算 ※                               | 1 あり (I)    | 2 なし (II)   |
| サービス提供体制強化加算                            | 1 あり (I)    | 2 なし        |
| 介護職員処遇加算                                | 1 あり (I)    | 2 なし        |
| 介護職員等特定処遇改善加算                           | 1 あり (I)    | 2 なし        |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算                        | 1 あり        | 2 なし        |
| 身体拘束廃止未実施減算                             | 1 減算型       | 2 基準型       |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                    | 1 あり        | 2 なし        |

(医療連携の内容)

|              |                                   |                   |  |
|--------------|-----------------------------------|-------------------|--|
| 医療支援         | 1 救急車の手配                          | 3 通院介助            |  |
| ※複数選択可       | 2 入退院の付き添い                        | 4 その他 (医療機関の情報提供) |  |
| 協力医療機関       | 1                                 | 名称                | 医療法人社団協友会 東川口病院                                |
|              |                                   | 住所                | 埼玉県川口市東川口 2-10-8 (ホームから約 650 m)                |
|              |                                   | 診療科目              | 内科、整形外科、外科、消化器外科、脳神経外科、循環器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、小児科 |
|              |                                   | 協力内容              | 通院診療、緊急時対応、健康診断。(医療費実費)                        |
|              | 2                                 | 名称                | 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック川口                         |
|              |                                   | 住所                | 埼玉県川口市柳崎 4-8-33 (ホームから約 6.5 km)                |
|              |                                   | 診療科目              | 内科、精神科、整形外科、皮膚科                                |
|              |                                   | 協力内容              | 訪問診療、健康相談、健康診断、緊急時対応。(医療費実費)                   |
|              | 3                                 | 名称                | 医療法人社団コンパス コンパスクリニック大宮                         |
|              |                                   | 住所                | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町 4-193-2 (ホームから約 16km)           |
|              |                                   | 診療科目              | 内科   |
|              |                                   | 協力内容              | 訪問診療、健康相談、健康診断、緊急時対応。(医療費実費)                   |
| 協力歯科<br>医療機関 | 1                                 | 名称                | 医療法人社団コンパス コンパスクリニック大宮                         |
|              |                                   | 住所                | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町 4-193-2 (ホームから約 16km)           |
|              |                                   | 協力内容              | 訪問歯科診療、口腔衛生ケア。(医療費実費)                          |
|              | 2                                 | 名称                | もがき歯科医院  |
| 住所           | 埼玉県川口市東川口 3-6-25-2F (ホームから約 600m) |                   |  |

|   |      |  |
|---|------|--|
|   | 協力内容 | 歯科診療、口腔衛生ケア。（医療費実費）                              |
| 3 | 名称   | 金谷歯科クリニック  |
|   | 住所   | 埼玉県川口市東川口 4-19-11 パルティール参番館 101<br>(ホームから約 500m) |
|   | 協力内容 | 歯科診療、口腔衛生ケア。（医療費実費）                              |

(入居後に居室を住み替える場合)

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br>3 その他  |  |
| 判断基準の内容                  | 入居者の要介護度の状況、介護・医療依存度が高い場合に、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。  |  |
| 手続きの内容                   | ①事業者の指定する医師の意見を聴く<br>②緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける<br>③住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の内容、専有面積の変更を入居者及び身元引受人等に説明を行う<br>④入居者または身元引受人の意見・同意を得る |  |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし        |
|                          | 便所の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし        |
|                          | 浴室の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし        |
|                          | 洗面所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし        |
|                          | その他の変更  | 1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

(入居に関する要件)

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                    |
|                    | 要支援の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                    |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                    |
| 留意事項               | 65歳以上または要支援・要介護の者。<br>経鼻栄養、気管切開など入居不可。その他の医療依存度などは要相談。                        |  |
| 契約の解除の内容           | ①入居者が死亡した場合<br>②入居者、又は事業者から解約した場合   |  |
| 事業主体から解約を<br>求める場合 | 解約条項  | 入居時提出書類に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。月払いの利用料を3ヶ月以上滞納したとき。入居契約書等で禁止又は制限される行為を行ったとき。等 |
|                    | 解約予告期間  | 90日間   |
| 入居者からの解約予告期間       | 30日間  |  |
| 体験入居の内容            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1泊2日3食付6,000円(税込)最大2泊3日)<br>2 なし |  |
| 入居定員               | 50人   |  |
| その他                | 身元引受人1名、緊急連絡先2名を要する。  |  |

## 5. 職員体制

### (職員別の職員数)

|  | 職員数 (実人数)  |     |     | 常勤換算人数<br>※1 |
|--|------------|-----|-----|--------------|
|  | 合計         | 常勤  | 非常勤 |              |
| 管理者  | 1人         | 1人  |     | 1.0          |
| 生活相談員  | 3人         | 3人  |     | 2.0          |
| 直接処遇職員   | 26人        | 24人 | 2人  | 23.6         |
| 介護職員   | 23人        | 22人 | 1人  | 20.8         |
| 看護職員   | 3人         | 2人  | 1人  | 2.8          |
| 機能訓練指導員  | 1人         |     | 1人  | 0.6          |
| 計画作成担当者  | 1人         | 1人  |     | 0.5          |
| 栄養士  | (株)LEOC 委託 |     |     |              |
| 調理員  | (株)LEOC 委託 |     |     |              |
| その他職員  | 2人         | 1人  | 1人  | 0.8          |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数   |            |     |     | 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。 |            |     |     |              |

### (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     | 20人 | 20人 |     |
| 実務者研修の修了者 | 1人  | 1人  |     |
| 初任者研修の修了者 | 2人  | 1人  | 1人  |
| 介護支援専門員   | 1人  | 1人  |     |

### (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       | 1人 |    | 1人  |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| 鍼灸あん摩マッサージ師 |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|                      |         |               |
|----------------------|---------|---------------|
| 夜勤帯の設定時間 (19時30分～7時) |         |               |
|                      | 平均人数    | 最小人数 (休憩者等除く) |
| 看護職員                 | オンコール対応 | オンコール対応       |
| 介護職員                 | 2人      | 2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 | 契約上の職員配置比率<br>【表示事項】               | a 1.5 : 1 以上<br>b 2.0 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上<br>d 3.0 : 1 以上 |
|                               | 実際の配置比率<br>(記入日時点での入居者数 : 常勤換算職員数) | 2.0 : 1  |

(職員の状況)

|                      |               |  |       |  |         |     |    |                                |    |     |
|----------------------|---------------|--|-------|--|---------|-----|----|--------------------------------|----|-----|
| 管理者                  | 他の職務との兼務      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (生活相談員)      2 なし   |       |  |         |     |    |                                |    |     |
|                      | 業務に係る資格等      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>資格等の名称      准看護師 |       |  |         |     |    |                                |    |     |
|                      |               | 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          | 1人            | 1人   | 6人    |  |         |     |    | 1人                             |    |     |
| 前年度1年間の退職者数          |               | 2人   | 5人    |  |         |     | 1人 |                                |    |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満          |  |       |  |         |     |    |                                |    |     |
|                      | 1年以上<br>3年未満  |  |       |  |         | 1人  |    |                                |    |     |
|                      | 3年以上<br>5年未満  |  |       | 5人   | 1人      |     |    |                                | 1人 |     |
|                      | 5年以上<br>10年未満 |  |       | 7人   |         |     |    |                                |    | 1人  |
|                      | 10年以上         | 2人   | 1人    | 10人  |         | 2人  |    |                                |    |     |
|                      | 従業者の健康診断の実施状況 |  |       | <input checked="" type="checkbox"/> 1. あり (夜勤5回以上は年2回実施) |         |     |    | <input type="checkbox"/> 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】              | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                                      |  |  |
| 利用料の支払い方法【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   |  |  |
|                            | <input type="checkbox"/> 4 選択方式   | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |  |
| 年齢に応じた金額設定                 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし   |  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費・保険分日割り）<br><input type="checkbox"/> 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  | 消費者物価指数及び人件費上昇等により料金が不当になる場合。  |  |
|                            | 手続き   | 事前告知または運営懇談会の意見を聴き、料金を改定する。  |  |

### (利用料金のプラン)

|   |                              | 月払いプラン   | 前払金プラン A・B   |  |
|---|------------------------------|--|--|--|
| 入居者の状況  | 要介護度                         | 要支援・要介護  | 要支援・要介護  |  |
|   | 年齢                           | 原則 65 歳以上  | A) 80～89 歳 B) 90 歳以上   |  |
| 居室の状況   | 床面積                          | 18.01～19.59 m <sup>2</sup>   | 18.01～19.59 m <sup>2</sup>   |  |
|   | 便所                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |  |
|   | 浴室                           | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                          | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                          |  |
|   | 台所                           | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                          | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                          |  |
| 入居時点で必要な費用  | 前払金                          | 0 円  | A) 1,800,000 円<br>B) 1,440,000 円                                       |  |
|   | 敷金                           | 270,000 円  | 0 円  |  |
| 月額費用の合計   |                              | 221,500 円  | 191,500 円  |  |
| 家賃  |                              | 90,000 円   | 60,000 円   |  |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 ※1 の費用           | 本紙、特定施設入居者生活介護に関する利用料の算定根拠参照   |  |  |
|   | 介護保険外 ※2                     | 管理費  | 71,500 円   |  |
|   |                              | 食費   | 60,000 円   |  |
|   |                              | 介護費用   | —  |  |
|   |                              | 水光熱費   | 管理費含む  |  |
| その他   | 都度払いサービスあり(別添 2)介護サービス等一覧表参照 |  |  |  |
| ※1 介護予防・地域密着の場合を含む。<br>※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サービスであっても、本欄には記載していない） |                              |  |  |  |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                           | 算定根拠   |
|------------------------------|--|
| 敷金（非課税）                      | 居室の明け渡し完了後に未払い家賃・損害金・その他入居者の負担すべき債務。   |
| 家賃（非課税）<br>※先払い制・入退去時日割り     | 居室及び共用施設を利用するための家賃相当額または一部。施設<br>の設備に要した費用、修繕費、管理事務費、賃借料、等を基礎と<br>して1室あたりの家賃を算出。 |
| 管理費（税込）<br>※入退去時日割り          | 共用施設の維持管理費・消耗品費・事務管理部門の person 費及び事<br>務費、居室及び共用施設の水道光熱費、入居者への日常生活支援<br>サービス費。   |
| 食費（税込）                       | 食材料費、調理委託費、調理の水道光熱費、食器等の備品。  |
| 水光熱費                         | 管理費含む  |
| 利用者の個別的な選択サービス<br>によるサービス利用料 | (別添2) 介護サービス一覧表等参照   |
| 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)

| 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         | 基本報酬、及び加算の利用者負担分。 |               |            |            |
| ＜特定施設入居者生活介護利用者負担分の30日分の目安＞ |                   |               |            |            |
| 区分                          | 基本単位              | 自己負担(1割)      | 自己負担(2割)   | 自己負担(3割)   |
| 要支援1                        | 182 単位/日          | 5,608 円/月     | 11,215 円/月 | 16,823 円/月 |
| 要支援2                        | 311 単位/日          | 9,582 円/月     | 19,164 円/月 | 28,746 円/月 |
| 要介護1                        | 538 単位/日          | 16,576 円/月    | 33,152 円/月 | 49,728 円/月 |
| 要介護2                        | 604 単位/日          | 18,610 円/月    | 37,219 円/月 | 55,828 円/月 |
| 要介護3                        | 674 単位/日          | 20,766 円/月    | 41,532 円/月 | 62,298 円/月 |
| 要介護4                        | 738 単位/日          | 22,738 円/月    | 45,476 円/月 | 68,214 円/月 |
| 要介護5                        | 807 単位/日          | 24,864 円/月    | 49,728 円/月 | 74,591 円/月 |
| 夜間看護体制加算                    | 10 単位/日           | 309 円/月       | 617 円/月    | 925 円/月    |
| 個別機能訓練加算(I)                 | 12 単位/日           | 370 円/月       | 740 円/月    | 1,110 円/月  |
| 個別機能訓練加算(II)                | 20 単位/月           | 21 円/月        | 41 円/月     | 62 円/月     |
| サービス提供体制強化加算(I)             | 22 単位/日           | 678 円/月       | 1,356 円/月  | 2,034 円/月  |
| 退院・退所時連携加算                  | 30 単位/日           | 925 円/月       | 1,849 円/月  | 2,773 円/月  |
| 若年性認知症入居者受入加算               | 120 単位/日          | 3,698 円/月     | 7,395 円/月  | 11,092 円/月 |
| 医療機関連携加算                    | 80 単位/月           | 83 円/月        | 165 円/月    | 247 円/月    |
| 科学的介護推進体制加算                 | 40 単位/月           | 41 円/月        | 82 円/月     | 123 円/月    |
| 口腔衛生管理体制加算                  | 30 単位/月           | 31 円/月        | 62 円/月     | 93 円/月     |
| ADL維持等加算(I・II)              | 60・30 単位/月        | 62・31 円/月     | 124・62 円/月 | 185・93 円/月 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(I・II)        | 20・5 単位/月         | 21・6 円/月      | 41・11 円/月  | 62・16 円/月  |
| 入居継続支援加算                    | (I) 36 単位/日       | (II) 22 単位/日  |            |            |
| 認知症専門ケア加算                   | (I) 3 単位/日        | (II) 4 単位/日   |            |            |
| 生活機能向上連携加算                  | (I) 100 単位/月      | (II) 200 単位/月 |            |            |

|  |  |
|--|--|
| 身体拘束廃止未実施減算  | 10%/日減算  |
| 介護職員処遇改善加算   | (I) 総単位数×8.2%  |
| 介護職員等特定処遇改善加算  | (I) 総単位数×1.8%  |
| 介護職員等 <sup>ハ</sup> ・ <sup>ズ</sup> ・ <sup>アップ</sup> 等支援加算                                   | 総単位数×1.5%  |
| 看取り介護加算(I)   | 死亡日以前 31 日～45 日以下：72 単位/日<br>同 4 日～30 日以下：144 単位/日<br>同前日又は前々日：680 単位/日<br>死亡日：1,280 単位/日 ※最大 7,608 単位     |
| 看取り介護加算(II)  | 死亡日以前 31 日～45 日以下：572 単位/日<br>同 4 日～30 日以下：644 単位/日<br>同前日又は前々日：1,180 単位/日<br>死亡日：1,780 単位/日 ※最大 30,108 単位 |
| ※上記金額は地域加算 6 等級 (10.27) 含む。<br>夜間看護体制加算、ADL 維持等加算、入居継続支援加算、退院・退所時連携加算、<br>看取り介護加算は、要支援非該当。 |  |
| 特定施設入居者生活介護※1における人員配置が<br>手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)   | —  |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。   |  |

#### (前払金の受領)

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| 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き算定。 |   |
| 想定居住期間<br>(想定償却月数)                   | 前払金プラン A   | 60 ヶ月   |
|                                      | 前払金プラン B   | 48 ヶ月   |
| 償却の開始日                               | 入居日の翌日   |   |
| 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) | なし   |   |
| 初期償却率                                | なし   |   |
| 返還金の算定方法                             | 入居後 3 月以内の契約終了   | (入居一時金) ÷ (想定居住月数) ÷ 30 × (入居から契約終了日までの日数)<br>※月額利用料は日割り計算で受領します。 |
|                                      | 入居後 3 月を超えた契約の終了   | (入居一時金) ÷ (償却期間の日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの日数)                       |
| 前払金の保全先                              | 1 連帯保証を行う銀行等の名称  |   |
|                                      | 2 信託契約を行う信託会社等の名称  |   |
|                                      | 3 保証保険を行う保険会社の名称   |   |
|                                      | ④ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会  |   |
|                                      | 5 その他 (名称: )   |   |

## 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            | 16 人 |
|       | 女性            | 33 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        |      |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 4 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 7 人  |
|       | 85 歳以上        | 38 人 |
| 要介護度別 | 自立            |      |
|       | 要支援 1         | 2 人  |
|       | 要支援 2         | 2 人  |
|       | 要介護 1         | 14 人 |
|       | 要介護 2         | 10 人 |
|       | 要介護 3         | 5 人  |
|       | 要介護 4         | 11 人 |
|       | 要介護 5         | 5 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 6 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 6 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 22 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 15 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 |      |
|       | 15 年以上        |      |

### (入居者の属性)

|  |        |
|--|--------|
| 平均年齢                                     | 87.8 歳 |
| 入居者数の合計                                  | 49 人   |
| 入居率※                                     | 98%    |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在者も入居者に含む。 |        |

### (前年度における退去者の状況)

|         |          |                           |
|---------|----------|---------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      |                           |
|         | 社会福祉施設   | 1 人                       |
|         | 医療機関     | 1 人                       |
|         | 逝去       | 8 人                       |
|         | その他      |                           |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  |                           |
|         |          | (解約事由の例)                  |
|         | 入居者側の申し出 | 2 人                       |
|         |          | (解約事由の例)<br>入院中の加療。他施設転居。 |

## 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)

|       |       |                  |                   |                       |
|-------|-------|------------------|-------------------|-----------------------|
| 窓口の名称 |       | さかえ<br>グリーンハート川口 | 埼玉県消費生活<br>支援センター | 公益社団法人<br>全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号  |       | 048-271-9155     | 048-261-0999      | 03-3548-1077          |
| 対応時間  | 平日    | 9:00～17:00       | 9:00～16:00        | 月水金 10:00～17:00       |
|       | 土曜    | 9:00～17:00       | 9:00～16:00        | —                     |
|       | 日曜・祝日 | 9:00～17:00       | —                 | —                     |
| 定休日   |       | なし               | 年末年始              | 年末年始                  |

|                 |                   |                  |                        |
|-----------------|-------------------|------------------|------------------------|
| 川口市福祉部<br>介護保険課 | 川口市都市計画部<br>住宅政策課 | 川口市民生活部<br>市民相談室 | 埼玉県国保連合会<br>介護福祉課苦情対応係 |
| 048-259-7293    | 048-242-6326      | 048-259-9037     | 048-824-2568           |
| 8:30～17:15      | 8:30～17:15        | 8:30～17:15       | 8:30～17:00             |
| —               | —                 | —                | —                      |
| —               | —                 | —                | —                      |
| 年末年始            | 年末年始              | 年末年始             | 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)<br>あいおいニッセイ同和損保の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入。  |
|                               | 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)<br>直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び緊急連絡人に報告します。<br>事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。但し、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。 |
|                               | 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    | 令和5年2月15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  |           |
| 2 なし                             |      |        |           |



(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 |
|------------------------------|----|----|--------|-----|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |        |     |
| 訪問介護                         | あり | なし |        |     |
| 訪問入浴介護                       | あり | なし |        |     |
| 訪問看護                         | あり | なし |        |     |
| 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 |        |     |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |        |     |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |        |     |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |        |     |
| 定期巡回・随時対応訪問介護看護              | 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 |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |        |     |
| 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 |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |        |     |
| 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 | なし |        |     |

(別添2) 介護サービス等の一覧表

| 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                                    | 2. なし |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--|-------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（一部負担） | 特定施設入居者生活介護一時金月額の利用料等で実施するサービス（月額利用料） | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス（全額負担） | 備考<br>(表記料金：税込)                          |       |
| <b>介護サービス</b>                    |                             |                                       |                            |  |       |
| 食事介助                             | あり                          | なし                                    | なし                         | 保険給付                                     |       |
| 排せつ介助・おむつ交換                      | あり                          | なし                                    | なし                         | 保険給付                                     |       |
| おむつ代                             |                             | なし                                    | あり                         | 自己負担（持ち込み可）                              |       |
| 個浴介助・清拭                          | あり<br>(週2回まで)               | あり<br>(週3回目)                          | あり<br>(週4回以上)              | 原則2回。<br>週4回以上から1,100円/回                 |       |
| 特浴介助・清拭                          | あり<br>(週2回まで)               | あり<br>(週3回目)                          | あり<br>(週4回以上)              | 原則2回。希望に応じて週3回<br>週4回以上から1,100円/回        |       |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | あり                          | なし                                    | なし                         | 保険給付                                     |       |
| 機能訓練                             | あり                          | あり                                    | なし                         | 保険給付＋加算給付＋管理費                            |       |
| 通院介助                             | あり                          | あり                                    | あり                         | 協力医療機関は保険給付＋管理費<br>それ以外1,100円/30分（交通費別）  |       |
| <b>生活支援サービス</b>                  |                             |                                       |                            |  |       |
| 居室清掃                             | なし                          | あり<br>(週1回)                           | あり                         | 清掃週1回 ゴミ交換毎日（管理費）<br>それ以外1,100円/30分      |       |
| リネン交換                            | なし                          | あり<br>(週1回)                           | あり                         | 規定日週1回と汚染時随時（管理費）<br>それ以外1,100円/回        |       |
| 日常の洗濯                            | なし                          | あり<br>(週3回)                           | あり                         | 規定日週3回（管理費）<br>それ以外1,100円/回              |       |
| 居室配膳・下膳                          | なし                          | あり<br>(体調不良・来客)                       | あり                         | 体調不良・来客時（管理費）<br>それ以外110円/回              |       |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                             | なし                                    | あり                         | 自己負担                                     |       |
| おやつ                              |                             | あり                                    | あり                         | 食費を含む<br>それ以外自己負担                        |       |
| 理美容師による理美容サービス                   |                             | なし                                    | あり                         | 実費（カット2,000円～）<br>毎月3回訪問                 |       |
| 買い物代行                            | なし                          | あり<br>(週1回)                           | あり<br>(川口市内)               | 週1回実施（管理費）<br>それ以外市内に限り1,100円/30分        |       |
| 役所手続き代行                          | なし                          | なし                                    | あり<br>(川口市内)               | 川口市内に限り1,100円/30分<br>介護保険更新変更手続き随時対応     |       |
| 金銭・貯金管理                          |                             | なし                                    | なし                         | 原則として行なわない                               |       |
| 送迎サービス                           | なし                          | なし                                    | あり                         | 1,100円/30分                               |       |
| <b>健康管理サービス</b>                  |                             |                                       |                            |  |       |
| 定期健康診断                           |                             | なし                                    | あり<br>(自己負担)               | 希望により年2回（自己負担）                           |       |
| 健康相談                             | なし                          | あり                                    | なし                         | 適宜実施（管理費）                                |       |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                          | あり                                    | なし                         | 適宜実施（管理費）                                |       |
| 服薬支援                             | なし                          | あり                                    | なし                         | 適宜実施（管理費）                                |       |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                          | あり                                    | なし                         | 適宜実施（管理費）                                |       |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b>             |                             |                                       |                            |  |       |
| 移送サービス                           | なし                          | なし                                    | あり                         | 1,100円/30分                               |       |
| 入退院時の同行                          | なし                          | あり                                    | あり                         | 協力医療機関の適宜実施（管理費）<br>それ以外1,100円/30分（交通費別） |       |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                          | あり                                    | あり                         | 協力医療機関のみ週1回（管理費）<br>それ以外1,100円/30分（交通費別） |       |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                          | なし                                    | あり                         | 1,100円/30分（交通費別）                         |       |