

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和3年6月1日 |
| 記入者名 | 新井 伸二郎 |
| 所属・職名 | 執行役員 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--------------------------------------|--------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃあくていぐんま 株式会社アクティ群馬 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒371-0854 群馬県前橋市大渡町一丁目1番地58 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-212-7632 |
| | FAX番号 | 027-212-7532 |
| | ホームページアドレス | |
| 代表者 | 氏名 | 代表取締役 |
| | 職名 | 澤田 浩和 |
| 設立年月日 | 昭和・平成30年4月4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) あすなるよしみ あすなる吉見 | |
| 所在地 | 〒355-0118 埼玉県比企郡吉見町下細谷370 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 東武東上線 東松山駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① バス利用の場合 東武東上線 東松山駅東口からバス『川越観光バス東松山2』乗車『久保田』バス停下車 12分 ② 自動車利用の場合 |

| | | |
|---------------|------------|--------------|
| | | 最寄駅から14分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0493-53-0155 |
| | FAX番号 | 0493-53-0156 |
| | 営業時間 | 8:30~17:30 |
| | 営業日 | 年中無休 |
| | ホームページアドレス | なし |
| 管理者 | 氏名 | 坂田 弘史 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 令和3年3月31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和3年6月1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| ① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1173202365 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 令和3年6月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | |

3. 建物概要

| | | | |
|----|------|---------------------------------------|------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,774.09 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり（予定） 2 なし |
| | 契約期間 | 1 あり （令和3年6月1日～令和33年5月31日） 2 なし | |

| | | | | | | |
|---------|-------|---|---------------------------------------|----------------------|-------|--------|
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,698.00 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,698.00 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり (予定) 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (令和3年6月1日～令和30年5月31日) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| | 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | |
| 2 相部屋あり | | | | | | |
| 最少 | | | 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 | | 有/無 | 有/無 | 18.00 m ² | 50 | 介護居室個室 |
| タイプ2 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ3 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ4 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ5 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|--|
| | タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 5ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 5ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 2ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | | 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 | | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1ヶ所 | | |
| | | | その他（ ） | | ヶ所 | | |
| 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | | | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 | あり（車椅子対応） | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | あり（ストレッチャー対応） | <input type="checkbox"/> 3 | あり（上記1・2に該当しない） | |
| | <input type="checkbox"/> 4 | なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | スプリンクラー | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| その他 | 談話コーナー | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------|---------------------------------|
| 運営に関する方針 | 私たちは、介護サービスを通じて全ての方に「安心」を提供します。 |
|----------|---------------------------------|

| | |
|-----------------|--|
| サービスの提供内容に関する特色 | ① ご利用者様の人権と個性を尊重します。 ② ご利用者様の有する能力に応じた自立した生活を支援します。 ③ 明るく家庭的な施設運営をします。 ④ 地域に開かれた施設運営をします。 ⑤ 各市町村及び介護保険事業者と綿密な連携に努めます。 ⑥ 職員教育体制の整備・人員の確保に努めます。 ⑦ 医療機関と綿密に連携し、終の棲家としての環境を整えます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 個別機能訓練加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (I)ロ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| (II) | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) : 1 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | |
|--------|--|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 |
| ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い |

| | | | |
|----------|---|--------------------|---------------------------------------|
| | | 3 通院介助 4 その他（ ） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 公益社団法人 東松山医師会 東松山医師会病院 |
| | | 住所 | 埼玉県東松山市神明町 1-15-10 |
| | | 診療科目 | 内科・外科、消化器外科・整形外科・泌尿器科・呼吸器外科・甲状腺外科・皮膚科 |
| | | 協力内容 | 受診等 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(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 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 65 歳以上または要支援・要介護者の者 | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第 29 条、第 30 条による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第 29 条 |
| | 解約予告期間 | 90 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容: 1 日 8,800 円) 2 なし | |
| 入居定員 | 50 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|---|-----------|--------|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 23 | 10 | 13 | 22.7 |
| 介護職員 | 9 | 9 | 0 | 9 |
| 看護職員 | 14 | 1 | 13 | 6.3 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 栄養士 | 1 (委託) | 1 (委託) | 0 | 1 |
| 調理員 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| 事務員 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 7 | 6 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | 0 |
| ホームヘルパー2級 | 1 | 1 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 1 | 1 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16時00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 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.61 : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|---|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | |
|-----|----------|-----------|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | 1 あり 2 なし |
|-----|----------|-----------|

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|--------|------|-----------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|---|
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | 介護福祉士 | | | | |
| | | 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 | 13 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 13 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | ① あり 2 なし | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|------------------------|-------------------------------------|---|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | | |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |

| | | |
|--------------------------------|-----|--|
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金 の改定 | 条件 | 消費者物価指数等を勘案し料金が不相当となった場合。 |
| | 手続き | 運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。 |

(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 | 自立 | 要介護 5 | |
| | 年齢 | 75 歳 | 95 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00 m ² | 18.00 m ² | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | なし | なし | |
| | 敷金 | 86,000 円 | 86,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 199,580 円 | 135,916 円 | |
| 家賃 | | 43,000 円 | 43,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用（30 日当たり） | | 24,336 円 (1 割負担の場合) | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 38,880 円 | 38,880 円 |
| | | 管理費 | 29,700 円 | 29,700 円 |
| | | 介護費用 | 特定施設入居者生活介護費に含む | 特定施設入居者生活介護費に含む |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | | 自立サポート費 | 88,000 円 | |
| その他 | 都度払いサービスあり | 都度払いサービスあり | | |
| <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 | 建物賃借料、近隣相場を勘案して算定 |
| 敷金 | 家賃の2ヶ月分 |
| 介護費用 | 特定施設入居者生活介護費に含む |
| 管理費 | 事務管理費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定 |
| 食費 | 業務委託料により算定 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 自立サポート費 | 人件費（リネン交換、居室清掃、服薬管理、洗濯 等） |
| 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 | 人件費、消耗品費等による。 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 サービス内容・費用は別添2による。 |

（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 | 基本報酬、加算の利用者負担分（別添3参照） |
| 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） | 算定していない |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

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 | 人 |
| | 女性 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 人 |
| | 85歳以上 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 人 |

| | | | |
|-------|------------|--|---|
| | 要支援 2 | | 人 |
| | 要介護 1 | | 人 |
| | 要介護 2 | | 人 |
| | 要介護 3 | | 人 |
| | 要介護 4 | | 人 |
| | 要介護 5 | | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | | 人 |
| | 1年以上5年未満 | | 人 |
| | 5年以上10年未満 | | 人 |
| | 10年以上15年未満 | | 人 |
| | 15年以上 | | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|--|--|---|
| 平均年齢 | | 歳 |
| 入居者数の合計 | | 人 |
| 入居率* | | % |
| <p>※ 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。</p> | | |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|----------|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | | 人 |
| | 社会福祉施設 | | 人 |
| | 医療機関 | | 人 |
| | 死亡者 | | 人 |
| | その他 | | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | | 人 |

| | | |
|--|--|----------|
| | | (解約事由の例) |
|--|--|----------|

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|---------------|
| 窓口の名称 | | あすなろ吉見 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 0493-53-0155 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 |
| | 土曜 | 8:30~17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30~17:30 |
| 定休日 | | 年中無休 |

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | 吉見町 健康推進課 |
| 電話番号 | | 0493-63-5013 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 年末年始 |

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国保連合会 介護福祉課 苦情対応係 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~12:00、13:00~17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 年末年始 |

| | | |
|----------|-------|-----------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県 高齢者福祉課 施設・事業者指導担当 |
| 電話番号 | | 048-830-3254 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 年末年始 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | (その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) 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関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 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。ただし、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 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
|----------|---------------------------------------|

| | |
|---------|--|
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会 | <input type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 2 回 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) |
| | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合 | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| の内容 | |
| 「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項 | |
| 不適合事項がある場合の内 容 | |

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|--|-----------------------------|--|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 訪問看護ステーションかえで桶川 訪問看護ステーションかえで吉見 桶川市坂田西三丁目35番6 埼玉県比企郡吉見町下細谷370 |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あすなろ桶川 あすなろ吉見 桶川市坂田西三丁目35番6 埼玉県比企郡吉見町下細谷370 |
| 福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 特定福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 居宅介護支援 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | |

| | | | | |
|------------------|--|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あすなろ桶川 あすなろ吉見 | 桶川市坂田西三丁目35番6 埼玉県比企郡吉見町下細谷 370 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防支援 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | なし | あり | |
|----------------------------------|--|----|----------------------------|----|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ ¹ ） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※ ² | 都度※ ² | 料金※ ³ | 備 考 |
| | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 662 円/日 | 廃棄料込み |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円 /30 分 | 週 3 回以上は別途料金 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円 /30 分 | 週 3 回以上は別途料金 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円 /30 分 | 協力医療機関は無料。吉見町内に限る |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週 1 回 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週 1 回 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週 2 回 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 適宜 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| おやつ | | | なし | あり | ○ | ○ | 実費 | 972 円/月 |
| レクリエーション代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 330 円/月 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 訪問理美容の業者の料金表による |

| | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|------------|--------------------|
| 買い物代行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | 週2日(月・木)近隣のスーパーに限る |
| 役所手続き代行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | 吉見町役場に限る |
| 金銭・貯金管理 | | | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | <input type="checkbox"/> なし | あり | | ○ | 実費 | 年2回受診の機会を設ける |
| 健康相談 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100円/30分 | 吉見町内に限る |
| 入退院時の同行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100円/30分 | 協力医療機関は無料。吉見町内に限る |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100円/30分 | 吉見町内に限る |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100円/30分 | 協力医療機関は無料。吉見町内に限る |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護負担割合証に記載された割合に応じた額）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別添 3 介護保険によるサービス利用料 地域区分 (7 級地) 1 単位単価 (10.14 円)
(1 日当たり / 単位 : 円)

| 基本部分 | | 10 割 | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
|---------------------------------|--|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 特定施設入居者生活介護費 (1 日当たり) | 要介護度 1 | 5,455 (163,659) | 546 (16,366) | 1,091 (32,732) | 1,637 (49,098) |
| | 要介護度 2 | 6,124 (183,736) | 613 (18,374) | 1,225 (36,748) | 1,838 (55,121) |
| | 要介護度 3 | 6,834 (205,030) | 684 (20,503) | 1,367 (41,006) | 2,051 (61,509) |
| | 要介護度 4 | 7,483 (224,499) | 749 (22,450) | 1,497 (44,900) | 2,245 (67,350) |
| | 要介護度 5 | 8,182 (245,489) | 819 (24,549) | 1,637 (49,098) | 2,455 (73,647) |
| 介護予防特定施設入居者生活介護費 (1 日当たり) | 要支援 1 | 1,845 (55,364) | 185 (5,537) | 369 (11,073) | 554 (16,610) |
| | 要支援 2 | 3,153 (94,606) | 316 (9,461) | 631 (18,922) | 946 (28,382) |
| 加算部分 (契約時に算定されている加算には○印を入れる) | | 10 割 | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| | 夜間看護体制加算 (1 日当たり) | 101 (3,081) | 11 (309) | 21 (617) | 31 (925) |
| | 入居継続支援加算 I (1 日当たり) | 365 (11,091) | 37 (1,110) | 73 (2,219) | 110 (3,328) |
| | 認知症専門ケア加算 I (1 日当たり) | 30 (924) | 3 (93) | 6 (185) | 9 (278) |
| | 看取り介護加算 I (1 日当たり) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 730 | 73 | 146 | 219 |
| | 看取り介護加算 I (1 日当たり) 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 1,460 | 146 | 292 | 438 |
| | 看取り介護加算 I (1 日当たり) 死亡日以前 2 日又は 3 日 | 6,895 | 690 | 1,379 | 2,069 |
| | 看取り介護加算 I (1 日当たり) 死亡日 | 12,979 | 1,298 | 2,596 | 3,894 |
| | 看取り介護加算 II (1 日当たり) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 5,800 | 580 | 1,160 | 1,740 |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|------------------------|-------|-------|-------|
| ※ 1 () の 数字は 30 日 利用し | 看取り介護加算Ⅱ(1日当たり) 死亡日以前 4 日以上 30 日 以下 | 6,530 | 653 | 1,306 | 1,959 |
| | 看取り介護加算Ⅱ(1日当たり) 死亡日以前 2 日又は 3 日 | 11,681 | 1,298 | 2,596 | 3,894 |
| | 看取り介護加算Ⅱ(1日当たり) 死亡日 | 18,049 | 1,805 | 3,610 | 5,415 |
| | 医療機関連携加算 (1月当たり) | 811 | 82 | 163 | 244 |
| | 口腔衛生管理体制 加算 (1月当たり) | 304 | 31 | 61 | 92 |
| | 介護職員処遇改善 加算 I | 1 月につき + 所定単位 82/1,000 | | | |

た場合の料金になります。

※ 2 加算部分については、職員体制等により変動があります。

契約時に算定している加算にはチェックを入れます。