

介護付有料老人ホーム  
重要事項説明書  
( 月払い プラン)

「アシステッドリビング川越」

契約締結日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご入居者 \_\_\_\_\_ 様

# 株式会社ZENウェルネス

別紙様式

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和7年12月1日 |
| 記入者名  | 榛原 崇之     |
| 所属・職名 | 施設長       |

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

### 1. 事業主体概要

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 種類         | 個人/ <u>法人</u>                             |  |
|            | ※法人の場合、その種類                               | 株式会社   |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ ぜんうえるねす<br>株式会社 ZEN ウェルネス |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒102-0076 東京都千代田区 5 番町 10 KU ビル 1F        |  |
| 連絡先        | 電話番号                                      | 03-6272-4672   |
|            | FAX番号                                     | 03-6272-4673   |
|            | ホームページアドレス                                | <a href="http://www.zenwellness.co.jp/">http:// www.zenwellness.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名  | 松瀬 賢亮  |
|            | 職名  | 代表取締役  |
| 設立年月日      | 平成25年11月7日                                |  |
| 主な実施事業     | ※別添1（別々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)<br>かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あしすてっどりびんぐかわごえ<br>介護付き有料老人ホーム アシステッドリビング川越 |  |
| 所在地           | 〒350-1101<br>埼玉県川越市大字的場 1174-1   |  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅  | 的場駅  |
|               | 交通手段と所要時間  | 的場駅下車、徒歩8分   |
| 連絡先           | 電話番号   | 049-298-5012   |
|               | FAX番号  | 049-298-5013   |
|               | ホームページアドレス   | <a href="http://www.zenwellness.co.jp/">http:// www.zenwellness.co.jp/</a> |
| 管理者           | 氏名   | 榛原 崇之  |
|               | 職名   | 管理者  |
| 建物の竣工日        |  | 昭和・平成 29年6月末日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 昭和・平成 29年7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）<br>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>3 住宅型<br>4 健康型 |            |            |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合  | 介護保険事業者番号  | 1170404626 |
|  | 指定した自治体名   | 川越市        |
|  | 事業所の指定日    | 平成29年7月1日  |
|  | 指定の更新日（直近） | 令和5年7月1日   |

### 3. 建物概要

|                |         |   |                         |                      |       |        |
|----------------|---------|---|-------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地             | 敷地面積    | 1,776.97 m <sup>2</sup>                     |                         |                      |       |        |
|                | 所有関係    | 1 事業者が自ら所有する土地                              |                         |                      |       |        |
|                |         | 2 事業者が賃借する土地                                |                         |                      |       |        |
|                |         | 抵当権の有無                                      | 1 あり (2) なし             |                      |       |        |
| 所有関係           | 契約期間    | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし           |                         |                      |       |        |
|                | 契約の自動更新 | 1 あり (2) なし                                 |                         |                      |       |        |
|                | 耐火構造    | (1) 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                         |                      |       |        |
| 建物             | 延床面積    | 全体  | 3,129.32 m <sup>2</sup> |                      |       |        |
|                |         | うち、老人ホーム部分                                  | 3,119.72 m <sup>2</sup> |                      |       |        |
|                | 構造      | (1) 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( ) |                         |                      |       |        |
|                | 所有関係    | 1 事業者が自ら所有する建物                              |                         |                      |       |        |
| (2) 事業者が賃借する建物 |         |   |                         |                      |       |        |
| 抵当権の設定         |         | 1 あり (2) なし                                 |                         |                      |       |        |
| 所有関係           | 契約期間    | (1) あり<br>( 29年6月1日 ~ 49年5月31日 )<br>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<br>【表示事項】                              | (1) 全室個室 (入居定員 80 名)    |                      |       |        |
| 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)                 | 18.30 m <sup>2</sup> | 80・80 | 介護居室個室 |
| タイプ2           |         | 有 / 無                                       | 有 / 無                   | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ3           |         | 有 / 無                                       | 有 / 無                   | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ4           | 有 / 無   | 有 / 無                                       | m <sup>2</sup>          |                      |       |        |
| タイプ5           | 有 / 無   | 有 / 無                                       | m <sup>2</sup>          |                      |       |        |
| タイプ6           | 有 / 無   | 有 / 無                                       | m <sup>2</sup>          |                      |       |        |

|  |   |      |   |                |     |  |
|--|---|------|---|----------------|-----|--|
|  | タイプ7  | 有/無  | 有/無   | m <sup>2</sup> |     |  |
|  | タイプ8  | 有/無  | 有/無   | m <sup>2</sup> |     |  |
|  | タイプ9  | 有/無  | 有/無   | m <sup>2</sup> |     |  |
|  | タイプ10   | 有/無  | 有/無   | m <sup>2</sup> |     |  |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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<br>便房  | 8ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房                                      |                | 2ヶ所 |  |
|  |   |      | うち車椅子等の対応が可能な便房                                     |                | 6ヶ所 |  |
|  | 共用浴室  | 5ヶ所  | 個室  |                | 4ヶ所 |  |
|  |   |      | 大浴場   |                | 1ヶ所 |  |
|  | 共用浴室における<br>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  |  |
| 食堂兼機能訓練室   | ① あり  | 2 なし | 面積：1F：24.6 m <sup>2</sup> ・2～4F 72.0 m <sup>2</sup> |                |     |  |
| 入居者や家族が利用<br>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)<br>② あり (ストレッチャー対応) (2台)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |      |   |                |     |  |
| 消防用設備<br>等                                       | 消火器   | ① あり | 2 なし  |                |     |  |
|  | 自動火災報知設備  | ① あり | 2 なし  |                |     |  |
|  | 火災通報設備  | ① あり | 2 なし  |                |     |  |
|  | スプリンクラー   | ① あり | 2 なし  |                |     |  |
|  | 防火管理者   | ① あり | 2 なし  |                |     |  |
|  | 防災計画  | ① あり | 2 なし  |                |     |  |
| その他  |   |      |   |                |     |  |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 安心で透明度の高いシニアライフを提供。   |
| サービスの提供内容に関する特色 | お一人お一人固有の生きる喜びを尊重し、きめ細やかな心配りと柔軟な対応を心がけ、いつまでも元気で楽しく生きがいを感じながら暮らしていただけるようなサービスを提供してまいります。 |
| 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  |

##### (施設の利用にあたっての留意事項)

施設の利用にあたっての留意事項は、次のとおりとする。

- 一 利用者は、事業所の従業員の指導による日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めるものとする。
- 二 利用者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に届出るものとする。
- 三 利用者は、健康に留意するものとする。
- 四 利用者は、清潔、整頓その他環境衛生のために協力するものとする。
- 2 利用者は、施設内で次の行為をしてはならない。
  - 一 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、または自己の利益のために他人の利益を侵すこと。
  - 二 けんか、口論、泥酔などで他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
  - 三 共同生活の秩序若しくは風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。
  - 四 指定した場所以外で火気を用いること。
  - 五 故意に施設若しくは物品に損害を与え、または物品を持ち出すこと。
  - 六 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）  
職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）  
職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

(医療連携の内容)

|      |        |   |          |
|------|--------|---|----------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | ① | 救急車の手配   |
|      |        | ② | 入退院の付き添い |
|      |        | ③ | 通院介助     |
|      |        | 4 | その他 ( )  |

(協力医療機関)

|      |   |
|------|---|
| 名称   | ふじみ野中央クリニック   |
| 住所   | 埼玉県ふじみ野市鶴ヶ丘 4-16-15   |
| 診療科目 | 内科、循環器科、呼吸器科  |
| 協力内容 | 訪問診療  |
| 名称   | 豊川医院  |
| 住所   | 埼玉県所沢市小手指町 3 丁目 22 番 12 号   |
| 診療科目 | 内科、循環器内科、糖尿病内科、リウマチ科  |
| 協力内容 | 訪問診療  |
| 名称   | 医療法人聖心会 南古谷病院   |
| 住所   | 埼玉県川越市久下戸 110 番地  |
| 診療科目 | 外科、整形外科、脳神経外科、肛門科、内科(消化器・循環器・呼吸器・糖尿病)、眼科、歯科、小児歯科、口腔外科、放射線科・リハビリテーション科             |
| 協力内容 | 訪問診療  |
| 名称   | 医療法人直心会 帯津三敬病院  |
| 住所   | 埼玉県川越市大字大中居 545 番地  |
| 診療科目 | 内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病内科、神経内科、心療内科、漢方外科、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、リハビリテーション科、緩和ケア |
| 協力内容 | 外来受診、救急搬送受け入れ   |
| 名称   | 一般財団法人 関東厚生福祉会 朝霞厚生病院   |
| 住所   | 埼玉県朝霞市浜崎 703  |
| 診療科目 | 内科外来、外科外来、脳神経外科外来、整形外科外来、皮膚科外来  |
| 協力内容 | 外来受診、救急搬送受け入れ   |
| 名称   | 医療法人 埼玉病院   |
| 住所   | 埼玉県川越市西小仙波町 1-8-3   |
| 診療科目 | 呼吸器科、消化器内科、循環器内科、心療内科、アレルギー科、放射線科、リハビリテーション科、漢方内科、人間ドック、各種健診、予防接種                 |

|      |   |
|------|---|
| 協力内容 | 外来受診、救急搬送受け入れ   |
| 名称   | 医療法人社団 誠弘会 池袋病院   |
| 住所   | 埼玉県川越市笠幡 3724-6   |
| 診療科目 | 内科、外科・整形外科、脳神経外科、消化器外科、小児科・小児外科、専門外来・腎臓内科、内分泌内科・糖尿病内科、循環器内科、乳腺外科、呼吸器内科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、婦人科、禁煙外来、臨床検査科、リハビリテーション科、薬剤科、栄養科、地域医療連携室・患者様相談室 |
| 協力内容 | 外来受診、救急搬送受け入れ   |
| 名称   | 社会医療法人 刀仁会 坂戸中央病院   |
| 住所   | 埼玉県坂戸市南町 30-8   |
| 診療科目 | 内科、循外、呼内、整形、泌尿器、肝臓、皮膚科  |
| 協力内容 | 外来受診、救急搬送受け入れ   |
| 名称   | さくらぎ入間歯科  |
| 住所   | 埼玉県入間市豊岡 1-13-2-1   |
| 訪問科目 | 歯科  |
| 協力内容 | 訪問歯科  |

#### (緊急時における対応方法)

指定特定施設入居者生活介護等の提供を行っている際の利用者の病状の急変、その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡する等の措置を講ずる。

#### (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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>③ その他 ( 介護居室を変更する場合 ) |           |
| 判断基準の内容                  | 事業者の指定する医師・連帯保証人(身元引受人)等の意見を聴き総合的に判断する。              |           |
| 手続きの内容                   | 入居者及び連帯保証人(身元引受人)の同意を得た上で居室の移動を行います。                 |           |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり ② なし  |           |
| 居室利用権の取扱い                | 終身利用権  |           |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり ② なし  |           |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減  | 1 あり ② なし |
|                          | 便所の変更  | 1 あり ② なし |
|                          | 浴室の変更  | 1 あり ② なし |
|                          | 洗面所の変更   | 1 あり ② なし |
|                          | 台所の変更  | 1 あり ② なし |

|  |        |      |        |
|--|--------|------|--------|
|  | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
|  |        | 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 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               | 40歳以上の要支援・要介護認定の方もご相談頂けます。  |                        |
| 契約の解除の内容           | ① 入居者が死亡し、使用居室内のお荷物の撤去が完了した日を契約の終了日とします。<br>② 入居者が、施設に対し一定の手続きに基づいて契約解除を通告し、予告期間が満了したとき<br>③ 施設が、入居者に対し一定の手続きに基づいて契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき（通知なく解除が認められる場合には、契約が解除された時）<br>④ 入居契約の規定により、目的施設が滅失又は毀損したとき |                        |
| 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（事業者からの契約解除） |
|                    | 解約予告期間  | 3ヶ月                    |
| 入居者からの解約予告期間       | 1ヶ月   |                        |
| 体験入居の内容            | ① あり（内容：1泊2日以上6泊7日までご利用できます）<br>2 なし  |                        |
| 入居定員               | 空室利用  |                        |
| その他                | 1日 9,800円（宿泊費・食費・介護サービス料込）  |                        |

## 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<br>※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
|  | 合計       |    |     |                |
|  |          | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 1              |
| 生活相談員  | 1        | 1  |     | 1              |
| 直接処遇職員   | 33       | 16 | 17  | 27.7           |
| 介護職員   | 25       | 9  | 16  | 20.5           |
| 看護職員   | 8        | 7  | 1   | 7.2            |
| 機能訓練指導員  | 3        | 3  | 0   | 3              |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 栄養士  | 外部       |    |     |                |
| 調理員  | 外部       |    |     |                |
| 事務員  | 1        | 1  |     |                |
| その他職員  | 2        | 0  | 2   |                |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2   |          |    |     |                |
| ※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。   |          |    |     |                |

### （職務内容）

#### （1）管理者（施設長） 1人（常勤）

管理者は、事業所の従業者の管理及び指定特定施設入居者生活介護等の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に法令等の規定を遵守するために必要な指揮命令を行う。

#### （2）生活相談員 1人以上（常勤）

生活相談員は、利用者又はその家族に対し、日常生活等に必要相談に適切に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整等を行う。

#### （3）看護職員 常勤換算方法で6.5人以上（うち1人以上常勤）

看護職員は、常に利用者の健康状態を把握し、保健衛生上の指導や看護を行う。

#### （4）介護職員 常勤換算方法で18.8人以上（うち1人以上常勤）

介護職員は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な介護を行う。

(5) 機能訓練指導員 1人以上

機能訓練指導員は、利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のために訓練を行う。

(6) 計画作成担当者 1人以上

計画作成担当者は、特定施設サービス計画等の作成を行う。

(7) 事務職員 必要に応じて

介護保険事務その他施設運営に必要な事務を行う。

**(資格を有している介護職員の数)**

|           | 合計 |     |   |
|-----------|----|-----|---|
|           | 常勤 | 非常勤 |   |
| 社会福祉士     |    |     |   |
| 介護福祉士     | 15 | 7   | 8 |
| 実務者研修の修了者 | 4  | 2   | 2 |
| 初任者研修の修了者 |    |     | 6 |
| 介護支援専門員   | 1  | 1   |   |

**(資格を有している機能訓練指導員の数)**

|             | 合計 |     |   |
|-------------|----|-----|---|
|             | 常勤 | 非常勤 |   |
| 看護師又は准看護師   | 8  | 7   | 1 |
| 理学療法士       |    |     |   |
| 作業療法士       |    |     |   |
| 言語聴覚士       |    |     |   |
| 柔道整復士       | 3  | 3   |   |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |   |

**(夜勤を行う看護・介護職員の数)**

| 夜勤帯の設定時間 ( 17時30分～9時30分) |      |                 |
|--------------------------|------|-----------------|
|                          | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                     | 1    | 1               |
| 介護職員                     | 3    | 3               |

**(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<br>(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*<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>④ d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 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 | 介護支援専門員   |           |       |     |         |     |         |     |
| 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                     | 3             | 0      | 5         | 5         | 1     | 0   | 0       | 0   | 1       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数                     | 3             | 0      | 7         | 4         | 0     | 0   | 1       | 0   | 1       | 0   |
| 応じた業務に従事した職員の人数<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満          | 3      | 1         |           | 6     |     |         | 3   |         |     |
|                                 | 1年以上<br>3年未満  | 3      |           | 6         | 2     | 1   |         |     |         |     |
|                                 | 3年以上<br>5年未満  | 1      |           | 3         | 1     |     |         |     |         |     |
|                                 | 5年以上<br>10年未満 | 1      | 1         | 3         |       |     |         |     |         |     |
|                                 | 10年以上         |        |           |           |       |     |         |     |         | 1   |
|                                 |               |        |           |           |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                   |               |        |           | ① あり 2 なし |       |     |         |     |         |     |

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                                |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】              | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |  |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式  |  |  |
|                                | 2 一部前払い・一部月払い方式                                    |  |  |
|                                | ③ 月払い方式  |  |  |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                             | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式  |  |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり ② なし  |  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり ② なし  |  |  |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | ① 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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<br>の改定                    | 条件   | 当該施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費などを勘案し改訂 |  |
|                                | 手続き  | 運営懇談会の意見を聞いて改訂します。                       |  |

### (介護報酬について)

1. 要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。
2. 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
3. 月途中から利用した場合、又は月途中で利用を終了した場合には、利用した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。
4. 利用開始日とは利用者と事業所が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に利用開始した日です。
5. 利用終了日とは利用者と事業所の利用契約を終了した日です。

※ 下記からの金額は、定められた単位数(1 単位=10.27 円)から介護保険給付額を除いた利用者負担額が記載されています。

《基本報酬》

【介護予防特定施設入居者生活介護】

|       |          |
|-------|----------|
| 要支援 1 | 183 単位/日 |
| 要支援 2 | 313 単位/日 |

【特定施設入居者生活介護】

|       |          |
|-------|----------|
| 要介護 1 | 542 単位/日 |
| 要介護 2 | 609 単位/日 |
| 要介護 3 | 679 単位/日 |
| 要介護 4 | 744 単位/日 |
| 要介護 5 | 813 単位/日 |

《加算報酬》

【夜間看護体制加算】

- ・ (1) 常勤の看護師を 1 名以上配置し、看護に係る責任者を定めている事。
- ・ (2) 夜勤又は宿直を行う看護職員の数が 1 名以上であって、かつ、必要に応じて健康上の管理を行う体制を確保していること。
- ・ (3) 重度化した場合における対応に係る指針をさだめ、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている事

夜間看護体制加算 (I) 18 単位/日

- ・ 夜間看護体制加算 (I) の (1) 及び (3) に該当する事
- ・ 看護職員により、または病院もしくは診療所もしくは指定訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24 時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している事

夜間看護体制加算 (II) 9 単位/日

### 【入居継続支援加算】

- ・ (1) 又は (2) のいずれかに適合し、かつ、(3) 及び (4) のいずれにも適合すること。
  - (1) ①～⑤を必要とする入居者が 15%以上 (※) であること。
    - ①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引 ③気管カニューレ内部の喀痰吸引
    - ④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 ⑤経鼻経管栄養
  - (2) ①～⑤を必要とする入居者と⑥～⑧に該当する入居者の割合が 15%以上 (※) であり、かつ、常勤の看護師を 1 名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。
    - ⑥尿道カテーテル留置を実施している状態 ⑦在宅酸素療法を実施している状態
    - ⑧インスリン注射を実施している状態
  - (3) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が 6 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。
  - (4) 人員基準欠如に該当していないこと
- ※入居継続支援加算 (Ⅱ) においては、5%以上 15%未満であること。

|              |         |
|--------------|---------|
| 入居継続支援加算 (Ⅰ) | 36 単位/日 |
| 入居継続支援加算 (Ⅱ) | 22 単位/日 |

### 【退院・退所時連携加算】入居した日から起算して 30 日以内の期間

- ・ 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護病院から指定特定施設に入居した場合
  - ・ 30 日を超える病院もしくは診療所への入院又は介護老人保健施設もしくは介護医療院への入所後に当該指定特定施設に再び入居した場合も同様とする。
- 入居した日から起算して 30 日以内の期間

|            |         |
|------------|---------|
| 退院・退去時連携加算 | 30 単位/日 |
|------------|---------|

### 【協力医療機関連携加算】

- ・ 協力医療機関との間で入居者等の同意を得て、当該入居者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。
- (協力医療機関の要件)
- ①入居者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
  - ②高齢者施設等から診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
  - ③入居者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入居者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

### 協力医療機関連携加算

|                    |          |
|--------------------|----------|
| 協力医療機関が①②の要件を満たす場合 | 100 単位/月 |
| それ以外の場合            | 40 単位/月  |

### 【退去時情報提供加算】

- ・医療機関に退所する入居者等について、退去後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入居者等の心身の状況、生活歴を示す情報を提供した場合に、入居者等1名につき1回に限り算定する。

**退去時情報提供加算**                      250 単位/回

### 【高齢者施設等感染対策向上加算】

- ・感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
- ・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- ・診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

**高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）**                      10 単位/月

- ・診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

**高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）**                      5 単位/月

### 【新興感染症等施設療養費】

- ・入居者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入居者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回連続する5日を限度として算定する。

**新興感染症等施設療養費**                      240 単位/日

### 【個別機能訓練加算】

- ・専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師を1名以上配置しているものとして都道府県知事に届け出た特定施設において、利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職9院、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合

**個別機能訓練加算（Ⅰ）**                      **12 単位/日**

- ・個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用した場合

**個別機能訓練加算（Ⅱ）**                      **20 単位/月**

### 【科学的介護推進体制加算】

- ・LIFE へのデータ提出頻度について、他の LIFE 関連加算と合わせ、少なくとも『3 月に 1 回』に見直す

**科学的推進体制加算**                      **40 単位/月**

### 【ADL 維持等加算】

- (イ) 利用者等の総数が 10 人以上であること。
- (ロ) 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌日から起算して 6 月目において Barthl Index を適切に評価だ切るのが ADL 値を測定し、計測した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。
- (ハ) 利用開始月の翌月から起算して 6 月目の月に測定した ADL 値から利用開始月に測定した ADL 値を控除し、初月の ADL 値や要介護認定の状況に応じた値を加えて得た値について、利用者等から調整済 ADL 利得の上位及び下位及び下位それぞれ 1 割の者を除いた者を評価対象者利用者等とし、評価対象利用者等の調整済み ADL 利得を平均して得た値が 1 以上であること。

**ADL 維持等加算（Ⅰ）**                      **30 単位/月**

- ・ADL 維持加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと
- ・評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が 3 以上であること。

**ADL 維持等加算（Ⅱ）**                      **60 単位/月**

### 【生活機能向上連携加算】

- ・ 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、当該施設の機能訓練指導員が共同して利用者の身体の状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。
- ・ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- ・ 個別機能訓練計画の進捗状況を3月毎に1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）                      100 単位/月

- ・ 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、当該施設を訪問し、当該施設の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の政策を行っていること。

生活機能向上連携加算（Ⅱ）                      200 単位/月

### 【認知症専門ケア可算】

- ・施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が、2分の1以上であること
- ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数が20人以上である以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。
- ・当該事業所の従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術指導に関する会議を定期的に実施していること。

**認知症専門ケア加算（Ⅰ）**                      **3 単位/日**

- ・加算（Ⅰ）の基準のいずれも適合すること
- ・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・当該事業所における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

**認知症専門ケア加算（Ⅱ）**                      **4 単位/日**

### 【若年性認知症入居者受入加算】

- ・受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別に担当者を定めていること

**若年性認知症入居者受入加算**                      **120 単位/日**

### 【口腔・栄養スクリーニング加算】

- ・利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合

**口腔・栄養スクリーニング**                      **20 単位/回**

### 【看取り介護加算】

- (Ⅰ) 基準に適合する施設において看取り介護を行った場合。
- ・医師が一般に認められている医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
  - ・医師、生活相談員、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。
  - ・看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求めに応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受け入れている者であること
- (Ⅱ) 看取り介護加算(Ⅰ)の算定要件に加え、看取り期において夜勤又は宿直により看護職員を配置していること。

#### 看取り介護加算

|                 |                |                |
|-----------------|----------------|----------------|
| 死亡日 45 日前～31 日前 | (Ⅰ) 72 単位/日    | (Ⅱ) 572 単位/日   |
| 死亡日 30 日前～4 日前  | (Ⅰ) 144 単位/日   | (Ⅱ) 644 単位/日   |
| 死亡日前々日、前日       | (Ⅰ) 680 単位/日   | (Ⅱ) 1180 単位/日  |
| 死亡日             | (Ⅰ) 1,280 単位/日 | (Ⅱ) 1,780 単位/日 |

### 【サービス提供加算】

- (Ⅰ) 以下のいずれかに該当すること
- ①介護福祉士 70%以上
  - ②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上
- (Ⅱ) 介護福祉士 60%以上
- (Ⅲ) 以下のいずれかに該当すること
- ①介護福祉士 50%以上
  - ②常勤職員 75%以上
  - ③金属 7 年以上 30%以上

|              |         |
|--------------|---------|
| サービス提供加算 (Ⅰ) | 22 単位/日 |
| サービス提供加算 (Ⅱ) | 18 単位/日 |
| サービス提供加算 (Ⅲ) | 6 単位/日  |

### 【生産性向上推進体制加算】

- ・ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ・ 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- ・ 1年以内ごとに1回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供を行うこと。

#### 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10 単位/月

- ・（Ⅱ）の要件を満たし（Ⅱ）のデータにより業務改善の取り組みによる成果が確認されていること。
- ・ 見守り機器等テクノロジーを複数導入していること。
- ・ 職員間の適切な役割分担の取り組み等を行っていること。
- ・ 1年以内1回、業務改善の取り組みによるデータの提供を行うこと。

#### 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100 単位/月

### 【介護職員等処遇改善加算】

|                |                |
|----------------|----------------|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数 12.8%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 所定単位数 12.2%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） | 所定単位数 11.0%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） | 所定単位数 8.8%を加算  |

(保険給付対象外サービス分)に関する費用)

別添2の通り

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|   |                 | プラン1 (月払いプラン)                    |         |
|---|-----------------|----------------------------------|---------|
| 入居者の状況  | 要介護度            |                                  |         |
|   | 年齢              |                                  |         |
| 居室の状況   | 床面積             | 18 m <sup>2</sup> m <sup>2</sup> |         |
|   | 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  | 入居準備費用※3        | 300,000 円                        | 円       |
|   |                 | 円                                | 円       |
| 月額費用の合計   |                 | 216,940 円                        | 円       |
| 家賃  |                 | 60,000 円                         | 円       |
| 特定施設入居者生活介護※1の費用  |                 | 円                                | 円       |
| 介護保険外※2   | 食事代 (食材費) 30 日分 | 35,640 円                         | 円       |
|   | 管理費             | 121,300 円                        |         |
|   | その他             | 円                                | 円       |
| <p>※1 要介護1にて記入。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> <p>※3 「入居準備費用」は、「入居申込日」から1週間以内に30万円 (非課税) をご入金頂きます。「入居準備費用の解約時の返還」については、入居前の解約は全額返還します。なお、「入居準備費用」は、入居日 (入居者が目的施設に入居した日) において全額償却することとし、以後はいかなる理由によっても返金はできません。</p> <p>※4 なお、「おやつ」につきましては、希望者のみ別途110円/回 (税込) 請求します。</p> |                 |                                  |         |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃                   | 施設借受賃料を部屋数で割り、安全率を掛け、近傍同種の家賃相場を考慮し算出  |
| 入居準備費用               | 300,000円 契約関係事務費・営業に関する人件費(見学・実調・医療機関等への連絡調整・関係各所への連絡調整等)・専用居室管理費(清掃費)等を勘案し算出   |
| 介護費用                 | 無し(※介護保険サービスの自己負担額は含まない。)   |
| 管理費                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・建物管理費30,000円 <del>(非課税)</del><br/>建物および付帯設備の維持管理費</li> <li>・運営管理費39,600円 <del>(税込)</del><br/>各種消耗品、新聞などの共用費、事務管理費、人件費</li> <li>・厨房管理費33,000円<br/>調理スタッフ人件費・光熱費・厨房設備維持費</li> <li>・光熱水費18,700円<br/>専用居室の使用分、共有施設の使用分按分を想定し算出</li> </ul> |
| 食事代(食材費)             | 35,640円(朝食270円、 <del>(税込)</del> 昼食 486円、 <del>(税込)</del> 夕食 432円) ※<br>軽減税率適用 <del>(税込)</del><br><br>おやつ代は食材費に含まず希望者のみ別途 110円/回 請求します。  |
| 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          | 個別的な選択による生活支援サービス<br>生活支援費 35,640円<br>自立の方を対象とした生活支援のためのサービス費用<br>(サービス内容)<br>健康相談、生活指導・栄養指導、健康診断、疾病時の一時的な看護・介護、病院への送迎・付添、配下膳、清掃等<br>※介護用品、その他日用品、消耗品、レクリエーション費用等入居者個人に係る費用は、実費負担頂きます   |

(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                       | 要介護度に応じて介護費用の自己負担額を徴収する |
| 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) |                         |

※ 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          | 20人 |
|       | 女性          | 45人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 3人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 5人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 17人 |
|       | 85歳以上       | 40人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 5人  |
|       | 要支援2        | 2人  |
|       | 要介護1        | 9人  |
|       | 要介護2        | 12人 |
|       | 要介護3        | 14人 |
|       | 要介護4        | 14人 |
|       | 要介護5        | 9人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 12人 |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 13人 |
|       | 1年以上 5年未満   | 34人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 6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    | 85.8歳 |
| 入居者数の合計 | 65人   |
| 入居率※    | 81.3% |

※ 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を含む。

**(前年度における退去者の状況)**

|         |          |                  |
|---------|----------|------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 0人               |
|         | 社会福祉施設   | 1人               |
|         | 医療機関     | 3人               |
|         | 死亡者      | 16人              |
|         | その他      | 1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 | 2人               |
|         |          | (解約事由の例) 特養に転居の為 |

**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    |       | ① 介護付き有料老人ホーム アシステッドリビング川越<br>② 川越市役所福祉部介護保険課<br>③ 川越市役所福祉部高齢者いきがい課 |
| 電話番号     |       | ① 049-298-5012<br>② 049-224-8811 (代表)<br>③ 049-224-8811 (代表)        |
| 対応している時間 | 平日    | ① 9:00~18:00<br>② 8:30~17:15<br>③ 8:30~17:15                        |
|          | 土曜    | ① 9:00~18:00<br>② 休み<br>③ 休み  |
|          | 日曜・祝日 | ① 9:00~18:00<br>② 休み<br>③ 休み  |
| 定休日      |       | 無   |

**(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)「損害賠償責任保険」 損害保険<br>ジャパン日本興亜株式会社   |
|                               | 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) 介護中に事故が発生し、入居者の<br>生命、身体、財産に損害が生じ、事業者が賠償<br>責任を負う場合には損害保険等の手配を行い<br>誠実に対応します。<br><br>但し、天災などの不可抗力の場合、緊急措置<br>が医療行為であった場合の事故、転倒が自己<br>の責任による事故等保険契約上の制約に基づ<br>き損害保険の対象外になることがあります |
|                               | 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  |

**(非常災害対策)**

事業者は、防火計画についての責任者を定め消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を定め、非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、定期的に従業員に周知するとともに、非常災害に備えるため、年2回の避難、救出その他必要な訓練を行う。

**(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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

10. その他

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| 運営懇談会  | ① あり  | (開催頻度) 年 1回          |
|  | 2 なし  |                      |
|  | ① 代替措置あり  | (内容)<br>運営懇談会議事録での報告 |
|  | 2 代替措置なし  |                      |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名 : )<br>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               | ① あり 2 なし<br>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 | 1 あり 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              | 1 あり 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<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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（別を実施する介護サービス一覧表）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※\_\_\_\_\_様

説明年月日 年 月 日

説明者署名\_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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

| 介護サービスの種類                    |    |    | 事業所の名称                      | 所在地    |
|------------------------------|----|----|-----------------------------|--------|
| <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 | 介護付き有料老人<br>ホームアシステッドリビング川越 | 埼玉県川越市 |
| 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・随時対応型訪問介護看護             | 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 | 介護付き有料老人<br>ホームアシステッドリビング川越 | 埼玉県川越市 |
| 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 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 | 特定施設入居者生活介護費<br>で、実施するサービス（利用者<br>者一部負担※1） |    |    |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>（利用者が全額負担） |      |      | なし  | あり                             |
|----------------------------------|--|----|----|----|--------------------------------|------|------|-----|--------------------------------|
|                                  | なし   | あり | なし | あり | 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 |                                |      |      |     | 実費徴収                           |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 週3回目以降は1回につき「職員無495円」「職員有880円」 |
| 特浴介助                             | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 週3回目以降は1回につき「2,420円」           |
| 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 |                                |      |      |     | 緊急時協力病院送迎以外の送迎・付添30分当り1,782円   |
| 生活サービス                           |  |    |    |    |                                |      |      |     |                                |
| 居室清掃                             | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| リネン交換                            | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 日常の洗濯                            | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 1ヶ月一律4,620円                    |
| 居室配膳・下膳                          | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | ご本人・ご家族の希望時、1食121円             |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |    | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| おやつ                              |  |    | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 理美容師による理美容サービス                   |  |    | なし | あり |                                |      |      |     | 実費                             |
| 買い物代行                            | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 通常の利用区域内で週1回目以降は原則1回につき1,210円  |
| 役所手続き代行                          | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 30分当り1,210円                    |
| 金銭・貯金管理                          |  |    | なし | あり |                                |      |      |     | 1ヶ月一律1,210円（日割り無）              |
| 健康管理サービス                         |  |    |    |    |                                |      |      |     |                                |
| 定期健康診断                           |  |    | なし | あり |                                |      |      |     | 年2回                            |
| 健康相談                             | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 生活指導・栄養指導                        | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 服薬支援                             | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 入退院時・入院中のサービス                    |  |    |    |    |                                |      |      |     |                                |
| 移送サービス                           | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 緊急時以外の送迎・付添30分当り1,782円         |
| 入退院時の同行                          | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     | 緊急時以外の送迎・付添30分当り1,782円         |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし   | あり | なし | あり |                                |      |      |     |                                |

※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。