

(別 紙)

別紙様式

重 要 事 項 説 明 書
平成 30年 4月 1日現在

| | | | |
|------|-------|-------|-------------|
| 記入者名 | 会田 信男 | 記入年月日 | 平成30年 4月 1日 |
| | | 所属・職名 | おおぜの郷 管理者 |

1. 事業主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
|---------------------------------|----------------|-----------------------|---------|
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし | あり 営利法人 |
| | 名 称 | えいわかぶしきがいしゃ 英和株式会社 | |
| 事業主体の主たる 事務所の所在地 | 〒340-0801 | | |
| | 埼玉県八潮市大字八條50番地 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 048-933-2111 | |
| | FAX番号 | 048-935-9350 | |
| | ホームページ ドレス | なし | |
| 事業主体の代表者の 氏名及び職名 | 氏名 | 瀬戸麻実 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成14年6月14日 | | |

事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----|----|----------------|----------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | ぼっかぼか | 埼玉県八潮市大字八條50番地 |
| 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 | シルバータウン やしお | 埼玉県八潮市大字八條90番地 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 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 | てまり | 埼玉県八潮市大字八條50番地 |
| 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 | ぼっかぼか | 埼玉県八潮市大字八條50番地 |
| 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居者生活介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ぼっかぼか | 埼玉県八潮市大字八條50番地 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 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 | ぼっかぼか | 埼玉県八潮市大字八條50番地 |
| 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 | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | あり | 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 | なし | てまり | 埼玉県八潮市大字八條50番地 |
| 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 | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 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 | | |

2. 施設概要

| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
|---|--------------------------------|--------------|
| 事業所等の名称 | おおぜのさと おおぜの郷 | |
| 事業所等の所在地 | 〒340-0822 埼玉県八潮市大字大瀬1658番地1 | |
| 事業所等の連絡先 | 電話番号 | 048-999-0003 |
| | FAX番号 | 048-999-0004 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | |
| 施設の開設年月日 | 平成 26年 2月 1日 | |
| 施設の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 会田 信男 職名 管理者 | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| つくばエクスプレス八潮駅南口 京成バス金町駅行 潮止橋南下車 徒歩10分 JR常磐線 金町駅 京成バス八潮駅南口行 潮止橋南下車 徒歩10分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 介護付有料老人ホーム | |
| 居住の権利形態 | 賃貸方式 | |
| 利用料の支払い方式 | 月払い方式 | |
| 入居時の要件 | 入居時 要介護・要支援・自立 | |
| 介護保険 | 介護保険上に準ずる。 | |
| 介護居室区分 | 全室個室 | |
| 一般型特定施設である有料老人ホームの介護に関する職員体制 | 要介護者 3：1 以上 | |
| | 要支援者 9：1 以上 | |
| その他 | なし | |

3. 従業員に関する事項

職種別の従業員の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|--------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 看護職員 | 2 | | 2 | | 4 | 3 |
| 介護職員 | 17 | | 6 | | 23 | 20 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 栄養士 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 調理員 | 2 | | 1 | | 3 | 2.5 |
| 事務員 | 1 | 1 | | | 2 | 1.3 |
| その他従業員 | | | | | | |

1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 40

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。

従業員である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | 2 | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | |
| 2級 | 6 | | | |
| 3級 | | | | |
| 介護支援専門員 | | 1 | | |

従業員である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師及び准看護師 | 2 | | 2 | |
| 柔道整復士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |

| | | |
|-------------------|----------------------|---|
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の数 | 最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数） | 2 |
| | 平均時の人数 | 2 |

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|--------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 看護職員 | 2 | | 3 | | 5 | 3 |
| 介護職員 | 16 | | 6 | | 22 | 19 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | 1 | 1 |
| その他従業者 | 2 | | 1 | | 3 | 2.5 |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | 2 | | | |
| 介護職員基礎研修 | 3 | | 4 | |
| 訪問介護員1級 | | | | |
| 2級 | 6 | | | |
| 3級 | | | | |
| 介護支援専門員 | | 1 | | |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師及び准看護師 | 2 | | 2 | |
| 柔道整復士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |

管理者の他の職務との兼務の有無 なし

| | | | |
|---------------------|----|-----|---------------|
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | ○あり | 介護福祉士・介護支援専門員 |
|---------------------|----|-----|---------------|

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 3 : 1 以上

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
|----------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 1 | 2 | 10 | 4 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 3 | 11 | 6 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 2 | 4 | 19 | 9 | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 1 | 1 | 11 | 3 | 1 | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 1 | | 1 | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | なし | ○あり | |

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針

- ・お客様第一に考え、自分らしい暮らし・安心でゆとりある生活を目指して、真心でかなえます。
- ・おおぜの郷では「新しい家族と仲間をお迎えする」ことをテーマに快適に暮らしたいと思う高齢者の方に心の安らぎと温かい生活を提供します。

介護サービスの内容、利用定員等

| | | |
|--|-----|-----|
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | なし | ○あり |
| ※専従の機能訓練指導員が、必要な利用者ごとに目標・実施方法・評価等を含む個別機能訓練計画（特定施設等サービス計画中に記載）に基づき個別機能訓練を行うための管理期間に係る加算 | | |
| 介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | ○あり |
| ※介護職員が特定施設入居者生活介護サービスを行うための加算 | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | なし | ○あり |
| ※若年認知症の方やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の方を受け入れ本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する事について評価する加算 | | |
| 退院・退所時連携加算 | なし | ○あり |
| ※病院等を退院した方を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価した加算 | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | なし | ○あり |
| ※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を評価した加算 | | |
| サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | ○あり |
| ※入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進 | | |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | ○なし | あり |
| ※看護職員が自宅でのオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図るための加算 | | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | ○なし | あり |
| 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無 | ○なし | あり |
| ※医師から一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、本人または家族等の同意を得て、看取り介護サービス計画書に基づき医師、看護師、介護職員等が共同して介護を行うための加算 | | |

| | | | |
|---|----|-----|-------------------------------|
| 医療連携加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | ○あり |
| ※看護職員が利用者の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に1回以上情報提供を行うための加算 | | | |
| 入居者の個別的な選択により介護サービスの実施状況 | | | 別紙 |
| 協力医療機関の名称 | なし | ○あり | 広瀬病院 埼玉県八潮市大字八条2840番地1 |
| (協力の内容) 月2回の往診による健康相談 診療科目：内科、外科、消化器科、循環器科、整形外科、救急科、皮膚科 | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | ○あり | その名称 川本歯科医院 東京都葛飾区柴又6-14-1 |
| (協力の内容) 通院により歯科診療・月4回の訪問による口腔ケア | | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | |
| 居室 | | | |

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無 なし あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無 なし あり

従前の居室からの面積の増減の有無 なし あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無 なし あり

浴室の変更の有無 なし あり

洗面所の変更の有無 なし あり

台所の有無 なし あり

その他の変更の有無 なし あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無 なし あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無 なし あり

従前の居室からの面積の増減の有無 なし あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無 なし あり

浴室の変更の有無 なし あり

洗面所の変更の有無 なし あり

台所の有無 なし あり

その他の変更の有無 なし あり

(その内容)

| | | | |
|------------------|---|-----|-----|
| その他 | | ○なし | あり |
| 判断基準・手続について | | | |
| (その内容) | | | |
| 追加的費用の有無 | | ○なし | あり |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| (その内容) | | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | | ○なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | | ○なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 便所の変更の有無 | | ○なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | | ○なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | | ○なし | あり |
| 台所の有無 | | ○なし | あり |
| その他の変更の有無 | | ○なし | あり |
| (その内容) | | | |
| 施設の入居に関する要件 | | | |
| 自立している者を対象 | | なし | ○あり |
| 要支援の者を対象 | | なし | ○あり |
| 要介護の者を対象 | | なし | ○あり |
| 留意事項 | 特になし | | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正の手段により入居したとき ・ 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延するとき ・ 入居者の行動が他の入居者又は従業員に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき | | |
| 体験入居の内容 | 原則 5 日以内の日程 1 日 4,933 円 | | |
| 入居定員 | 4 2 人 | | |
| その他 | | | |

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|--------|------|----|
| 65歳未満 | | 2 | | 1 | | 3 |
| 65歳以上75歳未満 | 1 | 1 | 2 | 5 | | 9 |
| 75歳以上85歳未満 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 14 |
| 85歳以上 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 11 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | | | 1 | | | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | 1 | | | 2 |
| 85歳以上 | | 1 | | | | 1 |

入居者の平均年齢 80.6歳

入居者の男女別人数 男性 17人 女性 24人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|--------|------|----|
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | 1 | | 1 |
| 医療機関 | | 1 | | 2 | | 3 |
| 死亡者 | | 1 | | 1 | | 2 |
| その他 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 死亡者 | | | 1 | | | 1 |
| その他 | | | | | | |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 2 | 15 | 24 | | | |

施設、設備等の状況

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--|------------------------|------------|----------|--|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | ○なし | あり | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | なし | ○あり | |
| 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 | |
| | 一般居室個室 | ○あり | なし | 42 | 42 | 平均 18.56 m ² |
| | 一般居室相部屋 | あり | ○なし | | | m ² m ² m ² |
| | 介護居室個室 | あり | ○なし | | | m ² m ² m ² |
| | 介護居室相部屋 | あり | ○なし | | | m ² m ² m ² |
| | 一時介護室 | あり | ○なし | | | m ² m ² m ² |
| | 共用便所の設置数 | 5 | うち男女別の対応が可能な数 | | 0 | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 2 | | |
| 個室の便所の設置数 | 42 | 個室における便所の設置割合 | | 100% | | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 42 | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 1 | 0 | 1 | 1 | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 椅子テーブル、テレビ、ビデオ、エアコン | | | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | | | ○なし | あり | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | | |
| なし | あり | (その内容) 食堂兼機能訓練室、ナースステーション(健康管理)、浴室(小浴槽、機械浴)、相談室、洗濯室、キッチン、応接室、駐車場 | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| (その内容) 玄関からすべての段差がないように床を配置、共用施設、廊下に手すり設置、車椅子での移動が可能 | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | ○各居室内にあり | | | |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | ○一部あり | 各居室内にあり | | | |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | ○各居室内にあり | | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | |
| 敷地の面積 | | | 2994.68 m ² | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | ○一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | | なし | | ○あり | | |
| 貸借(借地) 一部借地 会田信男 瀬戸英機 | | | | | | |
| なし | ○あり | 契約期間 | 始 | 平成26年12月1日 | 終 | |
| | | | 契約の自動更新 | なし | ○あり | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | 1668.67 m ² | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | ○あり | | |
| 抵当権の設定 | | なし | | ○あり | | |
| 貸借(借家) | | | | | | |
| ○なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | | |
| | | | 契約の自動更新 | なし | あり | |

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対する窓口

| | | |
|----------|--------------|------------|
| 窓口の名称 | おおぜの郷 苦情受付 | |
| 電話番号 | 048-999-0003 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:00 |
| 定休日等 | 年中無休 | |

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

| | | |
|----------|-----------------------|------------|
| 窓口の名称 | 埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談専門 | |
| 電話番号 | 048-824-2568 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| | 土曜 | 定休 |
| | 日曜・祝日 | 定休 |
| 定休日等 | 年末年始 | |

行政機関その他苦情受付機関

八潮市役所 ふれあい福祉部長寿介護課 048-996-2111 (代) (内443・449)

本人の希望による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

損害賠償責任保険の加入状況

| | | |
|----|--------------------------|---|
| なし | <input type="radio"/> あり | (その内容) 東京海上日動保険・事業活動包括保険 事業活動補償、財物損害補償(財産・保管物)、傷害補償、人格権侵害補償、 |
|----|--------------------------|---|

その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関する事

| | | |
|----|--------------------------|------------------------------------|
| なし | <input type="radio"/> あり | (その内容) 埼玉県福祉部福祉鑑査課介護保険施設指導担当へ報告 |
|----|--------------------------|------------------------------------|

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)
入居者1人ひとりの状況に合わせた生活を送って頂けるように、入居者様本位のサービスを提供

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

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------|----------|
| <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり | 実施した年月日 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |

第三者による評価の実施状況

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------|----------|
| <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり | 実施した年月日 | |
| | | 実施した評価機関の名称 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |

5. 利用料金

| | | | | | |
|---|---------|--------------|--------------|--------------|-----|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | | | ○なし | あり |
| 一時金に関する費用 | | | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの） | | | | ○なし | あり |
| 名称 | | 利用契約一時金 | | | |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | |
| 1 | 人の入居の場合 | 入居一時金 0万円 | 入居一時金 0万円 | 入居一時金 0万円 | 42戸 |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | |
| 人の入居の場合 | | 円 | 円 | 円 | 戸 |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | |
| 人の入居の場合 | | 円 | 円 | 円 | 戸 |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| 償却開始 | | 入居をした月 | | ○なし | あり |
| | | 上記以外 | | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | | | |
| 償却年月数 | | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | ○なし | あり | | |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) | | | | ○なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | | ○なし | あり |
| 名称 | | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| 償却開始 | | 入居をした月 | | なし | あり |
| | | サービス提供を開始した月 | | なし | あり |
| | | 上記以外 | | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | | | |
| 償却年月数 | | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | (その内容) | |

| | | | |
|-------------------------|--------------|----------------|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | ○ なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |
| ④その他に要する一時金 | | ○なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 契約事務手数料 0万円 | | | |
| 名称 | | 契約事務手数料 | |
| 解約時返還金の算定方法 | | なし | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| ○ なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |
| 一時金に対する留意事項等 | | | |
| ○なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |

介護保険給付以外のサービスに要する費用

| | | | |
|---|---|---------|--------------------------|
| 月額の場合の利用料の額 | | 148,000 | 円 |
| 管理費 | なし <input type="radio"/> あり | 35,000 | 円 |
| (「あり」の場合、その用途) 居室・共用部分の修繕費、維持費、人件費等 | | | |
| 食費 | なし <input type="radio"/> あり | 28,500 | 円 |
| (「あり」の場合、その内容) 朝食 250円 昼食 350円 夕食 350円 1日 950円 (税込み) | | | |
| 光熱水費 | なし <input type="radio"/> あり | 16,000 | 円 |
| 居室及び共用施設の光熱水費 | | | |
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | |
| | | なし | あり |
| 個別的な選択による介護サービス | <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 家賃相当額 | なし <input type="radio"/> あり | 68,500 | 円 |
| その他に必要な月額利用料 | | なし | <input type="radio"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| * 要介護者等の場合、介護給付の自己負担割合相当額を支払う (地域区分6級地：1単位10,27円) | | | |
| 区分 | 介護給付の単位 | 自己負担一割分 | 自己負担二割分 |
| 要支援1 | 180単位/日 | 5,545円 | 11,091円 |
| 要支援2 | 309単位/日 | 9,520円 | 19,040円 |
| 要介護1 | 534単位/日 | 16,452円 | 32,905円 |
| 要介護2 | 599単位/日 | 18,455円 | 36,910円 |
| 要介護3 | 668単位/日 | 20,581円 | 41,162円 |
| 要介護4 | 732単位/日 | 22,552円 | 45,105円 |
| 要介護5 | 800単位/日 | 24,647円 | 49,295円 |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | | なし | <input type="radio"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護用品、医療費等の自己負担分 | | | |

6. その他

| 埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | |
|-----------------------------|--------|
| <input type="radio"/> なし | |
| <input type="checkbox"/> あり | (その内容) |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受け、了承いたしました。

入居者氏名 _____

(代理人) 署名 _____

介護サービス等の一覧表（特定施設入居者生活介護利用者用）

| | 月額の利用料等で、実施するサービス | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | 備考 |
|--|---|--|--|--|
| <p>介護サービス</p> <p>食事介助 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助 身辺介助 機能訓練 通院介助 通院介助（協力医療機関以外）</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>なし なし なし なし なし なし なし なし</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>実費 1週間に3回目から1回500円 1週間に3回目から1回1,000円</p> <p>交通費実費・付き添い1時間1,300円 施設車両使用代1,000円</p> |
| <p>生活サービス</p> <p>居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事 買い物代行（通常の利用区域） 買い物代行（上記以外の区域） 役所手続き代行 金銭・貯金管理 外出レクレーション交通費</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>なし なし なし なし なし なし なし なし</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>1週間に2回目からは1回につき1,000円 1週間に2回目からは1回につき500円 1週間に3回目からは1回につき500円 1回300円</p> <p>実費 指定日週1回、2回目から1時間1,300円 1時間1,300円 1時間1,300円 1日50円（お小遣い程度の金額） 目的地まで片道2km超に付き、1km毎に20円実費</p> |
| <p>健康管理サービス</p> <p>定期健康診断 健康管理 健康相談 慢性疾患管理 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録（排便・睡眠等）</p> | <p>あり あり あり あり あり あり</p> | <p>なし なし なし なし なし なし</p> | <p>あり あり あり あり あり あり</p> | <p>実費 胃瘻等：器具管理、処置1回500円 実費</p> |

介護サービス等の一覧表（自立利用者用）

| | 月額の利用料等で、実施するサービス | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | 備考 |
|--|--|--|--|---|
| <p>介護サービス</p> <p>食事介助 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助（移動・着替え等） 身辺介助（協力医療機関） 機能訓練（協力医療機関以外） 通院介助 通院介助</p> | <p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>1回300円、胃ろうは1回500円 1回300円 実費 1回500円 1回1,000円 1回300円 1回300円 1時間1,300円 1時間1,300円</p> |
| <p>生活サービス</p> <p>居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事 買い物代行（通常の利用区域） 買い物代行（上記以外の区域） 役所手続き代行 金銭・貯金管理 外出レクレーション交通費</p> | <p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>1回1,000円 1回500円 1回500円 1回300円 実費 1時間1,300円 1時間1,300円 1時間1,300円 (お小遣い程度の金額) 1日50円 目的地まで片道2km超に付き、1km毎に20円実費</p> |
| <p>健康管理サービス</p> <p>定期健康診断 健康管理 健康相談 慢性疾患管理 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録（排便・睡眠等）</p> | <p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし</p> | <p>あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p> | <p>実費 胃瘻等：器具管理、処置 1回500円 実費 1回50円 1回50円</p> |

