

## 重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 11 月 1 日
記入者名	竹田 淑子
所属・職名	ソナーレ運営部

## 1. 事業主体概要

	個人／法人	
	名称	株式会社
名称	(ふりがな) らいふけあでざいん かぶしきがいしゃ ライフケアデザイン株式会社	
主たる事務所の所在地	〒150-0002	東京都渋谷区渋谷三丁目 1 1 - 2
連絡先	電話番号	03-6418-7978
	FAX 番号	03-6418-7982
	ホームページ	なし
	アドレス	<input type="checkbox"/> あり : <a href="http://www.lifecaredesign.co.jp/">http:// www.lifecaredesign.co.jp/</a>
代表者	職名	代表取締役社長
	氏名	出井 学
設立年月日	平成 11 年 10 月 5 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)	
事業の目的	当社は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要支援又は要介護状態にあるご入居者に対して、その尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを事業の目的とする。	

## 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) そな一れうらわ ソナーレ浦和	
所在地	〒330-0055	さいたま市浦和区東高砂町26-17
主な利用交通手段	最寄駅	JR 浦和駅
	交通手段と所要時間	JR 浦和駅東口より「徒歩7分」(約600m)
連絡先	電話番号	048-711-1204
	FAX番号	048-711-1224
	ホームページアドレス	http:// www.lifecaredesign.co.jp/
管理者	職名	ホーム長
	氏名	高島 大輔
建物の竣工日		平成29年 3月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年 5月1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" 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) <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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <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	1176515821
	指定した自治体名	さいたま市
	事業所の指定日	平成29年5月1日
	指定の更新日(直近)	

## 3. 建物概要

土地	敷地面積	1904.02 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成29年4月1日～平成59年3月31日) 以降5年毎自動更新 2 なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	3,707.63 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3,148.25 m <sup>2</sup>

	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 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				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 4 月 1 日～平成 59 年 3 月 31 日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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※
	Aタイプ	有	無	18.0 m <sup>2</sup>	54 室	介護居室個室
	Bタイプ	有	無	31.6 m <sup>2</sup>	1 室	介護居室個室
	Cタイプ	有	無	23.2 m <sup>2</sup>	4 室	介護居室個室
	Dタイプ	有	無	30.9 m <sup>2</sup>	2 室	介護居室個室
	Eタイプ	有	無	27.5 m <sup>2</sup>	2 室	介護居室個室
Fタイプ	有	無	34.1 m <sup>2</sup>	2 室	介護居室個室 (二人用)	
Gタイプ	有	無	22.8 m <sup>2</sup>	1 室	介護居室個室	
※「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	共用便所における便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車いす等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	7ヶ所	個室	6ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	3ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 ( )			ヶ所			
食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (198.3 m <sup>2</sup> )					

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input checked="" 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) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知機	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
その他	機能訓練室 (31.0 m <sup>2</sup> ), 理美容室(19.8 m <sup>2</sup> ), 応接室2室, 洗濯室, 談話コーナー4箇所, 備蓄室等	

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ご入居者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、ご入居者ひとりひとりに適した自立の支援と日常生活の充実に資する介護を行い、健康の保持につとめ、社会生活に必要な支援を行うことを基本方針としております。		
サービスの提供内容に関する特色	人員配置2：1、看護職の24時間常駐、1階クリニックとの医療連携強化など、入居者に対する手厚い介護サービスと看護サービスを提供いたします。 また、介護・看護サービスのみならず、入居者の方が、自分らしく生活して頂く為、個別にライフアセスメントを実施し、多種多様なレクリエーションサービスを提供いたします。		
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	入居継続支援加算	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	認知症専門ケ ア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	サービス提供 体制強化加算	(Ⅰ) イ	1 あり	2 なし
(Ⅰ) ロ		1 あり	2 なし	
(Ⅱ)		1 あり	2 なし	
(Ⅲ)		1 あり	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) 2 : 1		
	2 なし			

## (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 (協力医療機関以外は、有償対応) 3 通院介助 (協力医療機関以外は、有償対応) 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	吉野医院
		住所	さいたま市浦和区東高砂町 26-17 (ホーム 1 階)
		診療科目	胃腸科、消化器内科、一般内科等
		協力内容	定期健康診断 (年 2 回)、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
	2	名称	医療法人社団 愛治会 すこやか内科クリニック
		住所	さいたま市中央区鈴谷 5-3-12
		診療科目	内科、神経内科、リハビリテーション科
		協力内容	定期健康診断 (年 2 回)、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
	3	名称	医療法人社団白報会メディカルクリニックドクターランド
		住所	さいたま市緑区大字大門 3710 イオンモール浦和美園 1 階
		診療科目	内科、精神科、皮膚科、耳鼻科、眼科等
		協力内容	定期健康診断 (年 2 回)、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など

	4	名称	医療法人 青木会 青木中央クリニック
		住所	川口市柳崎 3-7-24
		診療科目	整形外科、内科・消化器内科、歯科、リハビリテーション科
		協力内容	定期健康診断（年 2 回）、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
	5	名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター
		住所	さいたま市浦和区北浦和 4-9-3
		診療科目	内科、整形外科、耳鼻咽喉科等
		協力内容	定期健康診断（年 2 回）、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
	6	名称	社会医療法人さいたま市民医療センター
		住所	さいたま市西区島根 299-1
		診療科目	内科、外科、脳神経外科等
		協力内容	定期健康診断（年 2 回）、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
	7	名称	医療法人 博仁会 共済病院
		住所	さいたま市緑区原山 3 丁目 15-31
		診療科目	一般内科、消化器内科、循環器内科等
		協力内容	定期健康診断（年 2 回）、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
	8	名称	医療法人社団 三世会 大宮桜木町クリニック
		住所	さいたま市大宮区桜木町 2-324-1 松本ビル 3F
		診療科目	内科、心療内科、精神科
		協力内容	定期健康診断（年 2 回）、健康相談、緊急時の指示・往診、医療機関の紹介など
9	名称	みやぎクリニック	
	住所	さいたま市緑区下野田 543-2 Terrace(テラス)浦和美園 1 階	
	診療科目	内科・外科	
	協力内容	訪問診療、往診（24 時間対応）、緊急時の指示、医療機関の紹介、看護職員に対する指導等	
10	名称	医療法人社団 絹和会 睡眠総合ケアクリニック代々木	
	住所	東京都渋谷区代々木 5-10-10 SYビル	
	診療科目	精神科、歯科、耳鼻咽喉頭科等	
	協力内容	睡眠障害に関する診療、睡眠に関する健康相談、医療機関の紹介等	
協力歯科医療機関	名称	ナグモ歯科 クワバラクリニック	
		住所	さいたま市浦和区東高砂町 2-3 プリムローズビル 4 階
	協力内容	訪問歯科診療	
	名称	医療法人 青木会 青木中央クリニック	
		住所	川口市柳崎 3-7-24
	協力内容	訪問歯科診療	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※ 複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (他の居室へ移る場合)	
判断基準の内容	心身状態または日常生活における自立度の変化により、居室を移動いただくことが適当と判断される場合。	
手続きの内容	一定の観察期間を設け、協力医療機関の医師等の意見を聞くと共に、入居者及び身元引受人説明を行いその意思を確認し、入居者の同意を得た上で行います。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (家賃に差額が生じた場合)	
居室利用権の取扱い	移動前の居室の利用権は消失し、移動後の居室の利用権となります。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (家賃に差額が生じた場合)	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input type="checkbox"/> 2 なし

(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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の方で自立・要支援・要介護の方。但し、自立の方は、2人用個室を2人で利用するときの1人に限る。</li> <li>・ 施設で対応ができる医療的ケアの範囲を超えない方</li> <li>・ 認知症の方は入居可 (お客様の状態を確認させて頂いた上で、入居可能かご相談させて頂きます。)</li> <li>・ 契約者の他に身元引受人を立てられる方</li> <li>・ 自傷、他傷の恐れが無く、他の入居者と円滑な共同生活が可能なる方。</li> <li>・ 感染症でない方。(但し、医師により他の入居者に感染する恐れが無</li> </ul>	

	<p>いと診断された場合は、この限りではありません。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康診断書の提出</li> <li>・本人に入居の意思があり、原則ホーム見学と体験入居を済ませていることが条件となる。</li> </ul>
<p>契約の解除の内容</p>	<p>(事業者からの契約解除)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に定めた条件の下に、入居契約を解除することがあります。       <ol style="list-style-type: none"> <li>一 入居申込書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</li> <li>二 入居契約に基づく支払いを正当な理由なく、しばしば滞納するとき</li> <li>三 入居契約の禁止事項の定めに違反したとき</li> <li>四 管理運営規程等の禁止事項の定めに違反したとき</li> <li>五 入居者の行動が、自傷又は他の入居者或いは従業員の生命、身体又は財産に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける善良なる管理者の注意と介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</li> </ol> </li> <li>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。       <ol style="list-style-type: none"> <li>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</li> <li>二 前号の通告に先立ち、入居者、成年後見人及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</li> </ol> </li> <li>3 第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。       <ol style="list-style-type: none"> <li>一 医師の意見を聴く</li> <li>二 一定の観察期間をおく</li> </ol> </li> <li>4 事業者は、入居者、成年後見人又は身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、前項までの定めに関わらず、催告することなく、本契約を解除することができます。       <ol style="list-style-type: none"> <li>一 反社会的勢力に該当することが判明したとき、脅迫的な言動若しくは暴力をふるう等、入居契約第46条の確約に反する事実が判明したとき</li> <li>二 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供する等、入居契約第20条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</li> </ol> </li> </ol> <p>(入居者からの解約)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 入居者は、事業者に対して、すくなくとも30日前までに解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に提出するものとします。</li> </ol>



	<p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとみなします。</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定にかかわらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>一 反社会的勢力に該当することが判明したとき、脅迫的な言動若しくは暴力をふるう等、入居契約第46条の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書に上記「事業者からの契約解除」の内容を定めています。
	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	<p>1 <input type="checkbox"/>あり 最長13泊14日 1泊；15,120円（食事込み／税込）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	68名	
その他		

## 5. 職員体制

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計41名	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	34	18	16	24.0
介護職員	27	15	12	22.7（2名計画作成担当者兼務・1名栄養士兼務）
看護職員	7	3	4	6.5
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者	3	3		2.6（2名介護職員兼務）
栄養士	2	2		1.2（1名介護職員兼務）
調理員				業務委託
事務員	4		4	2.8
その他職員	5		5	4.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
<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			
介護福祉士	19	13	6
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	4	2	2
介護支援専門員			

(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
看護師及び准看護師			
理学療法士			
作業療法士	1		1
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16 時 30 分 ~ 9 時 30 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1	
介護職員	2	

(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)	1.4 : 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										
前年度1年間の退職者数										
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	4	6	1				2	
	1年以上3年未満	3	3	11	6			1	1	
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満									
	10年以上									
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	
	4 選択方式	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式
		3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり(終身利用方式の一時金額が年齢に応じて異なる)	
	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 ※不在となる期間中も月額利用料のうち家賃相当額、管理費、光熱水費はご負担頂きます。	
	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	消費者物価指数及び人件費等勘案
	手続き	運営懇談会等にて意見を聞いた上で手続きを実施

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		月払いプラン (個室Aタイプ)	終身プラン (個室Aタイプ)	
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護3	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.0㎡	18.0㎡	
	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	0円	9,396,000円	
	敷金	798,000円	0円	
月額費用の合計		385,720円	252,720円	
家賃相当額(非課税)		133,000円	0円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費(税込)	70,200円	70,200円
		管理費(税込)	64,800円	64,800円
		上乗せ介護費(税込)	96,120円	96,120円
		光熱水費(共用部分)(税込) ※個室の電気料金は別途請求	21,600円	21,600円
		その他	円	円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※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)				

(利用料金の算定根拠)

項目	算定根拠
家賃相当額	建物賃貸人への支払い家賃、公租公課、保険料、他を算定基礎とし事業収支を算定根拠として設定した額。老人福祉法で受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。
敷金	家賃の6ヶ月分
上乗せ介護費	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	事務管理部門の人件費、事務費、減価償却費、共用施設等の維持管理費、修繕費、雑費を管理費で賄います。
食費	3食1ヶ月(30日間)喫食した場合の費用(喫食数による実費となります。)70,200円(税込)
光熱水費	定額21,600円(税込) 水道、給湯、電気料金含む ※個室電気料金は個別徴収
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	【3級地】							
	介護報酬	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	基本報酬/1日(単位)	180	309	534	599	668	732	800
	基本報酬/30日(単位)	5,400	9,270	16,020	17,970	20,040	21,960	24,000
	個別機能訓練加算 12単位/日							
	夜間看護体制加算 10単位/日	0	0	300	300	300	300	300
	医療機関連携加算 80単位/月	80	80	80	80	80	80	80
	サービス提供体制強化加算 18単位/日	540	540	540	540	540	540	540
	介護職員処遇改善加算 8.2%	494	811	1,389	1,549	1,719	1,876	2,043
	1ヶ月(30日)の合計単位	6,514	10,701	18,329	20,439	22,679	24,756	26,963
	介護保険給付費 (合計単位×10.68)円	69,569	114,286	195,753	218,288	242,211	264,394	287,964
	自己負担1割の場合	6,957	11,429	19,576	21,829	24,222	26,440	28,797
	自己負担2割の場合	13,914	22,858	39,151	43,658	48,443	52,879	57,593
	自己負担3割の場合	20,871	34,286	58,726	65,487	72,664	79,319	86,390
2018年7月1日改定								
夜間看護体制加算	常勤看護師1名以上を配置し、看護職員等により24時間連絡がとれる体制を確保します。 (要介護1～5)							
医療機関連携加算	入居者の健康状況を記録し、協力医療機関等に月1回以上情報を提供します。							
サービス提供体制強化加算	介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上							
退院・退所時連携加算	① 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間について算定 ② 30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設等への入所後に再び当該指定特定施設へ入居した場合も算定							
介護職員処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているもの							
看取り介護加算	看取り介護を行った場合には、以下を算定 死亡日以前4日以上30日以下 144単位 死亡日以前2日又は3日 680単位 死亡日 1280単位							

<p>特定施設入居者生活介護</p> <p>※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）</p>	<p>当ホームは、介護保険上の人員基準を上回る人員を配置し（要介護者および要支援者：直接処遇職員＝2：1以上。週40時間換算。）、かつ、看護職員を24時間配置するため、それに係る費用として上乘せ介護費用を徴収します。</p> <p>上乘せ介護費用、要支援1の104,760円から要介護度5の91,800円まで要介護度が重くなるについて上乘せ介護費用を段階的に安くしています。</p> <p>当ホームは、要介護・要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するケアプログラムを実践するため、要介護度が比較的軽いうちの予防プログラムにコストをかけた運営とします。結果的に、次第に要介護度が重くなった場合においても、経済的負担の増加が抑制できることにもなります。</p> <p>上乘せ介護費用は、要介護者および要支援者：直接処遇職員＝1.7：1で計算しています。</p> <table border="0" data-bbox="403 689 1426 907"> <tr> <td>自立</td> <td>104,760</td> <td colspan="2">（要支援から自立になった場合、二人部屋に限る）</td> </tr> <tr> <td>要支援1</td> <td>104,760</td> <td>要支援2</td> <td>102,600</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>100,440</td> <td>要介護2</td> <td>98,280</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>96,120</td> <td>要介護4</td> <td>93,960</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>91,800</td> <td colspan="2">（単位 円/税込）</td> </tr> </table>	自立	104,760	（要支援から自立になった場合、二人部屋に限る）		要支援1	104,760	要支援2	102,600	要介護1	100,440	要介護2	98,280	要介護3	96,120	要介護4	93,960	要介護5	91,800	（単位 円/税込）	
自立	104,760	（要支援から自立になった場合、二人部屋に限る）																			
要支援1	104,760	要支援2	102,600																		
要介護1	100,440	要介護2	98,280																		
要介護3	96,120	要介護4	93,960																		
要介護5	91,800	（単位 円/税込）																			
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>																					

（前払金の受領）

<p>算定根拠</p>	<p>ご入居者様の月々の支払金額を抑えるため、また終身に渡ってご入居頂けるように【1】月払プラン、【2】終身利用プランの2プランを設けます。家賃相当額以外の管理費、水道光熱費、食費、上乘せ介護費用は前払金には含まず、毎月お支払い頂きます。</p> <p>※代表的なAtype（18.0㎡）/85歳の場合</p> <p>【1】月払プラン 毎月、家賃相当額133,000円をお支払い頂きます。</p> <p>※代表的なAtype（18.0㎡）/85歳の場合</p> <p>【2】終身利用プラン 家賃相当額133,000円×想定居住期間54ヶ月＋想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額（2,214,000円）＝9,396,000円を前払金として一括してお支払い頂きます。</p> <p>（注1） 想定居住期間内に入居契約が終了した場合の返還金について *返還金＝前払金－（家賃相当額×入居期間）</p> <p>（注2） 想定居住期間を超えて退去した場合の返還金について *返還金はありません。 *想定居住期間を超えた時点で、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額（2,422,000円）を一括償却いたします。</p>
<p>想定居住期間 （償還年数）</p>	<p>80～84才 6年3ヶ月 85～89才 4年6ヶ月 90才～ 3年6ヶ月</p>
<p>償却の開始日</p>	<p>家賃相当額について入居日から償却</p>
<p>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</p>	<p>初期償却なし</p>

(初期償却額)		
初期償却率		初期償却なし
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	以下の算式で算出する金額を全額返還 返還金＝前払金－日額単価（＊）×入居日数 ＊日額単価＝家賃相当額÷30（1ヶ月を30日とする日割計算を行うので30で除す）
	入居後3月を超えた契約終了	以下の算式で算出する金額を全額返還 返還金＝前払金－家賃相当額×入居月数－日額単価×1ヶ月に満たない入居日数 ※想定居住期間を超えてからの契約終了については、返還金はありません。
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 全国有料老人ホーム協会
		5 その他（名称： ）

## 7 入居者の状況

性別	男性	12人
	女性	29人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	34人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	3人
	要介護1	9人
	要介護2	12人
	要介護3	6人
	要介護4	5人
	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	12人
	6か月以上1年未満	14人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	41人
入居率※	60.2%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	0人
	死亡者	6人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5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)※4カ所以上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		ソナーレ浦和
電話番号		048-711-1204
対応している時間	平日	9時～17時30分
	土曜日	9時～17時30分
	日曜・祝日	9時～17時30分
定休日		なし
窓口の名称		ライフケアデザイン株式会社
電話番号		03-6418-9176
対応している時間	平日	9時～17時30分
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日、年末年始
窓口の名称		さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 介護保険課
電話番号		048-829-1265
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月29日～翌年1月3日
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情対応係
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30～17:00 (正午～13時を除く)
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日、年末年始
窓口の名称		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応している時間	平日	10:00～17:00



	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	土日祝日、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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) ソニーグループ損害保険プログラム
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) ライフケアデザインの責めに帰すべき事由によりお客様又はそのご家族様の生命、身体、財産又は名誉に損害を発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかにその損害を賠償するものとします。 但し、お客様にも責めに帰すべき事由がするとき、賠償額が減額されるものとします。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	常時受付 運営懇談会など
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" 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 checked="" 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. 緊急時における対応方法

サービスの提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、協力医療機関又は、主治医と連携し対応いたします。また速やかに届出いただいた緊急連絡先にご連絡いたします。

### 11. 非常災害対策

- ・非常災害が発生した場合、防災計画に従い、入居者の避難等について適切な処置を講じます。
- ・年2回定期的に消火、通報及び避難の訓練を行う。
- ・消防設備、施設等の点検及び整備を定期的実施します。

### 12. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 <u>2</u> 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(提携ホーム名：ぴあはーと藤が丘、ソナーレ祖師ヶ谷大蔵)
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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（個別選択によるサービスの一覧表）

重要事項説明書及び別添1, 2他の介護サービス・サービスの一覧表の各項目について説明を受けました。

説明年月日 平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ 印

説明者署名 \_\_\_\_\_

別添1 事業主体が埼玉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
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
＜地域密着型サービス＞		
定期巡回・随時訪問介護・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
複合型サービス	あり	なし
居宅介護支援	あり	なし
＜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
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
＜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
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

別添2

サービスの一覧表

(金額は税込表示)

特定施設入居者生活介護（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	備考
	なし	あり	なし	あり	あり				
＜介護サービス＞									
食事介護	なし	あり	なし	あり	○				必要時
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				必要時
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		1,404円/1回		週2回 3回目からは有料 ◎2人介助が必要な場合は2808円/1回 ◎介助なしの場合は702円/1回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				週2回 3回目からは有料
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				必要時
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○				必要時
歩行訓練	なし	あり	なし	あり	○				必要時 ◎週2回目からの館外散歩付き添い又、館内 歩行訓練看護職員による付き添い30分につき1,404円 介護職員による付き添い30分につき702円
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		1404円/30分		必要時（協力医療機関に限る） その他は、有料 看護職員による付き添い30分につき1,404円 介護職員による付き添い30分につき702円 ホーム車による送迎30分につき1,080円
＜生活サービス＞									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		702円/30分		週2回 3回目からは有料
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				月3回 4回目からは有料（実費）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				週2回 3回目からは有料（実費）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		324円/1回		居室の配膳・下膳は必要時に限る。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					実費
おやつ（利用者の嗜好に基づくもの）			なし	あり					実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○				実費
レクリエーションサービスの材料費			なし	あり	○				実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		702円/30分		月3回の会社が定める買物代行は無料 それ以外は、有料 ◎ホーム車両を使用する買物代行はさらに1080円/30分。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○				実費
金銭・貯金管理			なし	あり					
＜健康管理サービス＞									
定期健康診断	なし	あり			○				年2回（実費）
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	○				協力医療機関以外への移送にかかるタクシー代（実費） ホーム車による移送30分につき1,080円
救急搬送の付添い	なし	あり	なし	あり	○		1,404円/30分		介護職員の付添い場合702円/30分
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		1,404円/30分		協力医療機関以外への同行にかかるタクシー代（実費） 介護職員の付添い場合702円/30分
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					
その他									
緊急・看取り時	なし	あり	なし	あり	○				緊急時ご家族がホーム待機の際、食事をした場合（実費）

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の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。