

重要事項説明書

| | |
|-------|--|
| 記入年月日 | |
| 記入者名 | |
| 所属・職名 | |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|--------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしそごうけんきゅうじよ 社会福祉総合研究所 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒160-0023 東京都新宿区西新宿七丁目9番地18号 第三雨宮ビル7階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3367-2910 |
| | FAX番号 | 03-6908-7841 |
| | ホームページアドレス | http://www.syasouken.com |
| 代表者 | 氏名 | 秋元 孝則 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 18年 11月 22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) ろいやるれじでんすにいざ ロイヤルレジデンス新座 | |
| 所在地 | 〒352-0011 埼玉県新座市野火止 7-4-55 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 武蔵野線 新座駅より徒歩 15分 |
| | 交通手段と所要時間 | 【バス】 JR 武蔵野線 新座駅 (南口) より、 西武バス 東久留米駅東口行、バス停 (野火止中) 下車、徒歩約 3分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-489-1155 |
| | FAX番号 | 048-489-1165 |
| | ホームページアドレス | http://www.syasouken.com |

| | | | | |
|--------|----|-------|-----|---------|
| 管理者 | 氏名 | 石田 恭子 | | |
| | 職名 | 所長 | | |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 | 25年 | 10月 15日 |
| 事業の開始日 | | 昭和・平成 | 25年 | 12月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|--|------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <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 | 1175101714 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 25年 12月 1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 29年 12月 7日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|------------------------------------|------------------------------------|------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 914.07 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td><input type="checkbox"/> 1 あり (平成 26年 4月 1日～平成 61年 3月 31日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td><input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> </table> | 抵当権の有無 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成 26年 4月 1日～平成 61年 3月 31日) 2 なし |
| 抵当権の有無 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |
| 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成 26年 4月 1日～平成 61年 3月 31日) 2 なし | | | | | |
| 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1497.38 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1497.38 m ² | | | |
| | 耐火構造 | <input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| 2 鉄骨造 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 木造 | | | | | | |
| 4 その他 () | | | | | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> </table> | 抵当権の設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 抵当権の設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|---|---|--|------|--------|-----|
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> あり (平成 26 年 4 月 1 日～平成 61 年 3 月 31 日) <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 19.56 m ² | 37 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 | 3ヶ所 |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| エレベーター | 1 あり (車椅子対応) <input 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護等のサービスの提供時には、高齢者の心身の状況を踏まえたサービス提供を行い、ご入居者様のADLの維持・向上に努めるとともに、その生活環境の向上にも努め、ご入居者様の自立支援を援助します。 ・地域に密着したサービス付き高齢者向け住宅として、地元市区や町内会、他の介護保険事業者、医療機関、その他の関係機関等と密接な連携を取り、地域のニーズにあったサービスを提供します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (Ⅰ)ロ | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| (Ⅱ) | | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| (Ⅲ) | | 1 あり <input 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) : | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|---|--|--------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人昭仁会 北野病院 |
| | | 住所 | 〒352-0003 埼玉県新座市野火止2丁目14番8号 |
| | | 診療科目 | 内科 胃腸科 |
| | | 協力内容 | 在宅訪問診療 往診 緊急時対応 処置等 |
| | 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 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | |
|--------------------------|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 () |
| 判断基準・手続きの内容 | <p>入居者の心身の状態の変化等により、居室の変更をした方がより適した介護等が提供できると判断した場合は、次に掲げる手続きを行うことで、入居者の居室の変更ができます。なお、それぞれの手続きは、書面にて行うものとします。</p> <p>①入居者の意思を確認し、同意を得る。 ②入居者の身元引受人、連帯保証人等の意思を確認し、同意を得る。 ③緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設ける。 ④変更後の居室の内容、料金変更、介護等の内容の変更について、入居者及びその身元引受人等に説明をする。 ⑤協力医療機関等の医師の意見を聴取する。</p> |
| 追加的費用の有無 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | 居室利用権は存続し、追加費用等は発生しません。 |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との仕様の変更 | |

| | | | |
|------------------|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| 従前の居室との 仕様の変更 | 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 | <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"> ・費用の支弁能力のある方 ・連帯保証人及び身元引受人を立てられる方 | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第 12 条による | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 退去予定日の 30 日前 | | |
| 体験入居の内容 | <input type="checkbox"/> 1 あり 一日あたり 10,800 円(税抜価格 10,000 円、8%消費税額 800 円)。※最長ご利用期間 7 日間。食事 3 食分込み。 <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 入居定員 | 37 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 |
|---------|-----------|----|-----|--------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 2 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 20 | 7 | 13 | 15.5 |
| 看護職員 | 2 | 2 | | 2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |

| | | | | |
|--|---|---|---|------|
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 |
| その他職員 | 2 | | 2 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | 40時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 6 | | 6 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 10 | 4 | 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人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 2 | 2 | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 1 | 1 | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (時～ 時) | | |
|------------------|----------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 ※訪問看護 | 1人 |
| 介護職員 | 2人 | 2人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (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) | 3 : 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 | ロイヤルレジデンス新座 |

(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 | | 看護師 | | | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 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 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし 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 | |
| 料金改定 | 手続き | 運営懇談会を開催し、意見を聞き、調整をする。 |

(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 | 要支援1～2/要介護1～5 |
| | 年齢 | 75歳 | 80歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 19.56㎡ | 19.56㎡ |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 台所 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 |
| | 敷金 | 210,000円 | 210,000円 |
| 月額費用の合計 | | 円 | 円 |
| 家賃 | | 70,000円 | 70,000円 |
| 管理費 | | 65,000円 | 65,000円 |
| 光熱水費 | | 管理費に含む | 管理費に含む |
| サー ビス 費用 | 特定施設入居者生活介護の費用 | | 0円 要支援・要介護度による |
| | 外 介 護 保 険 | 食費 | 48,570円 48,570円 |
| | | 生活支援費 | 10,800円 0円 |
| | | 上乗せ介護費 | 0円 0円 |

| | | | | |
|----------------------------|--|-----|------------|------------|
| | | その他 | 都度払いサービスあり | 都度払いサービスあり |
| ※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用 | | | | |
| ※ 消費税について、表示金額は総額表示 | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------|--|
| 敷金 | 家賃の3ヶ月分 (非課税) |
| 家賃 | 当社の借上げ賃料 近隣相場と勘案して算定 (非課税) |
| 管理費 | 建物の保守管理費用、事務部門人件費、共用設備消耗品 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 特定施設入居者生活介護の費用 | 介護保険の自己負担 |
| 食費 | 1日1,619円×30日計算(税込) 欠食の届出に基づき喫食実績分の精算。 食材費その他食事部門の人件費 ・朝食 489円(税抜価格 453円、8%消費税額 36円)/1食あたり ・昼食 565円(税抜価格 524円、8%消費税額 41円)/1食あたり ・夕食 565円(税抜価格 524円、8%消費税額 41円)/1食あたり |
| 生活支援費 | |
| 上乗せ介護費 | |
| その他 | |

(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 | 要介護度に応じて介護費用の負担割合を徴収する。 |
| 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 (上乗せサービス) | |
| ※ 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 | | 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* | % |
| ※ 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 | 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)

| | | |
|--------------|-------|----------------------|
| 窓口の名称 | | 株式会社 社会福祉総合研究所 お客様担当 |
| 電話番号 | | 03-3367-2910 |
| 対応している 時間 | 平日 | 9:00 ~ 18:00 |
| | 土曜 | 9:00 ~ 12:00 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | | 土・日・祝日及び年末年始 |

上記以外の利用者からの苦情に対応する公的な窓口等

| | | |
|--------------|-------|---|
| 窓口の名称 | | ①埼玉県都市整備部住宅課 ②新座市健康増進部介護保険課 ③埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号 | | ①048-830-5562 ②048-424-9609 ③048-830-3254 |
| 対応している 時間 | 平日 | ①・②・③ 8:30 ~ 17:15 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日及び年末年始 |
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30 ~ 17:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日及び年末年始 |
| 窓口の名称 | | ① 埼玉県消費生活支援センター ② 新座市消費生活相談 |
| 電話番号 | | ①048-261-0999 ②048-477-1111 |
| 対応している時間 | 平日 | ①・② 9:30 ~ 16:00 |
| | 土曜 | ① 9:30 ~ 16:00 |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | ①日・祝日及び年末年始 ②土・日・祝日及び年末年始 |

(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 | 福祉事業者総合賠償保険に加入 会社名：損害保険ジャパン 保険名：ウォームハート |
| | 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 | 賠償保険の利用と入居者様、ご家族様へ誠心誠意対応する。 |
| | 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 | 2017年1月 |
| | | 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 | 2016年6月 |
| | | 評価機関名称 | 株式会社エス・エム・エスキャリア |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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 |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 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 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 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 |
|--|-----------|

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) |
| | 2 代替措置なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) 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 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 3 該当なし |
| 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 (別に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 _____ 印

※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 | ①ロイヤルレジデンス川島 | ①埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | ①ロイヤルレジデンス川島 ②ロイヤル上尾 ③ロイヤルレジデンス新座 ④ロイヤル加須 ⑤ロイヤル入間 | ①埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 ②埼玉県上尾市五番町2-1 ③埼玉県新座市野火止7-4-55 ④埼玉県加須市中央1-7-57 ⑤埼玉県入間市狭山台2丁目2番17 |
| 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 | ショートステイロイヤル | 埼玉県さいたま市見沼区大谷390-1 |
| 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 | ①ロイヤルレジデンス川島式号館 ②ロイヤルレジデンス大宮 ③ロイヤルレジデンス上尾 ④ロイヤルレジデンス新座 ⑤ロイヤルレジデンス見沼 ⑥ロイヤルレジデンス東所沢 ⑦ロイヤルレジデンス上平公園 ⑧ロイヤルレジデンス加須 ⑨ロイヤルレジデンス入間 | ①埼玉県比企郡川島町大字伊草37-1 ②埼玉県さいたま市見沼区蓮沼75-1 ③埼玉県上尾市五番町2-1 ④埼玉県新座市野火止7-4-55 ⑤埼玉県さいたま市見沼区大谷388-1 ⑥埼玉県所沢市下安町942-1 ⑦埼玉県上尾市大字上尾村1399-1 ⑧埼玉県加須市中央1-7-57 ⑨埼玉県入間市狭山台2丁目2番17 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | ロイヤル・ヘルスケア | 埼玉県所沢市旭町7-9 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | ロイヤル・ヘルスケア | 埼玉県所沢市旭町7-9 |
| <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 | 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 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ① ロイヤルレジデンス川島 | ① 埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 |
| 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 | ① ロイヤルレジデンス川島 ② ロイヤル上尾 ③ ロイヤルレジデンス新座 ④ ロイヤル加須 ⑤ ロイヤル入間 | ① 埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 ② 埼玉県上尾市五番町2-1 ③ 埼玉県新座市野火止7-4-55 ④ 埼玉県加須市中央1-7-57 ⑤ 埼玉県入間市狭山台2丁目2番17 |
| 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 | ① ロイヤルレジデンス川島式号館 ② ロイヤルレジデンス大宮 ③ ロイヤルレジデンス上尾 ④ ロイヤルレジデンス新座 ⑤ ロイヤルレジデンス見沼 ⑥ ロイヤルレジデンス東所沢 ⑦ ロイヤルレジデンス上平公園 ⑧ ロイヤルレジデンス加須 ⑨ ロイヤルレジデンス入間 | ① 埼玉県比企郡川島町大字伊草37-1 ② 埼玉県さいたま市見沼区蓮沼75-1 ③ 埼玉県上尾市五番町2-1 ④ 埼玉県新座市野火止7-4-55 ⑤ 埼玉県さいたま市見沼区大谷388-1 ⑥ 埼玉県所沢市下安町942-1 ⑦ 埼玉県上尾市大字上尾村1399-1 ⑧ 埼玉県加須市中央1-7-57 ⑨ 埼玉県入間市狭山台2丁目2番17 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | ロイヤル・ヘルスケア | 埼玉県所沢市旭町7-9 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | ロイヤル・ヘルスケア | 埼玉県所沢市旭町7-9 |
| ＜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 | | | | 備考 | |
|----------------------------------|--|----------------------------|----|------------------|----------------------|---------|--|----|--|
| | 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） | | 都度 ^{*2} | 料金(税込) ^{*3} | | | | |
| | | なし | あり | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | 1,080 円 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等は食事介護 1,080 円/30 分毎のご負担。 | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | 900 円 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等は排泄介助・おむつ交換 900 円/20 分毎のご負担。 | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | ○ | — | 各自の実費負担。 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | 2,700 円 | 週 2 回までの入浴介助(清拭)・特浴介助(機械浴)は、特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の入浴介助 2,700 円/30 分、特浴介助 4,320 円/回のサービス利用料となります。 | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | 4,320 円 | 自立の方等は、1,080 円/30 分毎のご負担。 | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | 1,080 円 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等は実費負担。 | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | 自立の方等は、1 回 3,240 円のご負担。 | | |
| 通院介助(協力医療機関のみ) | なし | あり | なし | あり | ○ | 3,240 円 | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | 2,700 円 | 週 1 回は、特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の居室清掃を希望する場合は、1 回あたり 2,700 円のサービス利用料となります。 | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | 540 円 | 週 1 回のリネン交換は特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上のリネン交換を希望する場合は、1 回あたり 540 円のサービス利用料となります。 | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | 972 円 | 週 3 回の日常の洗濯は特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の洗濯を希望する場合は、1 回あたり 972 円のサービス利用料となります。 | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | 258 円 | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|----|----|----|----|--|---|----------|---|
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ | | | なし | あり | | ○ | — | 各自の実費負担。 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | — | 各自の実費負担。 |
| 買い物代行(通常の利用区域のみ) | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,160 円 | 週 1 回の買い物代行は特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の居室清掃を希望する場合は、1 回あたり 2,160 円のサービス利用料となります。 |
| 役所手続き代行 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | — | 各自の実費負担。 |
| 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 | | | | |
| 看護手技料 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 54,000 円 | 必要とされる方のみ。 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 7,200 円 | 自立の方。 |
| 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 | | ○ | 3,240 円 | 自立の方。1 時間あたりの料金。 |
| 入退院時の同行(協力医療機関のみ) | なし | あり | なし | あり | | ○ | 3,240 円 | 自立の方。1 時間あたりの料金。 |
| 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、月額の利用者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。