

特定施設入居者生活介護  
介護予防特定施設入居者生活介護

重要事項説明書



介護付有料老人ホーム  
ヒューマンサポート北本  
株式会社日本ヒューマンサポート

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	事務局・施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	名称	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃにほんひゅーまんさぽーと 株式会社日本ヒューマンサポート	
主たる事務所の所在地	〒344-0033	
	埼玉県春日部市備後西五丁目1番44号	
連絡先	電話番号	048-760-0600
	FAX番号	048-760-0601
	ホームページアドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/> : http://n-h-s.jp
代表者	職名	代表取締役
	氏名	久野 義博
設立年月日	昭和59年 2月 15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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ひゅーまんさぽーときたもと 介護付有料老人ホーム ヒューマンサポート北本	
所在地	〒364-0004	
	埼玉県北本市山中1丁目165番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR高崎線 北本駅
	交通手段と所要時間	① JR北本駅より約1.4km 徒歩20分 ② タクシー利用の場合 約4分 ③ 川越観光自動車 桶川工業団地線 「商工会館前」下車約1分
連絡先	電話番号	048-578-4350
	FAX番号	048-578-4353
	ホームページアドレス	http://n-h-s.jp
管理者	職名	施設長
	氏名	須藤 達郎
建物の竣工日		令和2年9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年11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	第1175300969
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	令和2年11月1日
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

## 3. 建物概要

土地	敷地面積	2,654.90㎡	
	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 (建物賃貸借契約)	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	2,463.94㎡
		うち、老人ホーム部分	2,413.01㎡

	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 (令和2年6月30日～令和32年6月29末日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <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※
	タイプ1	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.38 m <sup>2</sup>	2室	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.56 m <sup>2</sup>	9室	介護居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.57 m <sup>2</sup>	2室	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.00 m <sup>2</sup>	2室	介護居室個室
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.01 m <sup>2</sup>	6室	介護居室個室
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.18 m <sup>2</sup>	34室	介護居室個室
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.39 m <sup>2</sup>	6室	介護居室個室
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.40 m <sup>2</sup>	4室	介護居室個室	
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車いす等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個浴 (1階・2階・3階)	3ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	7ヶ所	チェアー浴 (1階・2階・3階)	3ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴 (2階)	1ヶ所		
その他 (個浴1階・2階・3階)			3ヶ所			
食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	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"/> 1 あり 2 なし		
	自動火災報知機	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし
その他	談話室・洗濯室			

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	「老後安心」をモットーにし、高齢者の方々のため関係法令・規則を遵守し、快適な居住環境の提供と、介護サービスをはじめとする各種サービス提供により、「ゆとり」と「安らぎ」のある暮らしの実現に努め、健全な経営のもとに地域社会への貢献を目指すこととします。
サービスの提供内容に関する特色	地域に密着した施設として、関係市町村、地域保健医療福祉サービスと綿密な連絡を図り、入居者に良質なサービスに努めます。事故災害及び急病、負傷等の緊急時に迅速に対応できる体制を整備します。
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	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 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

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	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	障害者等支援加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	L I F Eへの登録		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 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)	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
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員特定処遇改善加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 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（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	埼玉クリニック
		住所	埼玉県桶川市神明1丁目4番13号
		診療科目	内科,外科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 伸整会 サン歯科医院
		住所	埼玉県鴻巣市箕田1877
		協力内容	訪問歯科診療
	2	名称	医療法人社団 翠耀会 手代木歯科医院
		住所	埼玉県桶川市若宮1丁目1番7号
		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 3 その他 ( 介護状態により別の介護居室個室へ移動)	
判断基準の内容	入居者の心身の状況等を勘案した上で、入居者の専用居室の変更が必要と判断した場合	
手続きの内容	医師の意見を聴き、入居者の意思を確認するとともに、身元引受人の意見を聴いて居室変更をする場合があります	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の介護居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室と の仕様の変更	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
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	1 あり 2 なし
	要支援のもの	1 あり 2 なし
	要介護のもの	1 あり 2 なし
留意事項	概ね65歳以上で介護の必要な方 要支援・要介護の方 40歳以上の2号被保険者で特定疾病の方	
契約の解除の内容	入居契約書第30条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	(入居契約書第31条) 契約をこれ以上将来に渡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
	解約予告期間	30日間
入居者からの解約予告期間	入居契約書第32条 30日間	



体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊2日 13,200円・食事代込・最長6泊7日まで) 2 なし
入居定員	65名
その他	

### 5. 職員体制

	職員数 (実人数)			常勤換算人数
	合計	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	10	8	2	9.1
看護職員	4	4		3.5
介護職員	6	4	2	5.6
機能訓練指導員	1	1		0.5看護職員兼務
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士	1 (委託)			(委託)
調理員	4 (委託)			(委託)
事務員	1	1		-
その他職員	-	-		-
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
※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。				

#### (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	3	1	4
実務者研修	0	0	0
介護職員初任者研修	0	1	1
社会福祉主事任用	0	0	0

#### (資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師及び准看護師	1		1
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時 ~翌10時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	3人	3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. 0 : 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	
	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							
	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										
の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	居室料、食費、その他の諸費用等の改定については、埼玉県における消費者物価の変動を指標とします
	手続き	人件費、食材等の変動により、懇談会の意見を聞いて、埼玉県に改定変更届を提出して改定させていただきます

(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	介護の必要な自立者	要介護1	
	年齢	83歳	83歳	
居室の状況	床面積	13.56㎡	13.56㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	167,000円	167,000円	
月額費用の合計		262,920円	174,920円	
家賃		78,200円	78,200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	51,840円	51,840円
		管理費	44,880円	44,880円
		介護費用※3	88,000円	円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	都度支払サービスあり	都度支払サービスあり

※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）

※3 介護が必要な方で介護認定されていない方及び再認定時に介護認定がされなかった方には、見守り等のサービス提供に要する人件費等の費用として毎月 88,000 円申し受けます。

(利用料金の算定根拠)

項目	算定根拠
家賃	建物賃貸料、近隣相場を勘案して算定
敷金	家賃の 2.14 ヶ月分
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない 介護認定のされていない方及び再認定時に介護認定がされなかった方には、見守り等のサービス提供に要する人件費等の費用
管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱費により算定
食費	業務委託料により算定
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額 ・レクリエーション協力費 1,320 円 (税込) ・喫茶費 1,620 円 (税込) ・居室にて使用する家電製品利用時にはコンセント数に応じて電気代を徴収 (コンセント 3 箇所まで 1,320 円税込) *税込表示 詳細は別添 2 介護サービス等の一覧表をご参照下さい。
その他のサービス利用料	入居時、居室料の 2.14 ヶ月分は敷金としてお預かりします。但し、退去時に利用料金の延滞、居室の原状回復等において不払いが無い場合は、無利息で返還いたします。尚、これらの不払いがある場合には敷金より相殺いたします。 協力医療機関以外への通院介助費用及び交通費実費、おやつ代 108 円/日 (税込)、利用料金自動引落手数料 550 円 (税込)、金銭管理費 2,200 円 (税込) /月、業者洗濯代 3,300 円 (税込) /月、おむつ代、理美容費、医療費等。 *その他の費用は、詳細は別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。

(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	<p>※要介護度に応じて介護費用の 1 割又は 2 割又は 3 割を徴収する。</p> <p>○特定施設入居者生活介護 (1 ヶ月 30 日 1 割負担の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>介護度</th> <th>月額</th> <th>自己負担額(1 割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>165,757 円</td> <td>16,576 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>186,092 円</td> <td>18,610 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>207,659 円</td> <td>20,766 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>227,377 円</td> <td>22,738 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>248,636 円</td> <td>24,864 円</td> </tr> </tbody> </table>	介護度	月額	自己負担額(1 割)	要介護 1	165,757 円	16,576 円	要介護 2	186,092 円	18,610 円	要介護 3	207,659 円	20,766 円	要介護 4	227,377 円	22,738 円	要介護 5	248,636 円	24,864 円
介護度	月額	自己負担額(1 割)																	
要介護 1	165,757 円	16,576 円																	
要介護 2	186,092 円	18,610 円																	
要介護 3	207,659 円	20,766 円																	
要介護 4	227,377 円	22,738 円																	
要介護 5	248,636 円	24,864 円																	

○介護予防特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日1割負担の例)

介護度	月額	自己負担額(1割)
要支援1	56,074円	5,608円
要支援2	95,819円	9,582円

- ・地域区分単価（北本市は6級地1単位＝10.27円）が別途加算されます。
- ・別途 医療機関連携加算（80単位／月）が発生する場合があります。
- ・別途 夜間看護体制加算（10単位／日）が発生する場合があります。
- ・別途 介護職員処遇改善加算Ⅰ（8.2%）が加算される場合があります。

○特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日2割負担の例)

介護度	月額	自己負担額(2割)
要介護1	165,757円	33,152円
要介護2	186,092円	37,219円
要介護3	207,659円	41,532円
要介護4	227,377円	45,476円
要介護5	248,636円	49,728円

○介護予防特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日2割負担の例)

介護度	月額	自己負担額(2割)
要支援1	56,074円	11,215円
要支援2	95,819円	19,164円

- ・地域区分単価（北本市は6級地1単位＝10.27円）が別途加算されます。
- ・別途 医療機関連携加算（80単位／月）が発生する場合があります。
- ・別途 夜間看護体制加算（10単位／日）が発生する場合があります。
- ・別途 介護職員処遇改善加算Ⅰ（8.2%）が加算される場合があります。

○特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日3割負担の例)

介護度	月額	自己負担額(3割)
要介護1	165,757円	49,728円
要介護2	186,092円	55,828円
要介護3	207,659円	62,298円
要介護4	227,377円	68,214円
要介護5	248,636円	74,591円

○介護予防特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日3割負担の例)

介護度	月額	自己負担額(3割)
要支援1	56,074円	16,823円
要支援2	95,819円	28,746円

- ・地域区分単価（北本市は6級地1単位＝10.27円）が別途加算されます。
- ・別途 医療機関連携加算（80単位／月）が発生する場合があります。
- ・別途 夜間看護体制加算（10単位／日）が派生する場合があります。
- ・別途 介護職員処遇改善加算Ⅰ（8.2%）が加算される場合があります。

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。

（前払金の受領）※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償還年月数）		
償却の開始日		
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（初期償却額）		
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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	7人
	女性	10人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	3人
	要支援 2	2人
	要介護 1	4人
	要介護 2	1人
	要介護 3	1人
	要介護 4	4人
	要介護 5	2人
入居期間別	6か月未満	17人
	6か月以上 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	82.47歳
入居者数の合計	17人
入居率※	11.1%
※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	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		人
	入居者側の申し出	(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		株式会社日本ヒューマンサポート
電話番号		048-760-0600
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

窓口の名称		介護付有料老人ホームヒューマンサポート北本
電話番号		048-578-4350
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝祭日、12月29日~翌年1月3日

窓口の名称		埼玉県北本市役所高齢介護課
電話番号		048-591-1111
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝祭日、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サービス苦情相談窓口
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:00
	土曜日	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝祭日

(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"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険
---------------	--	--



	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 直ちに緊急要請を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を行います。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償が免除または軽減される場合があります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	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 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 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 回以上
	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（別々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

本契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

本契約の締結にあたり、上記により重要事項説明書の説明を受けました。

説明年月日 令和 年 月 日

確認者署名 \_\_\_\_\_ 印