

カーサ・デ・ヴェルデ 黒沢 重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和2年 4月1日 |
| 記入者名 | 上野 哲哉 |
| 所属・職名 | マネジメント課・ディレクター |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 法人 | |
| | 法人の種類 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん しゃだんびしんかい 医療法人 社団美心会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒370-1203 群馬県高崎市矢中町字 187 番地-1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-352-1166 |
| | FAX番号 | 027-352-7925 |
| | ホームページアドレス | http://www.bishinkai.or.jp |
| | メールアドレス | — |
| 代表者 | 氏名 | 黒澤 功 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 平成8年11月1日 | |
| 主な実施事業 | 医療業 | |

2. 施設の概要

| | | |
|-------------------|--------------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) かーさでうえるでくろさわ カーサ・デ・ヴェルデ 黒沢 | |
| 所在地 | 〒370-1203 群馬県高崎市矢中町 192 番地-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 高崎線 高崎駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR 高崎線「高崎駅」より「ぐるりんバス」中居団地・群馬の森コース (約 12 分)「矢中小学校前」停留所下車 徒歩 1 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-345-5200 |
| | FAX番号 | 027-345-5300 |
| | ホームページアドレス | http://.cvk.jp |
| | メールアドレス | — |
| サービス付き高齢者向け住宅登録番号 | 高崎市 (H29) 00039 | |

| | | |
|---------------|------------|--------------|
| 介護保険事業所番号 | 1070206675 | |
| 管理者 | 氏名 | 黒澤 由美子 |
| | 職名 | CEO（最高経営責任者） |
| 建物の竣工日 | 平成30年7月30日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成30年9月2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 | 1070206675 |
| | 指定した自治体名 | 群馬（高崎）県（市） |
| | 事業所の指定日 | 平成30年9月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | |
|---------|--|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 6,188.04 m ² | | |
| | 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 | | |
| | | 借地権の種類 | 1 普通借地権 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 定期借地権 |
| | | 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28年5月11日～平成58年5月11日） <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 5,307.36 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 5,307.36 m ² | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2） <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3） <input type="checkbox"/> 3 その他（ ） | | |
| | | 構造 | <input checked="" 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 checked="" 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 | 1 あり 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (平成 年 月 日～平成 年 月 日) 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 【表示事項】 | 1 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 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.94 m ² | 90 | 「一般居室個室」 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 25.14～25.48 m ² | 3 | 「一般居室個室」 |
| タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 37.88 m ² | 7 | 「一般居室個室」 | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 11ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 5ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 6ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 12ヶ所 | 個室 | | 10ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | |
| その他 () | | | ヶ所 | | | |
| 食堂 (機能訓練室) | 1 あり 2 なし 1F (W)87.3 m ² 2F (W)106.10 m ² 2F (E) 75.76 m ² 3F (W)113.64 m ² 3F (E) 57.41 m ² | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり 2 なし | | | | | |
| エレベーター | 1 あり (車椅子対応) 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 | 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 | コミュニティ・ホール、コミュニティ・スタジオ、カフェ・コーナー、手洗いうがいコーナー、ヴェルデ・ガーデン、ビューティー・サロン、駐車場 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 入居者様及び来訪者様が快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことに資するとともに、住宅の良好な生活環境を確保することに努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 24時間スタッフ常駐。 黒沢病院、黒沢病院附属ヘルスパーククリニックをはじめとする関連医療機関、健康増進施設、介護施設との連携。 |
| 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 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|--------|---|---|
| 医療支援 | ※複数選択可 | 1 救急車の手配 2 入退院の付添い 3 通院介助 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 黒沢病院 |
| | | 住所 | 群馬県高崎市矢中町 187 |
| | | 診療科目 | 泌尿器科・泌尿器科（人工透析）・脳神経外科・外科・消化器外科・乳腺外科・整形外科・内科・循環器内科・呼吸器内科・肝臓内科・内視鏡内科・アレルギー科・婦人科・皮膚科・美容皮膚科・リハビリテーション科・麻酔科・歯科・歯科口腔外科・放射線科 |
| | | 協力内容 | 健康管理、訪問診療、往診、夜間受診、入院 |
| | 2 | 名称 | 黒沢病院附属ヘルスパーククリニック |
| | | 住所 | 群馬県高崎市矢中町 188 |
| 診療科目 | | 泌尿器科・泌尿器科（人工透析）・脳神経外科・外科・消化器外科・乳腺外科・整形外科・内科・循環器内科・呼吸器内科・肝臓内科・内視鏡内科・アレルギー科・婦人科・皮膚科・美容皮膚科・リハビリテーション科・麻酔科・歯科・歯科口腔外科・放射 | |

| | | |
|----------|------|----------------------|
| | | 線科 |
| | 協力内容 | 健康管理、往診 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 黒沢病院附属ヘルスパーククリニック 歯科 |
| | 住所 | 群馬県高崎市矢中町 188 |
| | 協力内容 | 口腔ケア、往診 |

(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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 入居時概ね 65 歳以上で、自立又は要支援、要介護 1～5 の方が対象。 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が死亡した場合。 ② 入居者、または事業者から解除した場合。 ※賃貸借契約書 第 11 条 (契約の解除) に定める。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書の 11 条による。 |
| | 解約予告期間 | 30 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：通常の入居者様と同じ生活を送ることができます。) 2 なし | |
| 体験入居の費用 | 一泊 13,200 円 + 食費 (朝 540 円 昼 540 円 夜 648 円) | |
| 入居定員 | 100 名 | |
| その他 | | |

5. 職員体制 【冒頭に記した記入日現在】

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | — | 1 | 0.1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | — | 1 |
| 直接処遇職員 | 33 | 28 | 5 | 31.0 |
| 介護職員 | 26 | 22 | 4 | 24.6 |
| 看護職員 | 7 | 6 | 1 | 6.4 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 2 | — | 2.0 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | — | 2.0 |
| 管理栄養士 | 1 | 1 | — | 1.0 |
| 調理員 | 9 | 7 | 2 | 8.7 |
| 事務員 | 3 | 3 | 0 | 3.0 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |
| ※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 | 1 | — | |
| 介護福祉士 | 19 | 3 | |
| 実務者研修の修了者 | 0 | — | |
| 初任者研修の修了者 | 6 | — | |
| 介護支援専門員 | 2 | — | |

(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 | — | — | |
| 理学療法士 | 1 | — | |
| 作業療法士 | 1 | — | |

| | | | |
|-------------|---|---|---|
| 言語聴覚士 | — | — | — |
| 柔道整復士 | — | — | — |
| あん摩マッサージ指圧師 | — | — | — |

(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 | 薬剤師、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 | 1 | | 12 | 2 | 1 | 0 | 1 | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 2 | 2 | | | | | | |
| 応業務に従事した職員 の経験年数に 人数 | 1年未満 | | 4 | 2 | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | 6 | | 1 | | | | 1 | |
| | 3年以上5年未満 | | 1 | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | 1 | | 5 | 2 | | | 1 | | |
| | 10年以上 | 5 | 1 | 6 | 1 | | | 1 | | 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 【表示事項】 | 1 利用権方式 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" 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 | |
| 利用料金 の改定 | 条件 | 消費者物価指数及び人件費などを勘案 |
| | 手続 | 事前通知 |

(利用料金)

月額利用料

| 項目 | スタンダード タイプ 18.94 m ² | プレミアム タイプ 2/3 25.10 m ² / 25.48 m ² | プレミアム タイプ 1 37.88 m ² | |
|-----------------|---------------------------------------|---|--|-----------|
| 家賃 (非課税) | 98,000 円 | 131,000 円 | 208,000 円 | |
| 管理費 ※1人あたり (税込) | 単身でのご入居の場合 60,500 円 | | | |
| | 夫婦でのご入居の場合 49,500 円 | | | |
| 食費 (税込) | 51,840 円 | | | |
| アフタヌーンティー代 (税込) | 3,240 円 | | | |
| 小計 | (単身) | 213,580 円 | 246,580 円 | 323,580 円 |
| | (夫婦) | 202,580 円 | 235,580 円 | 312,580 円 |

その他

| 項目 | 対象 | 費用 |
|---------|---------------|----------|
| 生活サポート費 | 自立及び要支援1の方 | 40,700 円 |
| 手厚い介護費 | 要支援2及び要介護認定の方 | 35,200 円 |

□ 介護保険利用料（自己負担）の目安【非課税】

令和元年10月1日～ 円表示

| 要介護度 | 自己負担率 | 基本 | | 加算 | | | | | | | | | 合計 |
|------|-------|--------------|--------|--------|--------|----------|--------|----------|--------------|---------------|-----------------|-------|--------|
| | | 特定施設入居者生活介護費 | 医療機関連携 | 夜間看護体制 | 入居継続支援 | 生活機能向上連携 | 個別機能訓練 | 口腔衛生管理体制 | サービス提供加算Ⅰ(イ) | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ) | | |
| | | | | | | | | | | | | 月額 | |
| 要支援1 | 1割 | 186 | 5,577 | 83 | - | - | 103 | 370 | 31 | 555 | 551 | 121 | 7,391 |
| | 2割 | 372 | 11,154 | 166 | - | - | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 1,102 | 242 | 14,782 |
| | 3割 | 558 | 16,731 | 249 | - | - | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 1,653 | 363 | 22,173 |
| 要支援2 | 1割 | 319 | 9,552 | 83 | - | - | 103 | 370 | 31 | 555 | 876 | 192 | 11,762 |
| | 2割 | 638 | 19,104 | 166 | - | - | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 1,752 | 384 | 23,524 |
| | 3割 | 957 | 28,656 | 249 | - | - | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 2,628 | 576 | 35,286 |
| 要介護1 | 1割 | 551 | 16,515 | 83 | 309 | 1,110 | 103 | 370 | 31 | 555 | 1,563 | 343 | 20,982 |
| | 2割 | 1,102 | 33,030 | 166 | 618 | 2,220 | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 3,126 | 686 | 41,964 |
| | 3割 | 1,653 | 49,545 | 249 | 927 | 3,330 | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 4,689 | 1,029 | 62,946 |
| 要介護2 | 1割 | 619 | 18,548 | 83 | 309 | 1,110 | 103 | 370 | 31 | 555 | 1,731 | 379 | 23,219 |
| | 2割 | 1,238 | 37,096 | 166 | 618 | 2,220 | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 3,462 | 758 | 46,438 |
| | 3割 | 1,857 | 55,644 | 249 | 927 | 3,330 | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 5,193 | 1,137 | 69,657 |
| 要介護3 | 1割 | 690 | 20,674 | 83 | 309 | 1,110 | 103 | 370 | 31 | 555 | 1,904 | 418 | 25,557 |
| | 2割 | 1,380 | 41,348 | 166 | 618 | 2,220 | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 3,808 | 836 | 51,114 |
| | 3割 | 2,070 | 62,022 | 249 | 927 | 3,330 | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 5,712 | 1,254 | 76,671 |
| 要介護4 | 1割 | 755 | 22,646 | 83 | 309 | 1,110 | 103 | 370 | 31 | 555 | 2,067 | 453 | 27,727 |
| | 2割 | 1,510 | 45,292 | 166 | 618 | 2,220 | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 4,134 | 906 | 55,454 |
| | 3割 | 2,265 | 67,938 | 249 | 927 | 3,330 | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 6,201 | 1,359 | 83,181 |
| 要介護5 | 1割 | 826 | 24,772 | 83 | 309 | 1,110 | 103 | 370 | 31 | 555 | 2,241 | 491 | 30,065 |
| | 2割 | 1,652 | 49,544 | 166 | 618 | 2,220 | 206 | 740 | 62 | 1,110 | 4,482 | 982 | 60,130 |
| | 3割 | 2,478 | 74,316 | 249 | 927 | 3,330 | 309 | 1,110 | 93 | 1,665 | 6,723 | 1,473 | 90,195 |

□ 対象の方のみ加算 【算定日】

| 項目 | 1割 | 2割 | 3割 | |
|--------------|----------------|------|------|------|
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 5 | 10 | 15 | |
| 退院・退所時連携加算 | 31 | 62 | 93 | |
| 看取り介護加算 | 死亡日以前4日以上30日以下 | 148 | 296 | 444 |
| | 死亡日以前2日または3日以下 | 699 | 1398 | 2097 |
| | 死亡日当日 | 1315 | 2630 | 3945 |

□ その他有料サービスについて【税込】

| | | |
|----|--------------------------|----------|
| 入浴 | 規定回数(週3回)以上希望される場合(介助付き) | 2,200円/回 |
| | (介助なし) | 770円/回 |
| 洗濯 | 規定回数(週3回)規定量以上希望される場合 | 550円/回 |
| 清掃 | 規定回数(日曜日を除く週6回)以上希望される場合 | 550円/回 |

| | | |
|---|---|------------|
| 理 美 容 | 委託先事業者による価格 | |
| 外 出 介 助 | 30分以上を要する個別的なご希望による場合 | 1,100円/30分 |
| 入 退 院 通 院 介 助 | 協力医療機関および近隣（旧高崎市の範囲）に関しましては、生活サポート費/介護費に含みます。 ※看護介護職員の同行が必要な場合 1,100円/30分 ※洗濯物の交換（週2回まで） 2,750円/回 | |
| 駐 車 場 | 普通乗用車1台分 | 5,500円/月 |
| ペ ッ ト | 保証金（入居時お預かり） | 110,000円 |
| | 管理費（環境維持費として月々） | 11,000円/月 |
| ※ ペットに関する消耗品は、別途負担いただきます。 餌、飼育器材、ペットシートなど動物病院の治療費は自己負担です | | |

※ 自立・要支援1の方に関しては、入浴（回数制限はありません）および週3回の洗濯、月曜日～土曜日の清掃、入退院・通院介助に係る費用は、生活サポート費に含みます。

※ 要支援2・要介護認定の方に関しては、週3回の入浴および洗濯、月曜日～土曜日の清掃、入退院・通院介助に係る費用は、介護費に含みます

（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 | 自立 | 要介護3 | |
| | 年齢 | 80歳 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.94㎡ | 37.88㎡ | |
| | 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 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 213,580円 | 323,580円 | |
| 家賃 | | 98,000円 | 208,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 | 食費 | 51,840円 | 51,840円 |
| | | アフタヌーンティー代 | 3,240円 | 3,240円 |
| | | 管理共益費 | 60,500円 | 60,500円 |
| | | 居室電気代 | 管理共益費に含む | 管理共益費に含む |
| 共用部分の光熱水費 | 管理共益費に含む | 管理共益費に含む | | |

（利用料金の算定根拠）

| | |
|----|---|
| 費目 | 算定根拠 |
| 家賃 | 建物の建築費、土地の賃借料、設備備品、借入利息などを基礎として1室あたりの家賃を算出した。 |

| | |
|-------|--|
| | 全居室、冷暖房エアコン、電動ベッド、トイレ、洗面台、寝具一式付。 ※ プレミアムタイプには電磁調理器付きキッチン付 |
| 敷金 | 退去時の居室クリーニング代、補修費等を考慮 |
| 管理共益費 | 居室の光熱水費、施設の共用部分の維持管理・修繕費、事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費 |
| 食費 | 食材料費及び調理に係る人件費による（朝食 540 円 昼食 540 円 夜食 648 円） アフタヌーンティー代（108 円） |

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 | 23 人 |
| | 女性 | 47 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 2 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 17 人 |
| | 85 歳以上 | 51 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 10 人 |
| | 要支援 1 | 12 人 |
| | 要支援 2 | 5 人 |
| | 要介護 1 | 17 人 |
| | 要介護 2 | 8 人 |
| | 要介護 3 | 11 人 |
| | 要介護 4 | 4 人 |
| 要介護 5 | 3 人 | |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 9 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 7 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 54 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 |
| 入居時の住所地 | 県内 | 63 人 |
| | うち施設の市町村内 | 35 人 |
| | 県外 | 7 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|--------|
| 平均年齢 | 87.9 歳 |
| 入居者数の合計 | 70 人 |
| 入居率* | 70% |

(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 | 1人 |
| | 死亡者 | 10人 |
| | その他 | 一人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 2人 |
| | | (解約事由の例) スタッフや入居者様に危害を加える恐れの為 |
| | 入居者側の申し出 | 4人 |
| | | (解約事由の例) 自宅での生活希望。 |

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・担当者の名称 | | カーサ・デ・ヴェルデ 黒沢 GM 小林 大介 |
| 電話番号 | | 027-345-5200 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | 8:30～17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称 | | 高崎市 サービス付き高齢者向け住宅担当課 |
| 電話番号 | | 027-321-1111 (代表) |
| 対応している時間 | 平日のみ | 8:30～17:15 |
| 窓口の名称 | | 高崎市 介護保険担当課 |
| 電話番号 | | 027-321-1111 (代表) |
| 対応している時間 | 平日のみ | 8:30～17:15 |
| 窓口の名称 | | 一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会 入居者様相談窓口 |
| 電話番号 | | 03-5645-3573 |
| 対応している時間 | 平日のみ | 9:00～17:00 |
| 窓口の名称 | | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 入居者様相談窓口 |
| 電話番号 | | 03-3272-3781 |
| 対応している時間 | 平日のみ | 10:00～17:00 |
| 窓口の名称 | | 群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理相談窓口 |
| 電話番号 | | 027-290-1323 |
| 対応している時間 | 平日のみ | 9:00～17:00 |
| 窓口の名称 | | 群馬県福祉サービス運営適正化委員会 受付専用電話 |
| 電話番号 | | 027-255-6669 |
| 対応している時間 | 平日のみ | 9:00～17:00 |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 一事故：100,000,000円 生産物：100,000,000円 施設所有管理者：100,000,000円 |
| | 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 事業主体の「医療安全管理マニュアル」の定めによる。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | 2019年6月 |
| | | 結果の開示 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ラ・ヴィオラ中居) | |
| | 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| (公社) 全国有料老人ホーム協会への加入 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |

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）

説明年月日 年 月 日

ご入居者様名 _____

説明者名 _____

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 |
|----------------------|----|----|--------------------|---------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーション くろさわ | 高崎市中居町4-3-25 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ステーション くろさわ | 高崎市中居町3-20-8 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 訪問看護ステーション くろさわ | 高崎市中居町3-20-8 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 黒沢病院 | 高崎市矢中町187 |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 老健くろさわ デイケア | 高崎市中居町3-19-2 |
| 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 | ヘルパーステーション くろさわ | 高崎市中居町4-3-25 |
| 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 | 訪問看護ステーション くろさわ | 高崎市中居町3-20-8 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 訪問看護ステーション くろさわ | 高崎市中居町3-18-16 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 黒沢病院 | 高崎市矢中町187 |
| 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 | 老健くろさわ デイケア | 高崎市中居町3-19-2 |
| 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 | 老健くろさわ | 高崎市中居町3-19-2 |
| 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 | | | | | 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※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 | | ○ | | | 使用する種類による |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | | | 規程回数（週3回）以上希望される場合、2,200円 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | | | 規程回数（週3回）以上希望される場合、2,200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 | | | | | 協力医療機関以外で付き添いが必要な場合、30分毎に1,080円 |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | | | 規定回数（週6回）以上希望される場合、550円 |
| 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 | ○ | ○ | | | 規定回数（週3回）以上希望される場合、550円 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | | 都度のご案内 |
| おやつ | | | なし | あり | ○ | | | | アフタヌーンティー代（108円/回） |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | | 委託先事業者による価格 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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1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 | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 協力医療機関以外（30分毎に1,100円） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 週2回まで（2,750円） |
| 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、2割又は3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。