

## 重要事項説明書

|       |                  |
|-------|------------------|
| 記入年月日 | 令和 6年 4月 1日      |
| 記入者名  | 福浦 敬             |
| 所属・職名 | ロイヤルレジデンス上平公園・所長 |

## 1. 事業主体概要

|            |                                                     |                                                           |
|------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人/法人                                               |                                                           |
|            | ※法人の場合、その種類                                         | 営利法人                                                      |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ しゃかいふくしそごうけんきゅうじよ<br>株式会社 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                                          | <a href="http://syasouken.com/">http://syasouken.com/</a> |
| 代表者        | 氏名                                                  | 秋元 孝則                                                     |
|            | 職名                                                  | 代表取締役                                                     |
| 設立年月日      | 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かみひらこうえん<br>ロイヤルレジデンス上平公園 |                                                                                                   |
| 所在地           | 〒362-0013<br>埼玉県上尾市大字上尾村1399-1            |                                                                                                   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                       | JR 高崎線 上尾駅                                                                                        |
|               | 交通手段と所要時間                                 | 上尾駅東口から朝日バス「羽貫駅前」行又は「伊奈学園」行又は「県民活動総合センター」行で約15分、「西門前」下車、徒歩6分                                      |
| 連絡先           | 電話番号                                      | 048-782-8905                                                                                      |
|               | FAX番号                                     | 048-782-8906                                                                                      |
|               | ホームページアドレス                                | <a href="http://syasouken.com/center/kamihirapark/">http://syasouken.com/center/kamihirapark/</a> |
| 管理者           | 氏名                                        | 福浦 敬                                                                                              |
|               | 職名                                        | 所長                                                                                                |
| 建物の竣工日        |                                           | 平成26年 8月 31日                                                                                      |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                           | 平成26年10月 1日                                                                                       |

**(類型)【表示事項】**

|             |                                  |            |
|-------------|----------------------------------|------------|
| 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）       |            |
| 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） |            |
| 3           | 住宅型                              |            |
| 4           | 健康型                              |            |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号                        | 1171602228 |
|             | 指定した自治体名                         | 埼玉県        |
|             | 事業所の指定日                          | 令和2年10月1日  |
|             | 指定の更新日（直近）                       | 令和2年10月1日  |

**3. 建物概要**

|              |                |                           |                           |           |       |     |
|--------------|----------------|---------------------------|---------------------------|-----------|-------|-----|
| 土地           | 敷地面積           | 3,136.75㎡                 |                           |           |       |     |
|              | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する土地            |                           |           |       |     |
|              |                | 2 事業者が賃借する土地              |                           |           |       |     |
|              |                | 抵当権の有無                    | 1 あり                      | 2 なし      |       |     |
|              |                | 契約期間                      | 1 あり<br>(平成26年10月1日～35年間) |           |       |     |
|              | 2 なし           |                           |                           |           |       |     |
|              | 契約の自動更新        | 1 あり                      | 2 なし                      |           |       |     |
| 建物           | 延床面積           | 全体                        |                           | 3,122.49㎡ |       |     |
|              |                | うち、老人ホーム部分                |                           | 3,122.49㎡ |       |     |
|              | 耐火構造           | 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                     |                           |           |       |     |
|              |                | 3 木造                      |                           |           |       |     |
|              |                | 4 その他 ( )                 |                           |           |       |     |
|              | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する建物            |                           |           |       |     |
| 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<br>(平成26年10月1日～35年間) |                           |           |       |     |
|              |                | 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<br>【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 type="checkbox"/> 無 | 19.42 m <sup>2</sup> | 10 | 介護居室個室 |
|                                                          | タイプ2                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 20.30 m <sup>2</sup> | 70 | 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                                                                                                                                                                    | 6ヶ所                                                                | うち男女別の対応が可能な便房                 | 2ヶ所                  |    |        |
|                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                    | うち車椅子等の対応が可能な便房                | 4ヶ所                  |    |        |
|                                                          | 共用浴室                                                                                                                                                                          | 5ヶ所                                                                | 個室                             | 4ヶ所                  |    |        |
|                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                    | 大浴場                            | 1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 checked="" 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                                         | <input type="checkbox"/> 1 あり                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                           |                                |                      |    |        |
| エレベーター                                                   | <input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応)<br><input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない)<br><input type="checkbox"/> 4 なし |                                                                    |                                |                      |    |        |
| 消防用設備等                                                   | 消火器                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                           | <input type="checkbox"/> 2 なし  |                      |    |        |
|                                                          | 自動火災報知設備                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                           | <input type="checkbox"/> 2 なし  |                      |    |        |
|                                                          | 火災通報設備                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                           | <input type="checkbox"/> 2 なし  |                      |    |        |
|                                                          | スプリンクラー                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                           | <input type="checkbox"/> 2 なし  |                      |    |        |
|                                                          | 防火管理者                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                           | <input type="checkbox"/> 2 なし  |                      |    |        |
|                                                          | 防災計画                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                           | <input type="checkbox"/> 2 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        | 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、自立支援を援助します。                              |
| サービスの提供内容に関する特色 | 要支援から要介護まで、ご利用者及びご家族様の希望・要望を尊重し、その方らしい生活ができるよう支援します。                                                   |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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)                        | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                |                | (II)                       | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | ADL 維持加算       | (I)                        | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                |                | (II)                       | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 夜間看護体制加算       | (I)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                | (II)                       | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 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 |
|                                | 協力医療機関連携加算     |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算 |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 科学的介護推進加算      |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 障害者等支援加算       |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | LIFE への登録      |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 退院・退所時連携加算     |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 退去時情報提供加算      |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 看取り介護加算        | (I)                        | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 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 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                         |    |
| 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                         |    |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算               | (I)            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 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 | 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<br><input type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1                  |

**(医療連携の内容)**

|                |   |                                                                                                                                                                    |                            |
|----------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input type="checkbox"/> 4 その他（ 対応可能な在宅医療の介助、服薬援助 ） |                            |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                                                                                                                                                                 | 医療法人社団三世会 久喜東クリニック         |
|                |   | 住所                                                                                                                                                                 | 久喜市青毛 4-3-12 1階            |
|                |   | 診療科目                                                                                                                                                               | 内科                         |
|                |   | 協力内容                                                                                                                                                               | 訪問診療、外来、検診、緊急時対応           |
|                | 2 | 名称                                                                                                                                                                 | 医療法人社団昌美会 西村ハートクリニック       |
|                |   | 住所                                                                                                                                                                 | 上尾市宮本町 3-2 シティタワー上尾駅前 202  |
|                |   | 診療科目                                                                                                                                                               | 内科、循環器内科、呼吸器内科、神経内科        |
|                |   | 協力内容                                                                                                                                                               | 訪問診療、外来、検診、緊急時対応           |
|                | 3 | 名称                                                                                                                                                                 | 医療法人社団碧水 みんなのあげおクリニック      |
|                |   | 住所                                                                                                                                                                 | 上尾市愛宕 1-16-15 STAGE 上尾南 5階 |
|                |   | 診療科目                                                                                                                                                               | 内科                         |
|                |   | 協力内容                                                                                                                                                               | 訪問診療、検診、緊急時対応              |
|                | 4 | 名称                                                                                                                                                                 | 木ノ内在宅クリニック                 |
|                |   | 住所                                                                                                                                                                 | 桶川市下日出谷 3-14-13            |
|                |   | 診療科目                                                                                                                                                               | 内科                         |
|                |   | 協力内容                                                                                                                                                               | 訪問診療、検診、緊急時対応              |
| 協力歯科医療機関       | 1 | 名称                                                                                                                                                                 | むらかみ歯科医院                   |
|                |   | 住所                                                                                                                                                                 | 桶川市泉 2-14-40               |
|                |   | 協力内容                                                                                                                                                               | 訪問歯科診療、歯科検診                |
|                | 2 | 名称                                                                                                                                                                 | 医療法人社団昌美会 西村ハートクリニック 歯科    |
|                |   | 住所                                                                                                                                                                 | 上尾市宮本町 3-2 シティタワー上尾駅前 202  |
|                |   | 協力内容                                                                                                                                                               | 訪問歯科診療、歯科検診                |

**(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（他の介護居室に移る場合） |
| 判断基準の内容                  | 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。                                     |

|              |                                                                                                                                                                         |                                               |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 手続きの内容       | ① 入居者の意思を確認し、書面で同意を得る。<br>② 入居者の身元引受人、連帯保証人等の意思を確認し、書面で同意を得る。<br>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。<br>④ 変更後の居室の状態、料金、介護等の内容の変更について、入居者及び身元引受人等に説明する。<br>⑤ 協力医療機関の医師の意見を聴取する。 |                                               |
| 追加的費用の有無     | 1 あり                                                                                                                                                                    | <input checked="" 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は発生しません                                                                                                                                                    |                                               |
| 前払金償却の調整の有無  | 1 あり                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし      |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減                                                                                                                                                                   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|              | 便所の変更                                                                                                                                                                   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|              | 浴室の変更                                                                                                                                                                   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|              | 洗面所の変更                                                                                                                                                                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|              | 台所の変更                                                                                                                                                                   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|              | その他の変更                                                                                                                                                                  | 1 あり                                          |
|              | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                                                |                                               |

**(入居に関する要件)**

|                    |                                                                                                                |                                          |      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------|
| 入居対象となる者<br>【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               |                                                                                                                |                                          |      |
| 契約の解除の内容           | ① 施設からの解除 (契約書第 36 条)<br>② 入居者からの解除 (契約書第 37 条)                                                                |                                          |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                           | 入居契約書第 36 条及び第 37 条                      |      |
|                    | 解約予告期間                                                                                                         | 90 日間                                    |      |
| 入居者からの解約予告期間       | 30 日間                                                                                                          |                                          |      |
| 体験入居の内容            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 6 泊 7 日まで、1 日当たり 10,000 円 [税別])<br><input type="checkbox"/> 2 なし |                                          |      |
| 入居定員               | 80 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<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|-----|----------------|
|                                                                                                  | 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                                                                                           | 34        | 19 | 15  | 30.8           |
| 介護職員                                                                                             | 31        | 16 | 15  | 27.8           |
| 看護職員                                                                                             | 3         | 3  |     | 3.0            |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1         | 1  |     | 1.0            |
| 計画作成担当者                                                                                          | 2         | 1  | 1   | 1.8            |
| 栄養士                                                                                              |           |    |     | (委託)           |
| 調理員                                                                                              |           |    |     | (委託)           |
| 事務員                                                                                              | 1         | 1  |     | 1.0            |
| その他職員                                                                                            | 3         | 0  | 3   | 2.0            |
| 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     | 9  | 5   | 4 |
| 実務者研修の修了者 | 2  | 1   | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 11 | 4   | 7 |
| 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 |  |
| 看護師又は准看護師   |    |     |  |
| 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 |    |     |  |

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

|                              |      |                 |
|------------------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 ( 17時30分 ~ 翌9時30分 ) |      |                 |
|                              | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                         | 0人   | 0人              |
| 介護職員                         | 3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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> d 3 : 1 以上 |
|                                                         | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.5 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                          |     |       |     |         |     |         |     |
|                      | 業務に係る資格等 |       | <input checked="" type="checkbox"/> 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          |          |       | 4                                                                      | 1   |       |     | 1       |     | 1       |     |
| 前年度1年間の退職者数          |          |       | 6                                                                      | 2   |       |     |         |     |         |     |
| に業務に従事した経年数に応じた職員の人数 | 1年未満     |       | 6                                                                      | 2   |       |     | 1       |     | 1       |     |
|                      | 1年以上     | 3     | 6                                                                      | 5   | 1     |     |         |     |         |     |
|                      | 3年未満     |       |                                                                        |     |       |     |         |     |         |     |
|                      | 3年以上     |       |                                                                        | 3   | 3     |     |         |     |         |     |
|                      | 5年未満     |       |                                                                        |     |       |     |         |     |         |     |
|                      | 5年以上     |       |                                                                        | 1   | 5     |     |         |     |         | 1   |
|                      | 10年未満    |       |                                                                        |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上                |          |       |                                                                        |     |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況        |          |       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】              | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                           |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【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<br>※該当する方式を全て選択                                                                                                                   | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                            |                                         |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><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<br>の改定                    | 条件                                                                                                                                       | 消費者物価指数等を勘案し、料金が不相当となった場合               |
|                                | 手続き                                                                                                                                      | 運営懇談会での意見聴取等                            |

### (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<br>況     | 要介護度                          | 要介護2                                                                 | 要介護5                                                                 |
|                | 年齢                            | 85歳                                                                  | 90歳                                                                  |
| 居室の状況          | 床面積                           | 20.30㎡                                                               | 20.30㎡                                                               |
|                | 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<br>必要な費用 | 前払金                           | 円                                                                    | 円                                                                    |
|                | 敷金                            | 210,000円                                                             | 210,000円                                                             |
| 月額費用の合計        |                               | 178,200円                                                             | 178,200円                                                             |
| 家賃             |                               | 70,000円                                                              | 70,000円                                                              |
| サービス費用         | 介護保険外※ <sup>2</sup>           |                                                                      |                                                                      |
|                | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 | 16,700円                                                              | 25,049円                                                              |
|                | 食費                            | 46,200円                                                              | 46,200円                                                              |
|                | 管理費                           | 62,000円                                                              | 62,000円                                                              |
|                | 介護費用                          | 円                                                                    | 円                                                                    |
|                | 光熱水費                          | 円                                                                    | 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)**

| 費目                   | 算定根拠                       |
|----------------------|----------------------------|
| 家賃                   | 土地・建物賃借費用の按分               |
| 敷金                   | 月額利用料及び退去時の原状回復費用の平均額等から算出 |
| 介護費用                 | 人件費、諸経費                    |
| 管理費                  | 建物の維持管理費の按分、事務部門の人件費       |
| 食費                   | 食材費及び調理にあたる人件費             |
| 光熱水費                 | 水道光熱費の按分(管理費を含む)           |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2<br>対応する職員の人件費、諸経費      |
| その他のサービス利用料          | 対応する職員の人件費、諸経費             |

**(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                       | 介護報酬告示上の額に対する介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額 |
| 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） | なし                                |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |                                   |

**(前払金の受領) ※前払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（償却年月数）                       |                   | ヶ月  |
| 償却の開始日                              |                   | 入居日 |
| 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） |                   | 円   |
| 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【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

|       |             |     |
|-------|-------------|-----|
| 性別    | 男性          | 19人 |
|       | 女性          | 56人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 2人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 2人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 19人 |
|       | 85歳以上       | 52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        | 16人 |
|       | 要介護2        | 27人 |
|       | 要介護3        | 9人  |
|       | 要介護4        | 10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    | 43人 |
|       | 5年以上10年未満   | 16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                                            | 86.7歳  |
| 入居者数の合計                                         | 75人    |
| 入居率*                                            | 93.75% |
| ※ 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     | 0人  |
|         | 社会福祉施設  | 0人  |
|         | 医療機関    | 1人  |
|         | 死亡者     | 17人 |
|         | その他     | 4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 | 4人                             |
|  |          | (解約事由の例)<br>特別養護老人ホームへの転居(金銭面) |

## 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。

|          |       |                        |
|----------|-------|------------------------|
| 窓口の名称    |       | ロイヤルレジデンス上平公園          |
| 電話番号     |       | 048-782-8905           |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00             |
|          | 土曜    | 9:00~18:00             |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~18:00             |
| 定休日      |       | なし                     |
| 窓口の名称    |       | 株式会社 社会福祉総合研究所 お客様相談係  |
| 電話番号     |       | 03-3367-2910           |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00             |
|          | 土曜    | —                      |
|          | 日曜・祝日 | —                      |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12月29日~翌年1月3日 |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県国保連合会 介護福祉課 苦情対応係   |
| 電話番号     |       | 048-824-2568 (苦情相談専用)  |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~12:00、13:00~17:00 |
|          | 土曜    | —                      |
|          | 日曜・祝日 | —                      |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、年末年始          |
| 窓口の名称    |       | 上尾市 健康福祉部 高齢介護課        |
| 電話番号     |       | 048-775-6473           |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:00             |
|          | 土曜    | —                      |
|          | 日曜・祝日 | —                      |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、年末年始          |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県福祉部 高齢者福祉課          |
| 電話番号     |       | 048-830-3245           |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:15             |
|          | 土曜    | —                      |
|          | 日曜・祝日 | —                      |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、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)<br>福祉事業者総合賠償責任保険 |
|                               | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容)<br>損害賠償金の支払い     |
|                               | 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         | 1 あり | 実施日    |           |
|                                          |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input 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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 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 2 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<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名： 等 )<br>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<br>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                                                                   |
| 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)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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                            | なし                                                                          |
| 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 \_\_\_\_\_

※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。

| 介護サービスの種類                |    |    | 事業所の名称                                                                                                                                                                                    | 所在地                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>    |    |    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 訪問介護                     | あり | なし | ・ロイヤルレジデンス川島                                                                                                                                                                              | ・埼玉県比企郡川島町大字井草97-5                                                                                                                                                                                                                          |
| 訪問入浴介護                   | あり | なし |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 訪問看護                     | あり | なし | ・ロイヤルレジデンス川島<br>・ロイヤル上尾訪問看護ステーション<br>・ロイヤルレジデンス新座訪問看護ステーション<br>・ロイヤル入間訪問看護ステーション<br>・ロイヤル三橋訪問看護ステーション<br>・ロイヤル浦和訪問看護ステーション<br>・ロイヤル加須訪問看護ステーション<br>・ロイヤル所沢訪問看護ステーション<br>・ロイヤル見沼訪問看護ステーション | ・埼玉県比企郡川島町大字井草97-5<br>・埼玉県上尾市五番町2-1<br>・埼玉県新座市野火止7丁目4-55<br>・埼玉県入間市狭山台2丁目2-17<br>・埼玉県さいたま市西区三橋6丁目1372-1<br>・埼玉県さいたま市浦和区上木崎3丁目3-11<br>・埼玉県加須市中央1丁目7-57<br>・埼玉県所沢市下安松942-1<br>・埼玉県さいたま市見沼区大字大谷390-1 ショートステイロイヤル内                              |
| 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 | ・ロイヤルレジデンス大宮<br>・ロイヤルレジデンス川島式号館<br>・ロイヤルレジデンス上尾<br>・ロイヤルレジデンス新座<br>・ロイヤルレジデンス見沼<br>・ロイヤルレジデンス東所沢<br>・ロイヤルレジデンス上平公園<br>・ロイヤルレジデンス加須<br>・ロイヤルレジデンス入間<br>・ロイヤルレジデンス浦和<br>・ロイヤルレジデンス三橋        | ・埼玉県さいたま市見沼区蓮沼75-1<br>・埼玉県比企郡川島町大字井草37-1<br>・埼玉県上尾市五番町2-1<br>・埼玉県新座市野火止7丁目4-55<br>・埼玉県さいたま市見沼区大谷388-1<br>・埼玉県所沢市下安松942-1<br>・埼玉県上尾市大字上尾村1399-1<br>・埼玉県加須市中央1丁目7-57<br>・埼玉県入間市狭山台2丁目2-17<br>・埼玉県さいたま市浦和区上木崎3丁目3-11<br>・埼玉県さいたま市西区三橋6丁目1372-1 |
| 福祉用具貸与                   | あり | なし | ・ロイヤルヘルスクア                                                                                                                                                                                | ・埼玉県所沢市旭町7-9                                                                                                                                                                                                                                |
| 特定福祉用具販売                 | あり | なし | ・ロイヤルヘルスクア                                                                                                                                                                                | ・埼玉県所沢市旭町7-9                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b> |    |    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 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 | ・ロイヤルレジデンス<br>川島                                                                                                                                                                                                                  | ・埼玉県比企郡川島町大字井草<br>97-5                                                                                                                                                                                                                                          |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし | ・ロイヤルレジデンス<br>川島                                                                                                                                                                                                                  | ・埼玉県比企郡川島町大字井草<br>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 | ・ロイヤルレジデンス<br>川島<br>・ロイヤル上尾訪<br>問看護ステーション<br>・ロイヤルレジデンス<br>新座訪問看護<br>ステーション<br>・ロイヤル入間訪<br>問看護ステーション<br>・ロイヤル三橋訪<br>問看護ステーション<br>・ロイヤル浦和訪<br>問看護ステーション<br>・ロイヤル加須訪<br>問看護ステーション<br>・ロイヤル所沢訪<br>問看護ステーション<br>・ロイヤル見沼訪<br>問看護ステーション | ・埼玉県比企郡川島町大字井草<br>97-5<br>・埼玉県上尾市五番町2-1<br>・埼玉県新座市野火止7丁目4-55<br>・埼玉県入間市狭山台2丁目2-17<br>・埼玉県さいたま市西区三橋6丁目1<br>372-1<br>・埼玉県さいたま市浦和区上木崎3<br>丁目3-11<br>・埼玉県加須市中央1丁目7-57<br>・埼玉県所沢市下安松942-1<br>・埼玉県さいたま市見沼区大字大谷<br>390-1 ショートステイロイヤル内                                  |
| 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 | ・ショートステイロイヤル                                                                                                                                                                                                                      | ・埼玉県さいたま市見沼区大谷<br>390-1                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 | ・ロイヤルレジデンス<br>大宮<br>・ロイヤルレジデンス<br>川島式号館<br>・ロイヤルレジデンス<br>上尾<br>・ロイヤルレジデンス<br>新座<br>・ロイヤルレジデンス<br>見沼<br>・ロイヤルレジデンス<br>東所沢<br>・ロイヤルレジデンス<br>上平公園<br>・ロイヤルレジデンス<br>加須<br>・ロイヤルレジデンス<br>入間<br>・ロイヤルレジデンス<br>浦和<br>・ロイヤルレジデンス<br>三橋    | ・埼玉県さいたま市見沼区蓮沼<br>75-1<br>・埼玉県比企郡川島町大字井草<br>37-1<br>・埼玉県上尾市五番町2-1<br>・埼玉県新座市野火止7丁目4-55<br>・埼玉県さいたま市見沼区大谷<br>388-1<br>・埼玉県所沢市下安松942-1<br>・埼玉県上尾市大字上尾村1399-1<br>・埼玉県加須市中央1丁目7-57<br>・埼玉県入間市狭山台2丁目2-17<br>・埼玉県さいたま市浦和区上木崎3<br>丁目3-11<br>・埼玉県さいたま市西区三橋6丁目1<br>372-1 |
| 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

## 有料老人ホーム・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 | 個別の利用料で、実施するサービス<br>（利用者が全額負担）                 |    |    |    | 包含 <sup>※2</sup> | 都度 <sup>※2</sup> | 料金 <sup>※3</sup> | 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 <sup>※1</sup> ） |    |    |    |                  |                  |                  | 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 |                  |                  |                  |     | 実費負担                                                                                                                                                 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                             | あり | なし | あり |                  |                  |                  |     | 週 2 回までの入浴介助（清拭）・特浴介助は、特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、それ以上の入浴介助（清拭）は 1 回当たり 2,750 円/30 分。特浴介助希望の場合は介助者 2 名を要する為、1 回当たり 4,400 円で、浴室利用 1 回当たり 440 円も必要となります。 |
| 特浴介助                             | なし                                             | あり | なし | あり |                  |                  |                  |     |                                                                                                                                                      |
| 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 |                  |                  |                  |     | 協力医療機関への通院介助は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、協力医療機関以外の医療機関の通院介助は 1 時間 3,300 円となります。                                                                         |
| 生活サービス                           |                                                |    |    |    |                  |                  |                  |     |                                                                                                                                                      |
| 居室清掃                             | なし                                             | あり | なし | あり |                  |                  |                  |     | 週 1 回の清掃は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、それ以上の居室清掃希望の場合は 1 回当たり 2,750 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 |                  |                  |                  |     | 週 1 回のリネン交換は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、それ以上のリネン交換希望の場合は 1 回当たり 550 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 |                  |                  |                  |     | 週 3 回の日常の洗濯は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、それ以上の日常の洗濯希望の場合は 1 回当たり 990 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 |                  |                  |                  |     | 食堂内配膳を原則とします。ただし、体調不良等により止むを得ない場合は居室に配膳します。                                                                                                          |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                                |    | なし | あり |                  |                  |                  |     | 実費負担                                                                                                                                                 |
| おやつ                              |                                                |    | なし | あり |                  |                  |                  |     | (15 時のおやつは食費に含まれます。)                                                                                                                                 |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                                |    | なし | あり |                  |                  |                  |     | 実費負担                                                                                                                                                 |
| 買い物代行                            | なし                                             | あり | なし | あり |                  |                  |                  |     | 週 1 回の買い物代行（通常の利用区域）は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、それ以上の買い物代行（通常の利用区域）希望の場合は 1 回当たり 2,200 円のサービス利用料となります。また、通常の利用区域以外への買い物代行は 1 回当たり 2,200 円/1 時間。        |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |  | 協力医療機関等にて年2回受診の機会を設けます。<br>実費負担。                                                             |
| 健康相談             | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |  |  |  |                                                                                              |
| 生活指導・栄養指導        | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |  |  |  |                                                                                              |
| 服薬支援             | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |  |  |  |                                                                                              |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | あり                                     |  |  |  |                                                                                              |
| 入退院時・入院中のサービス    |                                        |                                        |    |                                        |  |  |  |                                                                                              |
| 移送サービス           | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |  | 1時間 3,300円                                                                                   |
| 入退院時の同行          | なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |  | 協力医療機関への入退院時の同行は特定施設入居者<br>生活介護費で実施するサービスに含み、協力医療機関<br>以外の医療機関への入退院時の同行は1時間 3,300円<br>となります。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |  |                                                                                              |
| 入院中の見舞い訪問        | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |  |  | 入院中の状況に応じて見舞い訪問をします。                                                                         |

※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。