

平田ケアレジデンス翔裕館

介護付き有料老人ホーム

重要事項説明書

株式会社サンガジャパン



## 重要事項説明書

記入年月日	2022/7/1
記入者名	佐藤 裕子
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしやさんがじゃぱん 株式会社サンガジャパン	
主たる事務所の所在地	〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9	
連絡先	電話番号	048-614-1541
	FAX番号	048-614-1552
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	神成 裕介
	職名	代表取締役
設立年月日		
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) ひらたけあれじでんすしょうゆうかん 平田ケアレジデンス翔裕館
所在地	〒522-0041 滋賀県彦根市平田町1114-1

主な利用交通手段	最寄駅	彦根駅
	交通手段と所要時間	J R彦根駅から湖国バス三津屋線 ベルパーク平田下車（所要時間9分） 下車後、徒歩5分
連絡先	電話番号	0749-21-2881
	FAX番号	0749-21-2883
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	佐藤 裕子
	職名	管理者
建物の竣工日		平成25年6月1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和3年1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	2590200362
	指定した自治体名	彦根市
	事業所の指定日	令和3年1月1日
	指定の更新日（直近）	令和8年12月31日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1230.54㎡	
	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 (2013年6月1日～2038年5月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2023.80㎡
		うち、老人ホーム部分	611.31㎡
	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（S造 地上3階）				
	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 (2013年6月1日～2038年5月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	15.508 m <sup>2</sup>	4	
	タイプ2	有/無	有/無	15.952 m <sup>2</sup>	2	
	タイプ3	有/無	有/無	16.202 m <sup>2</sup>	2	
	タイプ4	有/無	有/無	16.186 m <sup>2</sup>	12	
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
リフト浴			1ヶ所			
ストレッチャー浴			0ヶ所			
その他（ ）			0ヶ所			
食堂	① あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	① あり      2 なし
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) ② あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし
消防用設備等	消火器	① あり      2 なし
	自動火災報知設備	① あり      2 なし
	火災通報設備	① あり      2 なし
	スプリンクラー	① あり      2 なし
	防火管理者	① あり      2 なし
	防災計画	① あり      2 なし
その他		

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	常に愛情と敬意をもって利用者の自立を助け、利用者一人一人のニーズと意思を尊重した支援を行います
サービスの提供内容に関する特色	利用者の自立を支援し、家庭的な雰囲気でご過ごせるよう支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	① 自ら実施    2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施    2 委託    3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施    2 委託    3 なし

##### (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	個別機能訓練加算	1 あり    ② なし	
	夜間看護体制加算	1 あり    ② なし	
	医療機関連携加算	① あり    2 なし	
	看取り介護加算	1 あり    ② なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり    ② なし
		(Ⅱ)	1 あり    ② なし
	サービス提 供体制強化	(Ⅰ)イ	1 あり    ② なし
(Ⅰ)ロ		1 あり    ② なし	

	加算	(Ⅱ)	1 あり ② なし
		(Ⅲ)	1 あり ② なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	② なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団五心会 ひらたクリニック
		住所	彦根市平田町448-1
		診療科目	内科・外科
		協力内容	往診による日常的な健康管理
	2	名称	医療法人 中西医院
		住所	彦根市芹橋2-9-14
		診療科目	内科
		協力内容	必要時の診察
協力歯科医療機関		名称	医療法人 悠悠会 いそクリニック
		住所	米原市磯1729-1
		協力内容	必要時の診察

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり ② なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり ② なし	
	便所の変更	1 あり ② なし	
	浴室の変更	1 あり ② なし	
	洗面所の変更	1 あり ② なし	

	台所の変更	1 あり ② なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		② なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり ② なし
	要支援の者	1 あり ② なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	無し	
契約の解除の内容	入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合、他	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 30 条
	解約予告期間	0 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	① あり (内容: 1 泊 5,000 円 (税別) 3 食おやつ付、入浴 1 回 ) 2 なし	
入居定員	20 人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.1
生活相談員	2	1	1	1.0
直接処遇職員	15	6	9	9.7
介護職員	15	12	3	8.5
看護職員	3	1	2	1.9
機能訓練指導員	1	0	1	0.3
計画作成担当者	1	0	1	0.3
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0



その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>				

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	5	3	2
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	1	0	1
介護支援専門員	1	0	1

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	4	1	3
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 16時～ 9時)		
	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	1人	1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	契約上の職員配置比率 <sup>※</sup> <b>【表示事項】</b>	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上
-------------------------------	--	--

(一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料 老人ホームの介護サービス提供体制(外部 サービス利用型特定施設以外の場合、本欄 は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
		② なし									
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の 採用者数		0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の 退職者数		0	2	1	1	0	0	0	0	0	0
応じた 業務に 従事 した 職員 の 人数	1年未満	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし						

**6. 利用料金**

**(利用料金の支払い方法)**

居住の権利形態 【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式	1 全額前払い方式

【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	① 減額なし 2 日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	物価の変動や人件費の増額、または厚生労働省による介護報酬改定時
	手続き	利用者に通知し書面で同意（署名捺印）をいただきます

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度	要介護3	要介護4	
	年齢	90歳	86歳	
居室の状況	床面積	16.186 m <sup>2</sup>	15.508 m <sup>2</sup>	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	420,000円	420,000円	
月額費用の合計		224,476円	226,668円	
家賃		70,000円	70,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	22,976円	25,168円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	58,500円	58,500円
		共益費	56,500円	56,500円
		管理費（税別）	15,000円	15,000円
		介護費用	0円	0円
		受信料等	0円	0円
その他	0円	0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	近隣の共同住宅家賃に入居一時金相当分を加算して算定
敷金	家賃の 6ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	設備その他共用部分の維持及び管理費
管理費 (税別)	共用部及び専用居室の水道光熱費等
食費	朝食500円、昼食650円、夕食600円、おやつ200円
受信料等	なし
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	なし

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	別添2参照
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)	無し
※ 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	7人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	6人
	要介護3	8人
	要介護4	4人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	88.6歳
入居者数の合計	20人
入居率※	100%
※ 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	1人
	医療機関	5人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	4人
		(解約事由の例) 医療機関への入院が長期化するため

## 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	平田ケアレジデンス翔裕館	(株)サンガジャパン西日本支社	
電話番号	0749-21-2881	075-256-8700	
対応している時間	平日	9:00-17:00	9:00-17:00
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日	土日祝日	土日祝日	
窓口の名称	彦根市高齢福祉課	滋賀県国民健康保険団体連合会	
電話番号	0749-24-0828	077-522-0065	
対応している時間	(平日) 8:30-17:15	(平日) 9:00-17:00	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保による賠償責任保険に加入
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 当施設で発生した事故については速やかに損害を賠償します
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度) 年 1 回
	<input type="radio"/> 2 なし
	<input type="radio"/> 1 代替措置あり (内容)
	<input type="radio"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="radio"/> 2 なし
【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 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
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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし

合致しない事項がある場合の内容	
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	無し
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による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。



別添 1 事業主体が滋賀県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	平田訪問介護ステーション真やかな風 かたした訪問介護ステーション	彦根市平田町448-1 大津市本堅田6-31-29
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	かすがや生デイサービス 琵琶湖大橋デイサービス	大津市本堅田6-16-8 大津市本堅田4-4-18
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	平田ケアホテル 舞船館 琵琶湖大橋ケアホテル 瀬田大江ケアホテル 舞船館	彦根市平田町1114-1 大津市本堅田4-4-21 大津市瀬田大江町32-19
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
地域密着型通所介護	あり	なし	まおごまデイサービス真やかな風	大津市雄琴3-1-7
認知症対応型通所介護	あり	なし	平田デイサービス真やかな風	彦根市平田町1114-1
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	平田小規模多機能ホーム真やかな風	彦根市平田町1114-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ひらたグループホーム 舞船館	彦根市平田町448-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	平田ケアレジデンス 舞船館	彦根市平田町1114-1
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	平田ケアプラザセンター真やかな風 琵琶湖大橋ケアプラザセンター	彦根市平田町1114-1 大津市本堅田4-4-21
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問相当サービス	あり	なし	平田訪問介護ステーション真やかな風 かたした訪問介護ステーション	彦根市平田町448-1 大津市本堅田6-31-29
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所相当サービス	あり	なし	かすがや生デイサービス まおごまデイサービス真やかな風 琵琶湖大橋デイサービス	大津市本堅田6-16-8 大津市雄琴3-1-7 大津市本堅田4-4-18
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	平田ケアホテル 舞船館 琵琶湖大橋ケアホテル 瀬田大江ケアホテル 舞船館	彦根市平田町1114-1 大津市本堅田4-4-21 大津市瀬田大江町32-19
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		

＜地域密着型介護予防サービス＞			
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	平田デイサービス東やかな里 彦根市平田町 1 1 1 4 - 1
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	平田小規模多機能ホーム東やかな里 彦根市平田町 1 1 1 4 - 1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ひらたグループホーム碧野館 彦根市平田町 4 4 8 - 1
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							あり	
	特定施設入居者生活介護サービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3（税別）	備考
	なし	あり	なし	あり				
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	○			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	1,500/回	週3回目以降
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	3,500/回	週3回目以降
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	○	○	2,000/回	2時間未満、協力医療機関はサービス包含、協力医療機関以外は都度
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			週1回
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	500/回	週1回交換 週1回目以降
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		500/回	週1回目以降
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	
おやつ			なし	あり		○	200/回	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○		彦根市全域は包含、左記外は要相談
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	1,000/時	
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○	○	2,000/回	2時間未満、但し協力医療機関外
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	○	2,000/回	2時間未満、但し協力医療機関外
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○		1,000/回	洗濯2回/週、 買い物1回/週
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		1,000/回	週2回以上

※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、また、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。

別添 3

地域密着型特定施設入居者生活介護（介護保険対象サービス利用料）

(1) 家賃、共益費、管理費

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	内 容
家 賃	70,000 円					ご契約頂いたお部屋の部屋代
管 理 費	15,000 円（税別）					ご契約頂いたお部屋の水道光熱費
共 益 費	56,500 円					共用部の維持管理費・各種サービス及び事務管理部門の人件費
合 計(1)	141,500 円					※共益費、別途消費税あり

※月の途中での入退居については、「家賃・共益費・管理費」共に日割り計算となります。

■日割計算式：1ヶ月30日として日割計算します

(2) 介護サービス基本単位（料金）

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	備考
基本単位(1日)	542	609	679	744	813	1ヶ月（30日として算定）あたりの自己負担額の目安
医療機関連携加算	上記基本単位に1月80単位を加算					
処遇改善加算(I)	上記基本単位に「8.2%」を加算					
特定処遇改善加算(II)	上記基本単位に「1.2%」を加算					
(2)負担割合 1割	18,359 円	20,617 円	22,976 円	25,168 円	27,494 円	
(3)負担割合 2割	36,718 円	41,234 円	45,952 円	50,336 円	54,988 円	
(4)負担割合 3割	55,076 円	61,851 円	68,928 円	75,503 円	82,482 円	

■自己負担額(2)(3)(4)には、地域加算と処遇改善加算を含みます。

■地域加算：彦根市＝6級地 1単位＝10.27円

■医療機関連携加算 1月80単位

■介護職員処遇改善加算(I) 介護サービス基本単位に 8.2%加算

■介護職員等特定処遇改善加算(II) 介護サービス基本単位に 1.2%加算

■介護職員等ベースアップ等支援加算 介護サービス基本単位に 1.5%加算

※自己負担額の計算式(30日で算定)

①(基本単位(1日)×30日+医療連携体制加算80)+総単位×8.2%＝1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)

②上記①で得た1ヶ月の単位数×10.27円＝1ヶ月の介護報酬額(小数点第一位を切り捨て)

③上記②で得た1ヶ月の介護報酬額×90%or80%or70%＝介護保険負担額(小数点第一位を切り捨て)

④上記②－上記③＝自己負担額

(3) 食事代

お食事代は、召し上がられた分のみの実費負担となります。

・朝食：500円・昼食：650円・夕食：600円

・おやつ：200円 [1日の金額：1,950円]

1ヶ月あたりの目安 (30日として算定)	58,500円
-------------------------	---------

(4) 医療費、おむつ代、消耗品等 実費

(5) 敷金 420,000円(月額家賃の6ヶ月分)

\*退居時に全額返金いたします。但し、居室の原状回復費や残債務がある場合には、差引の上返金いたします。

令和 年 月 日

当事業所の地域密着型特定施設入居者生活介護サービスについて、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9

名称 株式会社サンガジャパン

説明者 事業所名 平田ケアレジデンス翔裕館

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、本書面に基づいて、事業者から地域密着型特定施設入居者生活介護サービスについての重要な事項の説明を受けました。

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(続柄: \_\_\_\_\_)

