

カーサ・デ・ヴェルデ黒沢 重要事項説明書

記入年月日	令和6年 2月5日
記入者名	小林 大介
所属・職名	CEO

1. 事業主体概要

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

2. 有料老人ホーム事業の概要

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

管理者	氏名	小林 大介
	職名	CEO
建物の竣工日		平成 30 年 7 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30 年 9 月 2 日

【類型】【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	1070206675
	指定した自治体名	群馬（高崎）県（市）
	事業所の指定日	平成 30 年 9 月 1 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	6,188.04 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年5月11日～2046年5月11日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	5,307.36 m ²
		うち、老人ホーム部分	5,307.36 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
4 その他（ ）			
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物（普通賃借 ・ 定期賃借）		

		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室（縁故者居室含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・ 室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.94 m ²	90	「一般居室個室」
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.14~25.48 m ²	3	「一般居室個室」
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	37.88 m ²	7	「一般居室個室」	

※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における 便房	11ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所
	共用浴室	12ヶ所	個室	10ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
緊急通報装置等	居室 ① あり 2 一部あり 3 なし	便所 ① あり 2 一部あり 3 なし	浴室 ① あり 2 一部あり 3 なし	その他 () 1 あり 2 一部あり ③ なし
その他				

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様及び来訪者様が快適で心身とも充実、安定した生活を営むことに資するとともに、住宅の良好な生活環境を確保することに努めます。
サービスの提供内容に関する特色	24時間スタッフ常駐。 黒沢病院、黒沢病院附属ヘルスパーククリニックをはじめとする関連医療機関、健康増進施設、介護施設との連携。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 ② 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(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 ※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算 (II)」は、「協力医療機関連携	入居継続支援加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	1 あり ② なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	① あり 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	① あり 2 なし
		(II)	1 あり ② なし
	個別機能訓練加算	(I)	① あり 2 なし
		(II)	1 あり ② なし
	夜間看護体制加算	(I)	① あり 2 なし

加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算（※2）			1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算			1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算			<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
退居時情報提供加算			<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
看取り介護加算	(Ⅰ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	(Ⅱ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅱ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	(Ⅱ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
新興感染症等施設療養費			<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	(Ⅱ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅱ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	(Ⅲ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
介護職員等处遇改善加算	(Ⅰ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	(Ⅱ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅲ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅳ)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅴ) (1)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅴ) (2)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅴ) (3)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅴ) (4)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅴ) (5)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	(Ⅴ) (6)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
(Ⅴ) (7)		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし	

		(V) (8)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (9)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (10)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (11)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (12)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (13)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (14)	1 あり <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	黒沢病院	
		住所	群馬県高崎市矢中町 187	
		診療科目	泌尿器・泌尿器科 (人口透析)・脳神経外科・外科・消化器外科・乳腺外科・整形外科・内科・循環器内科・呼吸器内科・肝臓内科・内視鏡内科・アレルギー科・婦人科・皮膚科・美容皮膚科・リハビリテーション科・麻酔科・歯科・歯科口腔外科・放射線科	
		協力科目	健康管理・訪問診療・往診・夜間受診・入院	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	2	名称	黒沢病院附属ヘルスパーククリニック	
	住所	群馬県高崎市矢中町 188		
	診療科目	泌尿器科・泌尿器科 (人工透析)・脳神経外科・外科・消化器外科・乳腺外科・整形外科・内科・循環器内科・呼吸器内科・肝臓内科・内視鏡内科・アレルギー内科・婦人科・皮膚科・美容皮膚科・リハビリテーション科・麻酔科・歯科・歯科口腔外科・放射線科		

		協力科目	健康管理・往診
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
	医療機関の名称	黒沢病院	
	医療機関の住所	群馬県高崎市矢中町 187	
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	黒沢病院附属ヘルスパーククリニック 歯科
		住所	群馬県高崎市矢中町 188
		協力内容	口腔ケア・往診・介護職員に対する口腔ケア指導

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	本人希望又はケアサービス状況により自立度の高いエリアから要介護度の高いエリアに移動等	
手続きの内容	居室調整し、入居者、身元保証人へ移動後の居室、サービスの内容等の説明を行い、同意を得てから移動する。カーサ・デ・ヴェルデ黒沢賃貸借契約書の別紙(居室移動に関する覚え書)を記載し提出する。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし ただし、本人希望の場合は全室のクリーニング代または居室タイプの変更により、居室費用の増減あり	
居室利用権の取扱い		
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり

	2 なし
--	------

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	入居時概ね 65 歳以上で、自立又は要支援、要介護 1～5 の方が対象。	
契約解除の内容	① 入居者が死亡した場合。 ② 入居者、または事業者から解除した場合。 ※入居契約書 第 24 条 (契約の終了) に定める。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書の 24 条による。
	解約予告期間	2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:) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員		100 人
その他		

5. 職員体制

従業者の職務内容

(1) 管理者 CEO	当ホームの従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
(2) ホスピタリティ課	看護職員: 看護、健康管理に関する業務など 介護職員: 介護全般に関する業務など 機能訓練指導員: リハビリテーション、レクリエーションに関する業務など
(3) ミール課	食事に関する業務など
(4) マネジメント課	生活相談員: 生活相談支援業務など 介護支援専門員: ケアプラン作成など 事務職員: 施設全般の運営に関わる業務、経理など

(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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	48	37	11	45.1
介護職員	41	31	10	38
看護職員	7	6	1	6.2
機能訓練指導員	3	3		3
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	11	2	9	4.15
事務員	2	2		2
その他職員	0		0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				58.6
<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	4	4	0
介護福祉士	28	26	2
実務者研修の修了者	3	0	3
初任者研修の修了者	8	4	4
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0

理学療法士	2	2	0
作業療法士	1	1	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
はり師	0	0	0
きゅう師	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 00分～ 9時 30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	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		

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	0	2	0	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0
応じた業務に従った職員の状況	1年未満	0	0	3	0	1	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	8	5	0	0	1	0	0

人数	事 し た 経 験 年 数 に	3年以上 5年未満	1	0	11	1	0	0	0	0	0	0
		5年以上 10年未満	2	0	6	0	0	0	1	0	1	0
		10年以上	5	1	6		0	0	1	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数及び人件費などを勘案
	手続	事前通知

(月払い費用及び使用料一覧表)

内容	料金
家賃	・スタンダードタイプ 月額 98,000 円
	・プレミアムタイプ① 月額 131,000 円
	・プレミアムタイプ② 月額 208,000 円

	<p>冷暖房エアコン・電動ベッド・温水洗浄便座つきトイレ・化粧洗面台・寝具一式付</p> <p>プレミアムタイプは電磁調理器付きキッチンを備える</p>
管理費	<ul style="list-style-type: none"> ・月額 69,600 円 (単身) 56,925 円 (夫婦) 各タイプ共通・1人あたり 居室の光熱水費・施設の共有部分の維持管理・修繕費・事務管理部門・生活相談支援サービスの人件費・事務費に充てられます。
食費	<ul style="list-style-type: none"> ・月額 72,270 円 (1ヶ月を30日とした計算) 日額 2,409 円 (朝食 748 円・昼食 748 円・夕食 913 円) 食材料費および調理に係る厨房運営費に充てられます。
アフタヌーンティー代	<ul style="list-style-type: none"> ・月額 4,620 円 (1ヶ月を30日とした計算)
公共料金等	<ul style="list-style-type: none"> ・電気・水道・ガスの使用量は管理費に含まれます。
敷金	<ul style="list-style-type: none"> ・家賃の1ヶ月分 (退去時に居室清掃代を除いて返却)
電話料	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内の固定電話を使用した際には、実費にてご負担お願いいたします。 ・固定電話 10 円/3 分 ・携帯電話 50 円/3 分
その他 生活サポート費	<ul style="list-style-type: none"> ・月額 46,805 円 対象:自立及び要支援1の方 内容:年1回の人間ドック費用・健康相談費用・洗濯代 (週3回)・居室清掃代 (週6回)・ジムエリア使用料
手厚い介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・月額 40,480 円 対象:要支援2及び要介護認定の方 内容:人員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付 (利用者負担分を含む) による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいた費用 (要介護者2.5人に対し、週40時間換算で介護・看護職員1人以上) ・次に挙げる電化製品は10月～3月までの間料金が発生します。電気毛布 (月660円)・電気アンカ (月330円)・電気カーペット (月4,950円)
ご入居者様向け有料サービス	
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・規定回数 (週3日) 以上希望される場合 ・介助付き 2,200 円/回 ・介助なし 770 円/回
洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ・規定回数 (週3回)・規定数量以上希望される場合/1回量が規定より多い 660 円/回 ・想定外の洗濯物 (汚染したもの) 300 円/回

	・ドライクリーニングの場合	実費
清掃	・規定回数（日曜日を除く週6回）以上で希望される場合	550 円/回
おむつ代	・実費	
機能訓練	・訪問個別トレーニング	週 2 回 1 回 2,090 円/20 分
	・小グループ運動レッスン	1 回 858 円/回
受診介助（協力医療機関以外）	・1,430 円/30 分	
受診送迎（旧高崎市外・前橋市等の場合）	1,430 円/30 分	
外出介助	・1,430 円/30 分	
理美容師による理美容サービス	・実費	
ValeoPro ANNEX	・6,380 円/月（要支援 2 及び要介護認定の方	ただし、入会に審査あり）
ペット	・保証金 110,000 円（預り金）	・管理費 11,000 円/月
駐車場代	普通乗用車 1 台分	5,500 円/月

□介護報酬基本単位数と加算給付 2024年6月1日～円表示

介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬/単位	183単位/日	313単位/日	542単位/日	609単位/日	679単位/日	744単位/日	813単位/日

加算/ 単位	個別機能訓練加算I		12単位/日
	専従の機能訓練指導員が、必要な利用者ごとに目標・実施方法・評価等を含む個別機能訓練計画書に基づき、個別機能訓練を行うための管理機関に係る個別加算です。		
	夜間看護体制加算I		18単位/日
	常勤の看護師を1名以上配置し、責任者を定める事や夜勤の看護師が1名以上おり、必要に応じて健康管理等を行う対応を定め、重度時の対応が家族の同意がある場合に応じた加算です		
	サービス提供体制強化加算II		18単位/日
	手厚い介護体制の確保を推進する観点から創設されたもので、介護福祉士の配置要件（6割以上）に応じた加算です。		
	協力医療機関連携加算		100単位/月
	特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有をおこなう加算です。		
	生活機能向上連携加算I		100単位/月
	医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が当ホームを訪問し、機能訓練指導員等と共同して入居者毎に個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている個別加算です。		
	科学的介護推進体制加算		40単位/月
	科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを推進する加算です。		
	高齢者施設等感染対策向上加算		10単位/月
	施設内で感染者が発生した際に、感染者の対応をおこなう医療機関と連携があり、療養を行う事や他の入所者に感染拡大を防止する加算です。		
	生産性向上推進体制加算		100単位/月
	CT等のテクノロジーを導入し、利用者の安全や介護サービスの質の向上の確保及び職員の負担軽減を目的とした加算であり、業務改善を継続的に行う事で評価を行う加算です。		
	ADL維持等加算I（要介護のみ）		30単位/月
	評価対象者全員の評価対象利用期間初月と当該月の翌月から六カ月目にADLを評価し、評価月に厚生労働省に当該測定結果を報告する加算です。		
	介護職員等処遇改善加算I		24.5%
	介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に一定率を乗じる体制加算です。		
※退院・退所時連携加算の給付（要介護者のみ）		30単位/日	
病院・介護老人保健施設又は介護医療院から入居されてきた場合、もしくは30日を超えて（31日以上）病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設もしくは介護医療院への入所後に再び当ホームへ入居された場合は、入居・再入居した日から30日間算定する個別加算です。			
※看取り介護加算の給付		45日前	
老衰や疾病の回復の見込みがないと診断された方を、医師や看護師など多職種と連携をとって介護施設で看取りをする場合に加算		当日	

※①他院・退所時連携加算（30日間30単位）と看取り介護加算は要件に該当する場合に算定します

※②処遇改善加算に関しては実績にて試算

□介護保険利用料の目安 ※高崎市 1単位の単価：10.27円

介護度		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計 月(30日) (加算費含む)	1割	7,694	12,161	20,599	22,900	25,303	27,538	29,908
	2割	15,388	24,322	41,198	45,800	50,606	55,076	59,816
	3割	23,082	36,483	61,797	68,700	75,909	82,614	89,724

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	自立	要介護3(負担割合1割)	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.94㎡	37.88㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		286,675円	415,690円	
家賃		98,000円	208,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の自己負担	円	25,340円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	72,270円	72,270円
		管理費	69,600円	69,600円
		上乗せサービス	46,805円	40,480円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他	円	円	

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の1ヶ月分 退居時のカーテン・エアコン・居室クリーニング代、修繕費等を考慮
家賃	建物の建築費、土地の賃借料、設備備品、借入利息などを基礎として1室あたりの家賃を算出した。 全居室、冷暖房エアコン、電動ベット、トイレ、洗面台、寝具一式付。 ※プレミアムタイプには電磁調理器付きキッチン付
特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担	要介護度別に1日あたりの報酬算定
管理費	居室の光熱水費、施設の共用部分の維持管理・修繕費・事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費
食費	食材料費及び調理に係る人件費による(朝食748円 昼食748円 夜食913円) アフタヌーンティー代(126円)
特定施設入居者生活介護 [※] における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乗せサービス)	職員配置2.5:1の人員配置
その他のサービス利用料	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一覧表・受診代・雑費等

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	28人
	女性	71人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	15人
	85歳以上	82人
要介護度別	自立	13人
	要支援1	5人
	要支援2	7人
	要介護1	16人
	要介護2	22人
	要介護3	10人
	要介護4	15人
	要介護5	11人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	60人
	5年以上10年未満	23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	90歳6ヶ月
入居者数の合計	99人
入居率※	99%
※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	1人
	社会福祉施設	4人

	医療機関	1人
	死亡	14人
	その他	0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	3人
		(解約事由の例) ご家族の自宅に近い施設を希望されたため

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)

窓口の名称		カーサ・デ・ヴェルデ黒沢 施設長 小林大介
電話番号		027-345-5200
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	8:30～17:30
	日曜・祝日	8:30～17:30
定休日		なし
窓口の名称		高崎市 サービス付き高齢者向け住宅担当課
電話番号		027-321-1111 (代表)
対応している時間	平日のみ	8:30～17:15
窓口の名称		高崎市 介護保険担当課
電話番号		027-321-1111 (代表)
対応している時間	平日のみ	8:30～17:15
窓口の名称		一般財団法人 全国介護付きホーム協会 入居者様相談窓口
電話番号		03-6812-7110
対応している時間	平日のみ	10:00～17:00
窓口の名称		群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理相談窓口
電話番号		027-290-1323
対応している時間	平日のみ	9:00～17:00
窓口の名称		群馬県福祉サービス運営適正化委員会 受付専用電話
電話番号		027-255-6669

対応している時間	平日のみ	9:00～17:00
----------	------	------------

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 一事故：100,000,000円 生産物：100,000,000円 施設所有管理者：100,000,000円
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事業主体の「医療安全管理指針」の定めによる。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2024年11月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <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 1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（提携ホーム名：ラ・ヴィオラ中居） 2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

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 年 月 日

説明者署名

重要事項説明書について説明を受け、同意し受領します(氏名)

(続柄)

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	ヘルパー ステーション くろさわ	高崎市中居町 4-3- 25
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	訪問看護 ステーション くろさわ	高崎市中居町 3- 20-8
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	訪問看護 ステーション くろさわ	高崎市中居町 3- 20-8
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	黒沢病院	高崎市矢中町 187
通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	老健くろさわ デイケア	高崎市中居町 3- 19-2
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	訪問看護 ステーション くろさわ	高崎市中居町 3- 20-8
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	訪問看護 ステーション くろさわ	高崎市中居町 3- 20-8
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	黒沢病院	高崎市矢中町 187

介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	老健くろさわデイケア	高崎市矢中町3-19-2
介護予防短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・ <input checked="" type="checkbox"/> 近接	老健くろさわ	高崎市中居町3-19-2
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接		
通所型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接		

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						なし	あり	備 考	
	特定施設入居者生活介護費 で、実施するサービス（利用 者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			包含※2	都度※2		料金※3
	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		○		使用する種類による	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○		規定回数（週3回）以上希望される場合、2,200円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○		規定回数（週3回）以上希望される場合、2,200円	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
受診介助	なし	あり	なし	あり				前橋・高崎市外の医療機関に看護受診同行の場合 30分 1,430円 (送迎費 30分 1,430円)	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり					
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○		規定回数（週6回）以上希望される場合、550円	
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○		規定回数（週3回）以上希望される場合/1回量が規定より多い場合 660円/回 想定外の洗濯物(汚染した物) 300円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		都度のご案内	
おやつ			なし	あり	○			アフタヌーンティー代（154円/回）	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		委託先事業者による価格	
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること	
外出介助	なし	あり	なし	あり				職員1名 30分/1,430円	
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり				年1回	
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	なし	あり	なし	あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					
入退院時・入院中のサービス									
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		協力医療機関以外（30分毎に1,430円）	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○		週2回まで（2,750円）	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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。