

## 重要事項説明書

Ver 1.1

|           |                |
|-----------|----------------|
| 記入年月日     | 2023 年 7 月 1 日 |
| 記入者名      | 小林 雄一          |
| 所属・職名     | サニーライフ西川口 支配人  |
| 取込種別      | 1 追加           |
| 被災確認事業所番号 |                |

### 1 事業主体概要

|            |   |                                    |
|------------|---|------------------------------------|
| 種類         | 2 法人  |                                    |
|            | ※法人の場合、その種類                                     | 5 営利法人                             |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきかいしゃ かわしまコーポレーション<br>株式会社 川島コーポレーション |                                    |
| 法人番号       | 法人番号有無  | 1 有                                |
|            | 法人番号  | 2040001050435                      |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 292 - 1161                                    |                                    |
|            | 千葉県君津市東猪原248番地2                                 |                                    |
| 連絡先        | 電話番号  | 0439 - 37 - 3600                   |
|            | FAX番号   | 0439 - 37 - 3603                   |
|            | メールアドレス   | @                                  |
|            | ホームページ有無  | 1 有                                |
|            | ホームページアドレス                                      | https:// www.sunnylife-group.co.jp |
| 代表者        | 氏名  | 川島 輝雄                              |
|            | 職名  | 代表取締役                              |
| 設立年月日      | 1990 年 9 月 17 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) ゆうりょうろうじんほーむ さにーらいふにしかわぐち<br>有料老人ホーム サニーライフ西川口 |
|----|---|

|               |                   |                                     |                              |            |   |      |   |
|---------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------|---|------|---|
| 所在地           | 〒 332 - 0021      |                                     |                              |            |   |      |   |
|               | 埼玉県川口市西川口4丁目16番5号 |                                     |                              |            |   |      |   |
| 所在地（建物名等）     |                   |                                     |                              |            |   |      |   |
| 市区町村コード       | 都道府県              | 埼玉県                                 | 市区町村                         | 112038 川口市 |   |      |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅               | 西川口 駅                               |                              |            |   |      |   |
|               | 交通手段と所要時間         | 『西川口駅』西口より徒歩11分（約900m）              |                              |            |   |      |   |
| 連絡先           | 電話番号              | 048                                 | -                            | 259        | - | 3600 |   |
|               | FAX番号             | 048                                 | -                            | 259        | - | 3603 |   |
|               | メールアドレス           | nishikawaguchi @ sunnylife-group. c |                              |            |   |      |   |
|               | ホームページ有無          | 1 有                                 |                              |            |   |      |   |
|               | ホームページアドレス        | https://                            | www. sunnylife-group. co. jp |            |   |      |   |
| 管理者           | 氏名                | 小林 雄一                               |                              |            |   |      |   |
|               | 職名                | 支配人                                 |                              |            |   |      |   |
| 建物の竣工日        |                   | 2014                                | 年                            | 8          | 月 | 4    | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                   | 2014                                | 年                            | 9          | 月 | 1    | 日 |

（類型） 【表示事項】

|             |                              |      |   |   |   |   |   |
|-------------|------------------------------|------|---|---|---|---|---|
| 類型          | 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） |      |   |   |   |   |   |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号                    |      |   |   |   |   |   |
|             | 指定した自治体名                     | 埼玉県  |   |   |   |   |   |
|             | 事業所の指定日                      | 2014 | 年 | 9 | 月 | 1 | 日 |
|             | 指定の更新日（直近）                   |      | 年 |   | 月 |   | 日 |

3 建物概要

|  |       |                 |                |
|--|-------|-----------------|----------------|
|  | 敷地面積  | 1,922.70        | m <sup>2</sup> |
|  |       | 1 事業者が自ら所有する土地  |                |
|  |       | 2 事業者が賃借する土地の場合 |                |
|  | 賃貸の種別 | 1 普通賃借          |                |

|         |                |                 |                |                     |                |          |   |
|---------|----------------|-----------------|----------------|---------------------|----------------|----------|---|
| 土地      | 所有関係           | 抵当権の有無          |                |                     |                |          |   |
|         |                | 契約期間            | 開始             |                     |                |          |   |
|         |                |                 | 年              | 月                   | 日              |          |   |
|         |                |                 | 終了             |                     |                |          |   |
|         |                |                 | 年              | 月                   | 日              |          |   |
|         |                | 契約の自動更新         |                | 1 あり                |                |          |   |
| 建物      | 延床面積           | 全体              |                | 3,780.79            | m <sup>2</sup> |          |   |
|         |                | うち、老人ホーム部分      |                | 3,780.79            | m <sup>2</sup> |          |   |
|         | 耐火構造           | 1 耐火建築物         |                |                     |                |          |   |
|         |                | 3 その他の場合        |                |                     |                |          |   |
|         | 構造             | 4 その他の場合        |                |                     |                |          |   |
|         |                | 鉄筋コンクリート造 地上5階建 |                |                     |                |          |   |
|         | 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の場合 |                |                     |                |          |   |
|         |                | 賃借の種別           |                | 1 普通貸借              |                |          |   |
|         |                | 抵当権の有無          |                | 1 あり                |                |          |   |
| 契約期間    |                | 開始              |                |                     |                |          |   |
|         |                | 2014            | 年              | 8                   | 月              | 8        | 日 |
|         |                | 終了              |                |                     |                |          |   |
| 2039    | 年              | 8               | 月              | 31                  | 日              |          |   |
| 契約の自動更新 |                | 1 あり            |                |                     |                |          |   |
| 居室の状況   | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） |                |                     |                |          |   |
|         |                | 2 相部屋ありの場合      |                |                     |                |          |   |
|         |                | 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           | 2 無             | 2 無            | 13.3 m <sup>2</sup> | 108            | 3 介護居室個室 |   |
|         | タイプ2           |                 |                | m <sup>2</sup>      |                |          |   |
|         | タイプ3           |                 |                | m <sup>2</sup>      |                |          |   |
|         | タイプ4           |                 |                | m <sup>2</sup>      |                |          |   |
|         | タイプ5           |                 |                | m <sup>2</sup>      |                |          |   |
|         | タイプ6           |                 |                | m <sup>2</sup>      |                |          |   |
| タイプ7    |                |                 | m <sup>2</sup> |                     |                |          |   |
| タイプ8    |                |                 | m <sup>2</sup> |                     |                |          |   |

|         |                  |                |         |                 |       |
|---------|------------------|----------------|---------|-----------------|-------|
|         | タイプ9             |                |         | m <sup>2</sup>  |       |
|         | タイプ10            |                |         | m <sup>2</sup>  |       |
| 共用施設    | 共用便所における便房       | 33             | ヶ所      | うち男女別の対応が可能な便房  | 27 ヶ所 |
|         |                  |                |         | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 33 ヶ所 |
|         | 共用浴室             | 2              | ヶ所      | 個室              | 1 ヶ所  |
|         |                  |                |         | 大浴場             | 1 ヶ所  |
|         | 共用浴室における介護浴槽     | 2              | 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 個浴          | 1 ヶ所  |
|         | 食堂               | 1              | あり      |                 |       |
|         | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2              | なし      |                 |       |
| エレベーター  | 2                | あり (ストレッチャー対応) |         |                 |       |
| 消防用設備等  | 消火器              | 1              | あり      |                 |       |
|         | 自動火災報知設備         | 1              | あり      |                 |       |
|         | 火災通報設備           | 1              | あり      |                 |       |
|         | スプリンクラー          | 1              | あり      |                 |       |
|         | 防火管理者            | 1              | あり      |                 |       |
|         | 防災計画             | 1              | あり      |                 |       |
| 緊急通報装置等 | 居室               | 1              | 全ての居室あり |                 |       |
|         | 便所               | 1              | 全ての便所あり |                 |       |
|         | 浴室               | 1              | 全ての浴室あり |                 |       |
|         | その他              |                |         |                 |       |
| その他     |                  |                |         |                 |       |

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

|          |  |
|----------|--|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法の趣旨に従い、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</li> <li>・入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、サービスの提供に努めるものとする。</li> <li>・地域との結びつきを重視し、関係行政との綿密な連</li> </ul> |
|----------|--|

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | 携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。<br><br>・事業の運営にあたっては、安定且つ継続的な事業運営に努める。  |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>&lt;健康管理サービス&gt;<br/>看護師によるバイタルチェックを毎日実施し、健康疾病管理を行い、入居者が羅病、負傷等により治療を必要とするに至った場合には医療機関との連絡、紹介、受診手続き等の協力を行います。</p> <p>&lt;介護サービス&gt;<br/>入居者のADL介護基準に基づき、居室において24時間体制で介護サービスを提供します。</p> <p>&lt;食事サービス&gt;<br/>栄養士、その他職員を配置して、1日3食の食事を毎日提供します。又、治療を担当する医師の指示がある場合は、治療食等提供します。尚、食堂での喫食を原則としますが、体調不良等で移動困難の場合にあっては、本人の希望、家族の要望、あるいは医師の指示に対応して居室での食事提供及び介助、見守りを行います。&lt;レク&gt;文化・余暇利用活動、運動・娯楽のレクレーションに関する生活支援を行います。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施   |
| 食事の提供           | 1 自ら実施   |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施   |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施   |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施   |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施   |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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)    | 2 なし |
|                                | 入居継続支援加算 (II)   | 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算 (I)  | 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算 (II) | 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算 (I)    | 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算 (II)   | 2 なし |
|                                | ADL維持等加算 (I)    | 2 なし |
|                                | ADL維持等加算 (II)   | 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算        | 1 あり |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算   | 2 なし |
|                                | 医療機関連携加算        | 1 あり |
|                                | 口腔衛生管理体制加算      | 1 あり |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算  | 1 あり |
| 科学的介護推進体制加算                    | 2 なし            |      |

|                      |              |     |               |       |
|----------------------|--------------|-----|---------------|-------|
|                      | 退院・退所時連携加算   | 1   | あり            |       |
|                      | 看取り介護加算（Ⅰ）   | 2   | なし            |       |
|                      | 看取り介護加算（Ⅱ）   | 2   | なし            |       |
|                      | 認知症専門ケア加算    | （Ⅰ） | 2             | なし    |
|                      |              | （Ⅱ） | 2             | なし    |
|                      | サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ） | 2             | なし    |
|                      |              | （Ⅱ） | 2             | なし    |
|                      |              | （Ⅲ） | 2             | なし    |
|                      | 介護職員処遇改善加算   | （Ⅰ） | 1             | あり    |
|                      |              | （Ⅱ） | 2             | なし    |
|                      |              | （Ⅲ） | 2             | なし    |
|                      |              | （Ⅳ） | 2             | なし    |
|                      |              | （Ⅴ） | 2             | なし    |
| 介護職員等特定処遇改善加算        | （Ⅰ）          | 2   | なし            |       |
|                      | （Ⅱ）          | 1   | あり            |       |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2            |     | なし            |       |
|                      | 1            |     | ありの場合         |       |
|                      |              |     | （介護・看護職員の配置率） | 3 : 1 |

（医療連携の内容）

|                |                       |                     |
|----------------|-----------------------|---------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配              |
|                | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い            |
|                | <input type="radio"/> | 通院介助                |
|                |                       | その他                 |
| 1              | 名称                    | 医療法人社団好生会 こまくさ診療所   |
|                | 住所                    | 埼玉県さいたま市中央区大戸3-12-8 |
|                | 診療科目                  | 内科                  |
|                | 協力科目                  |                     |

|        |   |      |  |
|--------|---|------|--|
| 協力医療機関 |   | 協力内容 | 入居者の往診・訪問診療（月2回医師の来館による）治療・入院の協力、他病院の紹介、夜間のオンコール、入居者の病状急変時の対応、終末期医療の協力 |
|        | 2 | 名称   |  |
|        |   | 住所   |  |
|        |   | 診療科目 |  |
|        |   | 協力科目 |  |
|        |   | 協力内容 |  |
|        | 3 | 名称   |  |
|        |   | 住所   |  |
|        |   | 診療科目 |  |
|        |   | 協力科目 |  |
|        | 1 | 名称   | 医療法人社団皆吉会 皆吉会川口歯科クリニック   |
|        |   | 住所   | 埼玉県川口市金山町1-26<br>カーサ・デェル・フェニックス1階                                      |

|          |   |      |                           |
|----------|---|------|---------------------------|
| 協力歯科医療機関 |   | 協力内容 | 往診治療（週1回歯科医師の来館による）、口腔ケア等 |
|          | 2 | 名称   |                           |
|          |   | 住所   |                           |
|          |   | 協力内容 |                           |

（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 |   | 一時介護室へ移る場合 |    |
|                          | ○   | 介護居室へ移る場合  |    |
|                          |   | その他        |    |
| 判断基準の内容                  | <p>①入居者の健康管理上、居室の移動が必要と施設側が認めた時は、医師に初見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、かつ入居者及び入居者の身元引受人の同意が得た場合。</p> <p>②入居者が希望し、施設管理運営上又は入居者に介護サービスを提供する上で支障がないと施設側が認める場合。</p> |            |    |
| 手続きの内容                   | <p>① 居室変更届を提出<br/>② 居室変更届を提出。なお、居室の移動に伴い、入居者は原状回復の義務を負うものとします。</p>  |            |    |
| 追加的費用の有無                 | 2   | なし         |    |
| 居室利用権の取扱い                | 利用権の対象居室は住み替え後の対象居室に変更となります。  |            |    |
| 前払金償却の調整の有無              | 2   | なし         |    |
|                          | 面積の増減   | 1          | あり |
|                          | 便所の変更   | 2          | なし |
|                          | 浴室の変更   | 2          | なし |
|                          | 洗面所の変更  | 2          | なし |
|                          | 台所の変更   | 2          | なし |



|                  |        |         |  |
|------------------|--------|---------|--|
| 従前の居室との仕様の<br>変更 | その他の変更 | 2 なし    |  |
|                  |        | 1 ありの場合 |  |
|                  |        | (変更内容)  |  |

(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   | 1 あり  |
|                    | 要支援の者   | 1 あり  |
|                    | 要介護の者   | 1 あり  |
| 留意事項               | 概ね60歳以上、健康の方、近い将来介護が必要となる方及び日常生活で介護が必要な方。但し、一部感染症の方は除く。   |       |
| 契約解除の内容            | 1. 本契約を将来にわたってこれ以上維持する事が社会通念上著しく困難と認められた場合。<br>2. 入居者の入院加療が長期にわたり、且つ病状回復の目途が立たず当施設での生活が見込まれない状態の入院が連続30日となったとき。 |       |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 上記に記載 |
|                    | 解約予告期間  | 3 ヶ月  |
| 入居者からの解約予告期間       |   | ヶ月    |
|                    | 1 ありの場合   |       |

|         |      |  |
|---------|------|--|
| 体験入居の内容 | (内容) | 最長1週間 一人あたり 費用は1日あたり個室<br>13,200円 (消費税込・介護保険適用外・食事代<br>含む) |
| 入居定員    | 108  | 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<br>※1 ※2 |
|--|-----------|----|-----|-----------------|
|  | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者  | 1         | 1  | 0   | 1               |
| 生活相談員  | 1         | 1  | 0   | 1               |
| 直接処遇職員   | 35        | 27 | 8   | 32.6            |
| 介護職員   | 31        | 24 | 7   | 28.7            |
| 看護職員   | 4         | 3  | 1   | 3.9             |
| 機能訓練指導員  | 1         | 1  | 0   | 1               |
| 計画作成担当者  | 1         | 1  | 0   | 1               |
| 栄養士  | 0         | 0  | 0   | 0               |
| 調理員  | 8         | 3  | 5   | 5.4             |
| 事務員  | 3         | 3  | 0   | 3               |
| その他職員  | 4         | 2  | 2   | 3.4             |
| 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     | 0  | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 13 | 11 | 2   |
| 実務者研修の修了者 | 3  | 3  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 7  | 6  | 1   |
| 介護支援専門員   | 2  | 2  | 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   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       | 1  | 1  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | ( 16 時 0 分 ~ 9 時 0 分 ) |   |                 |   |
|----------|------------------------|---|-----------------|---|
|          | 平均人数                   |   | 最少時人数 (休憩者等を除く) |   |
| 看護職員     |                        | 人 |                 | 人 |
| 介護職員     | 3                      | 人 | 3               | 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

|                               |                                    |            |
|-------------------------------|------------------------------------|------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】              | d 3 : 1 以上 |
| (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)        | 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) | 3.1 : 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<br>(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  |         | 2 なし |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                   | 業務に係る資格等  | 1 ありの場合 |      |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                   |           | 資格等の名称  |      |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                   |           | 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    | 9    | 1   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数       |           | 2       | 1    | 5    | 0   | 1     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| に業務に応じた従事した人の経験年数 | 1年未満      | 2       |      | 5    | 1   |       |     |         |     |         |     |
|                   | 1年以上3年未満  |         |      | 2    |     |       |     |         |     |         |     |
|                   | 3年以上5年未満  |         |      | 5    |     |       |     |         |     | 1       |     |
|                   | 5年以上10年未満 | 1       | 1    | 12   | 6   | 1     |     | 1       |     |         |     |
|                   | 10年以上     |         |      |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況     |           | 1 あり    |      |      |     |       |     |         |     |         |     |

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                                      |               |
| 利用料金の支払い方式【表示事項】           | 3 月払い方式                                      |               |
|                            | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                        |               |
|                            |  | 全額前払い方式       |
|                            |  | 一部前払い・一部月払い方式 |
|                            | 月払い方式  |               |
| 年齢に応じた金額設定                 | 2 なし   |               |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 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 | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額                   |               |
|                            | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合<br>不在期間が 3 日以上 |               |

|         |     |   |
|---------|-----|---|
| 利用料金の改定 | 条件  | 当施設が所在する都道府県に係る消費者物価指数及び人件費・物価の変動の状況に依ずる。 |
|         | 手続き | 運営懇親会にて説明し意見を聞いて決定します。                    |

(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5                 |          |
|            | 年齢               | 85 歳                 | 82 歳                 |          |
| 居室の状況      | 床面積              | 13.32 m <sup>2</sup> | 14.41 m <sup>2</sup> |          |
|            | 便所               | 2 無                  | 2 無                  |          |
|            | 浴室               | 2 無                  | 2 無                  |          |
|            | 台所               | 2 無                  | 2 無                  |          |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              | 0 円                  | 円                    |          |
|            | 敷金               | 0 円                  | 円                    |          |
| 月額費用の合計    |                  | 164,290 円            | 164,290 円            |          |
| 家賃         |                  | 85,000 円             | 85,000 円             |          |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 円                    | 円                    |          |
|            | 介護保険外※2          | 食費                   | 43,465 円             | 43,465 円 |
|            |                  | 管理費                  | 35,825 円             | 35,825 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                            | 建物貸主への賃借料、建物維持に係る費用等をベースに近隣家賃相場及び高齢者向け設計による機能性・利便性を勘案し算定。（非課税）                           |
| 敷金                            | 家賃の0ヶ月分  |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 生活サポート費（自立の場合のみ、36,665円）：生活援助サービス提供に係る人件費及び事務費等による算定。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。           |
| 管理費                           | 共有施設の保守・点検費、修理費、清掃費、衛生費等および管理部門の人件費、事務費により算定。  |
| 食費                            | 1日3食分・おやつ等の食材の仕入原価（食材費）および厨房人件費・厨房設備費・諸経費（基本料金）により算定。食材費（782円×30日＝23,460円）、基本料金（20,005円） |
| 光熱水費                          | 0円   |
| 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                   |  |

(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※に対する自己負担額                      | 介護保険の基本報酬及び加算分に係る利用者負担 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） |                        |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |                        |

(前払金の受領) ※前払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 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |    |  |
|          |                    | 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         | 35 | 人 |
|       | 女性         | 67 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 1  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 17 | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 28 | 人 |
|       | 85歳以上      | 56 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0  | 人 |
|       | 要支援 1      | 2  | 人 |
|       | 要支援 2      | 3  | 人 |
|       | 要介護 1      | 19 | 人 |
|       | 要介護 2      | 26 | 人 |
|       | 要介護 3      | 16 | 人 |
|       | 要介護 4      | 19 | 人 |



|       |            |    |   |
|-------|------------|----|---|
|       | 要介護 5      | 17 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 8  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 15 | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 50 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 29 | 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  | 84.42 | 歳 |
| 入居者数の合計   | 102   | 人 |
| 入居率※  | 94.4  | % |
| ※ 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)

|         |          |   |   |
|---------|----------|---|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等      | 1   | 人 |
|         | 社会福祉施設   | 0   | 人 |
|         | 医療機関     | 7   | 人 |
|         | 死亡       | 21  | 人 |
|         | その他      | 0   | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0   | 人 |
|         | 入居者側の申し出 | 2   | 人 |
|         |          | (解約事由の例)  |   |
|         |          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅に戻る為</li> <li>・ 療養型病院に転院する為</li> </ul> |   |

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1      |       |                            |   |     |   |      |    |   |    |   |
|----------|-------|----------------------------|---|-----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口の名称    |       | サニーライフ西川口 生活相談員            |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       | 048                        | - | 259 | - | 3600 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 8                          | 時 | 30  | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分 |
|          | 土曜    | 8                          | 時 | 30  | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分 |
|          | 日曜・祝日 | 8                          | 時 | 30  | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分 |
| 定休日      |       | 無                          |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口2      |       |                            |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       | サニーライフ東京事務所                |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       | 0120                       | - | 17  | - | 3600 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 9                          | 時 | 0   | 分 | ～    | 17 | 時 | 0  | 分 |
|          | 土曜    |                            | 時 |     | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                            | 時 |     | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       | 土・日・祝祭日・年末年始               |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口3      |       |                            |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       | 048                        | - | 824 | - | 2568 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 8                          | 時 | 30  | 分 | ～    | 17 | 時 | 0  | 分 |
|          | 土曜    |                            | 時 |     | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                            | 時 |     | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       | 土日・祝日・年末年始 (12/29～1/3)     |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口4      |       |                            |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県川口市福祉部介護保険課介護サービス相談窓口)  |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       | 048                        | - | 259 | - | 7293 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 8                          | 時 | 30  | 分 | ～    | 17 | 時 | 15 | 分 |
|          | 土曜    |                            | 時 |     | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                            | 時 |     | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       | 土日・祝日・年末年始 (12/29～1/3)     |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口5      |       |                            |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       |                            |   |     |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       | -                          |   |     |   |      |    |   |    |   |

|          |       |   |   |   |   |   |
|----------|-------|---|---|---|---|---|
| 対応している時間 | 平日    | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
|          | 土曜    | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
|          | 日曜・祝日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 定休日      |       |   |   |   |   |   |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |         |  |
|-------------------------------|---------|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | 1 あり    |  |
|                               | 1 ありの場合 |  |
|                               | その内容    | 損害保険ジャパン株式会社：<br>ウォームハート・介護事業者<br>向け賠償責任保険                           |
| 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    |  |
|                               | 1 ありの場合 |  |
|                               | その内容    | 施設内で賠償すべき事故が発生した場合、本部において速やかにその対策を検討し、賠償すべき事故と判断したときは所要の処置を講ずるものとする。 |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 あり    |  |

(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を把握する取組の状況 | 1 あり    |            |
|                                 | 1 ありの場合 |            |
|                                 | 実施日     | 2014年9月 設置 |
|                                 | 結果の開示   | 2 なし       |
| 第三者による評価の実施状況                   | 2 なし    |            |
|                                 | 1 ありの場合 |            |
|                                 | 実施日     |            |
|                                 | 評価機関名称  |            |
|                                 | 結果の開示   |            |

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 |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本  | 3 公開していない  |

10 その他

|  |             |  |   |
|--|-------------|--|---|
| 運営懇談会  | 1 あり        |  |   |
|  | 1 ありの場合     | (開催頻度) 年 2                             | 回 |
|  | 2 なしの場合     |  |   |
|  | 1 代替措置ありの場合 | (内容)                                   |   |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                      | 2 なし        |  |   |
|  | 1 ありの場合     | 提携ホーム名                                 |   |
| 有料老人ホーム設置時の<br>老人福祉法第29条第1項<br>に規定する届出                   | 1 あり        |  |   |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>き高齢者向け住宅の登録 | 2 なし        |  |   |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針「5. 規模及び<br>構造設備」に合致しない<br>事項         | 2 なし        |  |   |
|  | 1 ありの場合     | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                    |   |
|  |             | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性 |   |
| 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<br>場合の内容 |  |

備考

|  |
|--|
|  |
|--|

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 \_\_\_\_\_ 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。