

重要事項説明書

記入年月日	令和3年 7月 1日
記入者名	田端 智
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / (法人)	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) めいしょう 明昭	
主たる事務所の所在地	〒 121 - 0064 東京都足立区保木間4-3-5	
連絡先	電話番号	03-5851-3581
	FAX番号	03-3850-1581
	ホームページアドレス	http://www.fukushi-e.com
代表者	氏名	菊地 猛
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 10 年 8 月 10 日	
主な実施事業	※ 別添 1 (別の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) ぐらんぐいかわぐち グランヴィ川口	
所在地	〒 333 - 0842 埼玉県川口市前川3-39-15	
主な利用交通手段	最寄駅	蕨 駅
	交通手段と所要時間	・ JR京浜東北線 蕨駅よりバス10分 前川バス停下車徒歩1分
連絡先	電話番号	048-263-7080
	FAX番号	048-263-7081
	ホームページアドレス	http://www.fukushi-e.com
管理者	氏名	田端 智
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 16 年 7 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 16 年 7 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	1170202335 ・ （予防）1170204679
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 16 年 7 月 1 日 <small>（特定施設入居者生活介護）</small>
	事業所の指定日	平成 22 年 12 月 1 日 <small>（介護予防特定施設入居者生活介護）</small>
	指定の更新日（直近）	平成 28 年 7 月 1 日 <small>（特定施設入居者生活介護）</small>
	指定の更新日（直近）	平成 28 年 12 月 1 日 <small>（介護予防特定施設入居者生活介護）</small>

3. 建物概要

土地	敷地面積	1602.51 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成16年7月1日～平成36年6月#日) <input type="checkbox"/> なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
建物	延床面積	全体	3204.91 m ²
		うち、老人ホーム部分	3072.36 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> その他()	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造	
		<input type="checkbox"/> 鉄骨造	
		<input type="checkbox"/> 木造	
		<input type="checkbox"/> その他()	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物			
抵当権の有無		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成16年7月1日～平成36年6月30日) <input type="checkbox"/> なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

居室の状況	居室区分	<input type="checkbox"/> 全室個室					
	【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 相部屋あり					
		最少	1 人部屋				
		最大	2 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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.60~19.05 m ²	40	介護居室個室	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	24.00 m ²	8	介護居室個室	
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	37.20 m ²	16	介護居室相部屋	
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²			
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²			
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²				
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²				
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²				
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	m ²				
※ 「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	9 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4 ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5 ヶ所			
	共用浴室	2 ヶ所	個室	0 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	0 ヶ所			
			リフト浴	0 ヶ所			
			ストレッチャー浴	1 ヶ所			
		その他 ()	0 ヶ所				
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応 <input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> なし						
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	当施設では、介護を必要とする入居者様に対し、自立した生活をお送りいただくための課題を正確に導き出し、ご本人様の生活に対するご希望も取り入れ、生活歴を大切にした支援計画のもと、身体的・精神的拘束の無い入居者様の尊厳を守ったケアを心がけます。入居者様の趣味活動や季節の行事等、各種アクティビティを行えるよう支援いたします。また、慢性疾患等で医療ニーズの高い入居者様には適切な療養環境を整え、協力医療機関による医療サービスをお受けいただけるよう連携し支援致します。
サービスの提供内容に関する特色	協力医療機関による様々な医療サービスの提供と、介護が必要な入居者様への適切なマネジメントによるサービスの実施により、医療と介護の切れ目ないサービス提供を行うことで安心安楽な生活をお送りいただけるよう配慮致します。 また、高いホスピタリティを維持向上させるために、施設運営理念を基礎とした生活支援・介護技術・接遇・医学知識・関係法令等の社内外研修等を入職時より継続的に実施すると共に、人間教育を行います。日常生活と非日常生活をバランスよく取り入れ、個人を大切にしたい生きがい活動支援季節ごとの施設内外行事及び地域行事への参加を促し必要な支援を行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
(Ⅱ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(Ⅲ)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり (介護・看護職員の配置率 3 : 1)		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 聖心会 十全病院
		住所	埼玉県越谷市赤山町5-10-18
		診療科目	内科・外科・整形外科・皮膚科・循環器内科・泌尿器科 等
		協力内容	訪問診療・一般外来・救急外来・検査・入院治療の受け入れ
	2	名称	医療法人社団 苑田会 苑田第一病院
		住所	東京都足立区竹の塚4-1-12
		診療科目	内科・外科・脳神経外科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科 等
		協力内容	救急外来・一般外来・入院治療の受け入れ
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 苑田会 苑田会歯科	
	住所	東京都足立区竹の塚4-2-1 TBビル2階	
	協力内容	一般外来	

(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ()		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり	(変更内容)
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

留意事項	<p>○入居の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢：概ね60歳以上 ・医療的ケア：経管栄養、中心静脈栄養（IVH）、在宅酸素療法等入居可。他要確認。 ・認知症：著しい周辺症状が無ければ可。 ・その他：重大な感染症や他の入居者様への迷惑行為が無い事。 <p>○連帯保証人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者との号により、入居者と連帯して入居者の金銭債務を契約書に記載のある極度額を限度に履行する精機人を負います。（入居契約書第37条） <p>○身元引受人の条件、義務等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則、三親等以内のご親族様による身元引受人1名を定めて頂きます。施設で提供される介護サービス等について、必要に応じ施設と協議を行います。死亡により入居契約が終了した場合にはご入居者様のご遺体と遺留金品をお引き取りいただきます。（入居契約書第36条） <p>○入院時の契約の取り扱い</p> <p>ご入院中も入居契約は継続しておりますので、ご退院後もご入院前にご利用頂いていた居室へ戻る事が可能です。但し、ご入院中の月額利用料の取り扱いについては、不在日数分の食材費以外の費用が発生いたします。</p> <p>○やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き</p> <ol style="list-style-type: none"> ①身体拘束等の適正化に関する委員会において切迫性・非代替性・一時性の三要件に該当するか否かの検討を行い、身体的拘束を行わない場合のリスクと併せて緊急やむを得ない状況と判断するか検討を行います。 ②緊急やむを得ないと判断された場合には、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯、期間などを明らかにしご本人様及びご家族様へ十分な説明を行い同意を得ます。 ③身体的拘束を実施している際のご本人様の心身の状況等を記録します。 <p>緊急やむを得ない状況でなくなった場合には直ちに解除できるように常に検討を行い心身の状況の記録を行います。</p>		
契約の解除の内容	<p>次のいずれかに該当する場合には、本契約は終了する物とする</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 入居者様のご逝去の場合 ② 入居者様から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 		
事業主体から解約を求める場合	<p>下記の場合において、施設より契約解除を申し入れる場合がございます。</p> <p>解約条項</p> <ol style="list-style-type: none"> ①入居申込書等への虚偽の記載により入居された場合 ②利用料その他の支払いを不当に2ヶ月以上遅滞させた場合 ③施設内での禁止または制限される行為の規定に違反があった場合 ④入居者本人の自傷行為又は他の入居者様への迷惑行為（精神的・身体的）があった場合、またはその恐れ <table border="1" data-bbox="592 1816 1460 1861"> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>30日</td> </tr> </table>	解約予告期間	30日
解約予告期間	30日		
入居者からの解約予告期間	7日		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：1日あたり11,000円（税込）※最長連続13泊14日） <input type="checkbox"/> なし		
入居定員	80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	0.5
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	24	15	9	20.8
介護職員	20	12	8	17.8
看護職員	4	3	1	3.6
機能訓練指導員	1	1	0	2.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	1	1	0	1.0
調理員	3	3	0	4.0
事務員	1	1	0	0.5
その他職員	0	0	0	0.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2			39	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	12	8	4
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	7	4	3
介護支援専門員	2	1	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	0	0	0
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	1	1	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(17時15分 ~ 9時15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	2 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】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3 : 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input type="checkbox"/> 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		1	0	2	1	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
業務に従事した経験年数の人数	1年未満	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0
	3年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	5年未満	0	0	5	3	0	0	0	0	0	0
	5年以上	0	0	5	3	0	0	0	0	0	0
	10年未満	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0
10年以上	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式		
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 月払い方式		
	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を 全て選択	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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、公共料金が著しく上昇した場合。	
	手続き	運営懇談会において、同意を得た上で実施します。	

(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	要介護に関係なく同一料金	要介護に関係なく同一料金	
	年齢	年齢に関係なく同一料金	年齢に関係なく同一料金	
居室の状況	床面積	18.60 m ²	18.60 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	2,700,000 円	
	敷金	500,000 円	500,000 円	
月額費用の合計		262,500 円	206,250 円	
家賃		159,000 円	102,750 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		介護度に応じ1～3割負担 円	
	介護保険外※2	食費 (食材費25,920円・厨房管理費28,080円)	54,000 円	54,000 円
		管理費	27,500 円	27,500 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	22,000 円	22,000 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	施設地代家賃より算出
敷金	家賃の 3.2～4.9 ヶ月分 ※退去時に滞納家賃、居室の通常使用に対する損耗の原状回復費用等を除き全額返金する。ただし、例外的特約条項により、居室内の設備等の洗浄、殺菌、消毒等の費用は入居者負担となります。
例外特約の詳細 (入居契約書表題部 (4) 「入居保証金使途」)	居室内設備及び資機材のメンテナンス費用 (範囲：床、トイレ、洗面台等の設備及び、ベッド (本体フレーム)、ベッド柵、ベッドマット等の入居者が居室で使用した介護用品、施設で設置した居室カーテン等の洗浄、消毒、殺菌の実施) 99,000～198,000 円 ※居室の広さにより異なる 理由：介護施設の性格上、清潔保持及び滅菌作業等が必要になため。 承認事項：通常の使用に対する損耗について入居者負担となる原状回復費用を必要としないが、上記理由により、クリーニング作業を実施する際には通常損耗について、ある程度原状回復してしまうことにご承認いただきます。
介護費用	※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	建物法定点検・定期清掃・その他建物設備メンテナンスや維持費用として毎月定額にて27,500円 (税込) となります。
食費	・ 厨房管理運営費 28,080円 (厨房職員人件費、厨房用資機材費用等) ・ 食材費 (月額固定) 25,920円 (1日1食も喫食されない場合は1日あたり864円を減額いたします)
光熱水費	居室及び共用部において使用する物として22,000円を毎月定額でご負担いただきます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 介護サービス等一覧に記載
その他のサービス利用料	別添2 介護サービス等一覧に記載

(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	該当する介護度の1～3割負担
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		施設地代家賃を算出し、家賃相当額への充当分として設定。月額単価56,250円×想定居住期間(48ヶ月)により算出
想定居住期間(償却年月数)		48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)		0円
初期償却率		0%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日より三月以内に退去(死亡退去含む)された場合は、受領済みの前払金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 270万(56,250円÷30日)×ご利用日数=ご請求 360万(75,000円÷30日)×ご利用日数=ご請求 540万(112,500円÷30日)×ご利用日数=ご請求
	入居後3月を超えた契約終了	前払金{270万円×(48ヶ月-入居月数)}÷48ヶ月 前払金{360万円×(48ヶ月-入居月数)}÷48ヶ月 前払金{540万円×(48ヶ月-入居月数)}÷48ヶ月 但し、入居月・退居月は日割り計算となります。
前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等	名称:
	<input checked="" type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等	名称: (株朝日信託)
	<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社	名称:
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会	
	<input type="checkbox"/> 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	16 人
	女性	35 人
年齢別	65歳未満	1 人
	65歳以上75歳未満	2 人
	75歳以上85歳未満	11 人
	85歳以上	37 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	8 人
	要介護 4	12 人
	要介護 5	9 人
入居期間別	6ヶ月未満	10 人
	6ヶ月以上1年未満	7 人
	1年以上5年未満	24 人
	5年以上10年未満	9 人
	10年以上15年未満	0 人
	15年以上	1 人

(入居者の属性)

平均年齢	87.6 歳
入居者数の合計	51 人
入居率※	63.7 %
※ 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	3 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	20 人
	その他	2 人
生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0 人
	入居者側の申し出 (解約事由の例) 家族と同居生活する為	3 人

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		グランヴィ川口
電話番号		048-263-7080
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		なし
窓口の名称		ハートランド相談室
電話番号		03-5851-3810
対応している 時間	平日	8:30~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日祝日・年末年始(12/30~1/3)
窓口の名称		川口市役所介護保険課
電話番号		048-259-7293
対応している 時間	平日	8:30~17:15(役所開庁時間)
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日祝日・年末年始(12/29~1/3)

(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) 東京海上日動火災保険株式会社 「居宅介護事業者損害賠償保険」 (施設所有(管理)者賠償責任保険)
	<input type="checkbox"/> 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) サービス提供上の事故により 入居者様の生命等に損害が発生した場合、 不可抗力による場合を除き賠償される
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施 状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
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	川口明生苑DSセンター	川口市上青木3-10-17
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	草加明生苑	草加市旭町3-5-25
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	ハートランド川口明生苑	川口市上青木3-10-17
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	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	草加明生苑	草加市旭町3-5-25
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	ハートランド川口明生苑	川口市上青木3-10-17
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
介護予防訪問介護相当サービス	あり	なし		
訪問型基準緩和サービス	あり	なし		
介護予防通所介護相当サービス	あり	なし	川口明生苑DSセンター	川口市上青木3-10-17
通所型基準緩和サービス	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		
介護医療院	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							<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	備考	
	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		料金※3		
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				入居者の状態に応じて配膳、下膳、食事を介助
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜交換
おむつ代			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		尿取パット1,620円～。紙おむつ4,700円 ※上限10,000円/月
入浴(一般浴)介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				週2回
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				週2回。一般浴で対応できない場合
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				必要に応じて随時
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
通院介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				協力医療機関に限る
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				3日に1回実施
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				週2回
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	550円	週2回。1回2kgまで。ドライ品は実費にて徴収
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				入居者の状態に応じて配膳、下膳
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		実費負担
おやつ			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	108円	1食
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	3,300円	カット3,300円。パーマ(カラー)カット付7,700円
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				ネット通販。近隣への買い物代行に限り月2回まで
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				1回22,000円
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				年2回
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				随時
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				随時
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				協力医療機関に限る。以外は22,000円～
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				協力医療機関に限る。以外は22,000円～
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				基本的にはご家族対応
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				必要に応じて

※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、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いとなる場合、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。