

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|------------------|
| 記入年月日 | 2024 年 9 月 1 日 |
| 記入者名 | 藤原 直美 |
| 所属・職名 | ヨウコーキャッスル鳩ヶ谷 施設長 |
| 取込種別 | |
| 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) かぶしきがいしゃ ようこうしゃ | | | | | | | |
| | 株式会社 揚工舎 | | | | | | | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | | | 1 有 | | | | |
| | 法人番号 | | | 2013301020036 | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 173 - 0004 | | | | | | | |
| | 東京都板橋区板橋一丁目 1 0 番 1 4 号 | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | 03 | - | 5944 | - | 2680 |
| | FAX番号 | | | 03 | - | 5944 | - | 2681 |
| | メールアドレス | | | info @ rehabili-youko.co | | | | |
| | ホームページ有無 | | | 1 有 | | | | |
| | ホームページアドレス | | | http:// | | rehabili-youko.com | | |
| 代表者 | 氏名 | | | 代表取締役 | | | | |
| | 職名 | | | 伊藤 進 | | | | |
| 設立年月日 | 2003 | 年 | 6 | 月 | 3 | 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) ようこーきゃっするはとがや | | | | | | |
| | ヨウコーキャッスル鳩ヶ谷 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 334 | - | 0002 | | | |
| | 埼玉県川口市鳩ヶ谷本町三丁目24番8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 | ①埼玉高速鉄道「鳩ヶ谷駅」「新井宿駅」②JR「赤羽駅」「川口駅」「西川口駅」「蕨駅」 | | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | ①より徒歩13分 ②各駅より国際興行バス「本町1丁目」バス停車 徒歩5分 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048 | - | 287 | - | 7337 | |
| | FAX番号 | 048 | - | 283 | - | 1366 | |
| | メールアドレス | info_hatogaya @ rehabili-youko.co | | | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | | rehabili-youko.com | | | |
| 管理者 | 氏名 | 藤原 直美 | | | | | |
| | 職名 | 施設長 | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2007 | 年 | 10 | 月 | 31 | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2023 | 年 | 11 | 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 | 1170210023 | | | | | |
| | 指定した自治体名 | 川口市 | | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2023 | 年 | 11 | 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 | 2428.78 | m ² | | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | |
| | | | 開始 | | | | |
| | | | 2007 | 年 | 11 | 月 | 1 日 |
| | | | 終了 | | | | |
| 2026 | 年 | 10 | 月 | 31 日 | | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2325.26 | m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2181.19 | m ² | | | |
| | 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 | | | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | |
| | | | 開始 | | | | |
| | | | 2007 | 年 | 11 | 月 | 1 日 |
| 終了 | | | | | | | |
| 2026 | 年 | 10 | 月 | 31 日 | | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|------------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------|-------|----------|----|
| 居室の状況 | 居室区分 【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 | 1 有 | 2 無 | 19.22 | m ² | 54 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ2 | | | | m ² | | | |
| | タイプ3 | | | | m ² | | | |
| | タイプ4 | | | | m ² | | | |
| | タイプ5 | | | | m ² | | | |
| | タイプ6 | | | | m ² | | | |
| | タイプ7 | | | | m ² | | | |
| タイプ8 | | | | m ² | | | | |
| タイプ9 | | | | m ² | | | | |
| タイプ10 | | | | m ² | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | | 7 | 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 | | 7 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | | 1 | ヶ所 | 個室 | | 0 | ヶ所 |
| | | | | | 大浴場 | | 1 | ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | | 1 | ヶ所 | チェアー浴 | | 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 | | 1 あり | | | | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | | 1 あり | | | | | | |
| エレベーター | | 1 あり（車椅子対応） | | | | | | |
| 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 | 入居者に対し、介護保険対象サービスならびに介護保険対象外サービスについて、入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように提供します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | リハビリなどを中心に日常生活を自然の中で心豊かに過ごす空間と時間づくりを目標としている。ご入居者、ご家族のご意向に添った自立支援サービスを提供します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 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 | 2 | なし |
| | 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 | 2 | なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 2 | なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 | あり |
| | 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） | 2 なし |
| 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) | | : 1 |

（医療連携の内容）

| | | | |
|----------------|---|-----------------------|-------------------------------|
| 医療支援 ※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 |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人あかつき会 はとがや病院 |
| | | 住所 | 埼玉県川口市坂下町4-16-26 |
| | | 診療科目 | 内科、整形外科、皮膚科 |
| | | 協力科目 | 内科、整形外科、皮膚科 |
| | | 協力内容 | 入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| | 2 | 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、外科、循環器内科、神経内科、泌尿器科、精神科 |
| | | 協力科目 | 内科、外科、循環器内科、神経内科、泌尿器科、精神科 |
| | | 協力内容 | 定期訪問による訪問診療、入居者の健康相談、健康診断、診療等 |

| | | | |
|----------|---|------|-------------------------------|
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団立靖会 ラビット歯科 |
| | | 住所 | 埼玉県戸田市新曽1292-4 |
| | | 協力内容 | 定期訪問による訪問診療、入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| | 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 ※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 | 入居者の要介護状態により、契約した居室から他の居室へ転室していただくことがあります。 |
| 判断基準の内容 | 入居者の要介護状態により判断します。 | | |
| 手続きの内容 | 入居者及び医師の意見を聴き、入居者や身元引受人の同意を得て行います。 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | | |
| 居室利用権の取扱い | 入居者または身元引受人の都合により、居室の変更を行う場合の費用負担については、以下に準じて処理するものとします。 同一施設内での変更については、入居者は今まで使っていた居室のクリーニング費用及び経年的変化を除いた入居当時の居室の状態を回復するための費用を負担し、移動後1か月以内に事業者へ支払うものとします。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 2 なし | |
| | 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 | |
| | 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 【表示事項】 | 自立している者 | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | ①原則、65歳以上の伝染性疾患のない方 ②入居一時金や敷金、また月々の月額利用料をお支払できる方 ③当ホームの運営・管理規程等をご承諾いただける方 ④原則、身元引受人を1名定めることができる方 ・身元引受人はご契約者と連帯し利用料、その他債務の支払いの責任を負います。ご契約者の事業者に対する債務について、月額利用料の12ヶ月分(2,900,000円)を極度額として、ご契約者と連帯して履行の責を負います。 ・身元引受人は契約解除の際に入居者の身柄を引き取るものとします。 次のいずれかに該当した場合契約を解除することがあります。 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき。 ・月払いの利用料と他の支払いを3ヶ月以上遅滞したとき。 ・入居契約書及び管理規程に定める制限、禁止事項に違反したとき。 ・入居者の行動が他の入居者、従業員の生活、安全に重大な影響を及ぼすとき。 | | |
| 契約解除の内容 | 入居契約書 第25条(事業者からの契約解除) | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | | |
| | 解約予告期間 | 1 | 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 | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | (内容) | 期間7泊8日まで 1泊3食付き 13,200円(税込み) ※健康診断書の提出をお願いします。 | |
| 入居定員 | 54 | | 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 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 25 | 5 | 20 | 15.7 |
| 看護職員 | 5 | 1 | 4 | 3 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 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 | 1 | 1 | |
| 介護福祉士 | 6 | 5 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 5 | | 5 |
| 初任者研修の修了者 | 10 | | 10 |
| 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 | |
|-------------|----|----|-----|-----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 | 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 | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 1 | | | 1 | |
| 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 | (19 時 0 分 ~ 7 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 | 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】 | 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) | 2.4 : 1 | | | | |

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------------|-----|-----------------|-----|--------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | | 他の職務との兼務 | | | | 1 あり | | | | | |
| | | 業務に係る 資格等 | | 1 あり 1 ありの場合 | | 資格等の名称 | | 社会福祉士 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | 9 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 6 | 4 | 1 | | | | 1 | 1 |
| に業 応 じ に た 従 職 事 員 し た 人 経 験 年 数 | 1 年未満 | | | 1 | 8 | 1 | | | | 1 | |
| | 1 年以上 3 年未満 | 1 | 4 | 5 | 11 | 1 | | | 1 | | |
| | 3 年以上 5 年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5 年以上 10 年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10 年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | | | | | | |

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】 | | 4 選択方式 | |
| | | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 | |
| | | <input type="radio"/> | 全額前払い方式 |
| | | <input type="radio"/> | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | <input type="radio"/> | 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 | | 2 日割り計算で減額 | |
| | | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 | |
| | | 不在期間が | 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 月払い利用料は以下の場合、改定することができる。 一 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により利用料が不相当となった場合 二 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により利用料が不相当となった場合 三 近傍同種の建物の利用料に比較して利用料が不相当となった場合 四 介護保険法令等の変更による介護保険サービス利用料金の変更となった場合 | |
| | 手続き | 上記条件一、二、三 協議のうえ 四 介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、事業者は当該利用料金等を変更することができます。介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、契約者に対して、変更を行う前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができるものとします。 | |

(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 | | Cプラン | | 0円プラン | |
| | 年齢 | | 85 | 歳 | 85 | 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | | 19.22 | m ² | 19.22 | m ² |
| | 便所 | | 1 | 有 | 1 | 有 |
| | 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 | | 2720000 | 円 | 0 | 円 |
| | 敷金 | | 282000 | 円 | 282000 | 円 |
| 月額費用の合計 | | | 213614 | 円 | 247614 | 円 |
| 家賃 | | | 60000 | 円 | 94000 | 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 | 64800 | 円 | 64800 | 円 |
| | | 管理費 | 83314 | 円 | 83314 | 円 |
| | | 介護費用 | | 円 | | 円 |
| | | 光熱水費 | 5500 | 円 | 5500 | 円 |
| | | その他 | | 円 | | 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|---|
| 家賃 | ・土地建物取得費、設備費、維持管理費、開設開業費、広報広告費、営業経費、諸税、管理事務費等を基礎とし、入居者の終身にわたる居住と平均的な余寿命を換算して算出。 |
| 敷金 | 家賃の 3 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。 | |

| | |
|----------------------|--|
| 管理費 | 事務管理部門の人件費及び事務費、入居者に対する日常生活生活支援サービス提供のための人件費及び事務費、水道光熱費、居室・共用施設の維持管理。 |
| 食費 | <ul style="list-style-type: none"> ・月額 64,800円(定額・税込) ・お食事のキャンセル 1週間前までに所定の用紙にて申請することにより基準額の割引が受けられます。 基準額(食材費相当額・税込) 朝食200円 昼食300円 夕食340円 治療食、特別食の場合、別途実費のご負担が必要になります。 その場合、実費概算は予めご連絡いたします。 |
| 光熱水費 | 5,500円/月 |
| 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 | 介護報酬告示額の 1 割から 3 割 |
| 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 | | <p>公益財団法人全国有料老人ホーム協会の資料を 基に、当社のデータ等を勘案し、想定居住期間 (60か月)の家賃相当額と想定居住期間を超え て入居が継続する場合に備える居住に係る費用 の受領額(一括償却額)の合計を前払金(入居 一時金)として受領します。</p> <p>Aプラン 入居一時金7,520,000円 家賃相当額94,000円/月×60か月＋一括償却額 Bプラン 入居一時金5,120,000円 家賃相当額64,000円/月×60か月＋一括償却額 Cプラン 入居一時金2,720,000円 家賃相当額34,000円/月×60か月＋一括償却額</p> |
| 想定居住期間(償却年月数) | | 60 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) | | 入居一時金の25%の額。一括償却額は入居者の想定居住期間終了日の翌日に償却されます。 円 |
| 初期償却率 | | 25 % |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | <p>返還金＝①＋②</p> <p>①想定居住期間の家賃相当額(前払金×75%) ÷(入居者の想定居住日数)×(入居者の想定居住日数－入居者の入居日から入居者の死亡又は本契約の解除若しくは解約までの日数)</p> <p>②一括償却額(前払金×25%)</p> <p>※上記の返還金計算方法は入居後3か月を超えて想定居住期間までの契約終了時にも適用します。</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>入居日から想定居住期間までの契約終了時返還金＝①＋②</p> <p>①想定居住期間の家賃相当額(前払金×75%) ÷(入居者の想定居住日数)×(入居者の想定居住日数－入居者の入居日から入居者の死亡又は本契約の解除若しくは解約までの日数)</p> <p>②一括償却額(前払金×25%)</p> <p>※想定居住期間終了日の翌日以降の契約終了時、一括償却額は償却されますので想定居住期間終了後の前払い金返還はありません。</p> |
| 前払金の保 | | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |

| | | | |
|----|--|----|--|
| 全先 | | 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 | 10 | 人 |
| | 女性 | 35 | 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 | 9 | 人 |
| | 85歳以上 | 34 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 2 | 人 |
| | 要支援 2 | 0 | 人 |
| | 要介護 1 | 10 | 人 |
| | 要介護 2 | 10 | 人 |
| | 要介護 3 | 10 | 人 |
| | 要介護 4 | 11 | 人 |
| | 要介護 5 | 2 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 9 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 8 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 19 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 4 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 2 | 人 |
| | 15年以上 | 3 | 人 |

（入居者の属性）

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 88.3 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 45 | 人 |
| 入居率※ | 83.3 | % |
| ※ 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 | 2 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 | 人 |
| | 医療機関 | 3 | 人 |
| | 死亡 | 3 | 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 | 6 | 人 |
| | | (解約事由の例) ○要介護状態が改善したため自宅に戻られた ○ご家族の希望で老人保健施設に移られた ○常時医療行為が必要となり入院となる | |

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 | | 施設 ・施設担当者：生活相談員 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | | 287 | - | | 7337 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 | |
| | 土曜 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 | |
| | 日曜・祝日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 | |
| 定休日 | | | | | | | | | | | |

窓口2

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-------------|---|---|------|---|----|------|---|---|--|
| 窓口の名称 | | 本社お客様相談室 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 03 | - | | 5944 | - | | 2680 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 | |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 | |
| 定休日 | | 土日祝日および年末年始 | | | | | | | | | |

窓口3

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--------------------|---|----|-----|---|----|------|----|---|--|
| 窓口の名称 | | 川口市役所 介護保険課 事業者係 | | | | | | | | | |
| 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 | | 土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始 | | | | | | | | | |

窓口4

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----------------------|---|----|-----|---|----|------|---|---|--|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国保連合会 介護福祉課 苦情対応係 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | | 824 | - | | 2568 | | | |
| 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 | | 土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始 | | | | | | | | | |

窓口5

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-----------------------------|---|---|------|---|----|------|---|---|--|
| 窓口の名称 | | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居・苦情相談窓口 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 03 | - | | 3548 | - | | 1077 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 10 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 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 | 事業活動包括保険：東京海上日動火災保険 |
| 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 | （その内容） 当社の責めに帰すべき事由によりご入居者様の生命、身体、財産又は名誉に損害が発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、ご入居者様にも責めに帰すべき事由 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | | |

(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 | 2 | なし | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | |
| 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 | 2 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 | 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 1 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 1 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 1 | 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | |
|--|--|--------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 1 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 【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 老人福祉法第29条第1項 に規定する届出 | 1 あり | |
| 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 | 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 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 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 | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | なし | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | 不適合事項がある 場合の内容 | |
|--|-------------------|--|

備考

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

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 _____

※ 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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|-----------------|---------------------|----|----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | | | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 1 有 | ヨウコーキャッスル鳩ヶ谷ヴィラ | 埼玉県川口市鳩ヶ谷本町三丁目24番8号 | ○ | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|-----------------|---------------------|---|--|
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有 | | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 1 有 | ヨウコーキャッスル鳩ヶ谷ヴィラ | 埼玉県川口市鳩ヶ谷本町三丁目24番8号 | ○ | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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 | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------|------|----------------|--|
| | 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス (利用者が全額負担) | 包含※2 | | | 備考 |
| | | | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 2 あり | 3 なし | ○ | | | |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | | 週3回以上は、要支援1,000円／回・要介護2,000円／回(税別) |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 2,500円／回(税別) | 週3回以上 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | ○ | | | |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／30分(税別) | 協力医療機関以外は、付添1名につき左記金額+交通費（実費）。※半径2km以内であれば併せて月2回まで無料 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／30分(税別) | 週2回以上の清掃につき |
| リネン交換 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／回(税別) | 週2回以上の交換につき |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／回(税別) | 週3回以上の洗濯につき |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | 必要時 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 2 なし | | | | |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | 実費 | 実費 |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費 | 実費 |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／30分(税別) | 通常の利用区域外は、代行者1名につき左記金額+交通費（実費） |
| 役所手続き代行 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／30分(税別) | 月1回指定日（川口市内）以外は、代行者1名につき左記金額+交通費（実費） |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 自費 | 希望により年1回 |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | 2 あり | 3 なし | ○ | | | |
| 服薬支援 | 3 あり | 4 なし | ○ | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 4 あり | 5 なし | ○ | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,000円／30分(税別) | 協力医療機関以外は、付添1名につき左記金額+交通費（実費） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,000円／30分(税別) | 週2回以上は、代行者1名につき付添1名につき左記金額+交通費（実費） |
| 入院中の見舞い訪問 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,000円／30分(税別) | 週2回以上は、付添者1名につき付添1名につき左記金額+交通費（実費） |

※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、月額の利用サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

未記入