

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2024 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 荒井 賢志 |
| 所属・職名 | 応援家族東川口 |
| 取込種別 | 2 修正 |
| 被災確認事業所番号 | 1100092000306 |

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) かぶしきがいしゃきのしたのかいご 株式会社木下の介護 | | | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 | | |
| | 法人番号 | 5011101054870 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 163 - 1329 | | | |
| | 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03 | - | 5908 - 1310 |
| | FAX番号 | 03 | - | 5908 - 2382 |
| | メールアドレス | gyoseisyogai-kc | | @ kinoshita-group. c |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | |
| | ホームページアドレス | https:// | www. kinoshita-kaigo. co. jp/ | |
| 代表者 | 氏名 | 佐久間 大介 | | |
| | 職名 | 代表取締役 | | |
| 設立年月日 | 1995 | 年 | 10 | 月 26 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) おうえんかぞく ひがしかわぐち | | | |
| | 応援家族 東川口 | | | |

| | | | | | | |
|---------------|--------------------|-----|------------------------------------|---|-----|--------|
| 所在地 | 〒 333 - 0801 | | | | | |
| | 埼玉県川口市東川口1丁目11番14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 | | 東川口 駅 | | | |
| | 交通手段と所要時間 | | ＪＲ武蔵野線・埼玉高速鉄道「東川口」駅 北口より徒歩5分(800m) | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | 048 | - | 299 | - 5321 |
| | FAX番号 | | 048 | - | 298 | - 8772 |
| | メールアドレス | | kawa @ kinoshita-group. c | | | |
| | ホームページ有無 | | 1 有 | | | |
| | ホームページアドレス | | https:// | www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/support- | | |
| 管理者 | 氏名 | | 荒井 賢志 | | | |
| | 職名 | | 施設長 | | | |
| 建物の竣工日 | | | 2007 | 年 | 3 | 月 1 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | | 2017 | 年 | 4 | 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 | 1170207995 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 川口市 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2017 | 年 | 4 | 月 1 日 | |
| | 指定の更新日（直近） | 2029 | 年 | 4 | 月 1 日 | |

3 建物概要

| | | | |
|--|-----------------|---------|----------------|
| | 敷地面積 | 1189.19 | m ² |
| | | | |
| | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | |
| | 賃貸の種別 | | |

| | | | | | | | | |
|---------|----------------|-----------------|------|----------|---|-------|----------|---|
| 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 | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | | 2009. 09 | | ㎡ | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | | 2009. 09 | | ㎡ | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | | | |
| | 構造 | 2 鉄骨造 | | | | | | |
| | | 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 | | 2 なし | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | | |
| | | | 開始 | | | | | |
| | | | 2007 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 |
| | | | 終了 | | | | | |
| 2026 | 年 | 12 | 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 | 18 | ㎡ | 50 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 27 | ㎡ | 3 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ3 | 2 無 | 2 無 | 6.87 | ㎡ | 1 | 5 一時介護室 | |
| | タイプ4 | | | | ㎡ | | | |
| | タイプ5 | | | | ㎡ | | | |
| | タイプ6 | | | | ㎡ | | | |
| タイプ7 | | | | ㎡ | | | | |
| タイプ8 | | | | ㎡ | | | | |

| | | | | | | |
|---------|---|---|---------------|-----------------|---|----|
| | 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 | 4 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2 | 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 | 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 | 1 | ヶ所 |
| | | | | その他 | | 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 | 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 | 2 | 一部浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | 機能訓練室（食堂と兼用）、健康管理室、相談室、ルーフバルコニー（4階）、多目的室、デイルーム、ランドリー、理美容室 | | | | | |

4 サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|----------|--|
| 運営に関する方針 | <p>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかに温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。</p> |
|----------|--|

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | |
| サービスの提供内容に関する特色 | ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。 |
| 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） | 1 あり |
| | 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 | 2 なし |
| | 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 | 2 なし |

| | | | | |
|--------------------------|---------------|-----|---|-----|
| | 退院・退所時連携加算 | | 2 | なし |
| | 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） | 2 | なし |
| | | （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 | | ○ | 救急車の手配 | |
| | | | 入退院の付き添い | |
| | | ○ | 通院介助 | |
| | | | その他 | |
| | 1 | 名称 | 医療法人社団協友会 東川口病院 | |
| | | 住所 | 埼玉県川口東川口 2－1 0－8 | |
| | | 診療科目 | 内科・外科・胃腸科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・耳鼻咽喉科・循環器科・泌尿器科 | |
| | | 協力科目 | 内科・外科・胃腸科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・耳鼻咽喉科・循環器科・泌尿器科 | |
| | | | | |

| | | | |
|--------|---|------|---|
| 協力医療機関 | | 協力内容 | 年2回の健康診断の機会の提供、緊急時の対応 |
| | | 名称 | 医療法人社団ときわ 赤羽在宅クリニック |
| | 2 | 住所 | 東京都北区赤羽2-69-6 ベティ・ロム1階101 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談 |
| | 3 | 名称 | ひかりクリニック城東 |
| | | 住所 | 東京都足立区綾瀬4-7-10-2階 |
| | | 診療科目 | 内科、老人内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、精神科、皮膚科 |
| | | 協力科目 | 内科、老人内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、精神科、皮膚科 |
| | | 協力内容 | 往診、24時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談 |
| | 1 | 名称 | 医療法人社団 康寧会 立川歯科医院 |
| | | 住所 | 埼玉県戸田市本町2-13-9 |

| | | | |
|----------|---|------|-----------------------------|
| 協力歯科医療機関 | | 協力内容 | 歯科医師による月4回の訪問歯科診療及び口腔ケア等の実施 |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団 樹齢会 岩下歯科医院 |
| | | 住所 | 埼玉県川口市榛松290-2 |
| | | 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 | |
| 判断基準の内容 | 要介護状態等により契約居室で生活に復することが難しいと判断された場合には、より適切な介護サービス提供のため、居室を変更する場合があります。 | | |
| 手続きの内容 | 一 事業者の指定する医師の意見を聴く 二 入居者の意思を確認する 三 身元引受人等の意見を聴く 四 一定期間の観察期間をもうける 五 入居者又は身元引受人等の同意を得る | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | | |
| 居室利用権の取扱い | 住み換え後の居室に移行 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり | | |
| | 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 変更 | その他の変 更 | 1 | あり |
| | | 1 | ありの場合 |
| | | (変更内容) | 介護等の状態により、標準装備品の撤去を行う場合があります。 |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|--|--|----|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 | あり |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則として65歳以上の方（ご夫婦の場合は一方が65歳以上）身元引受人及び連帯保証人を定められる方 ・連帯保証人は、本契約に基づく入居者に対する債務について入居者と連帯して履行の責を負う方です。なお、負担額は入居契約書主表に記載する極度額を限度とします。 ・身元引受人は契約終了時において入居者の身元を引き受ける方です。 ・共同生活に支障をきたすような感染症でない方 ・当施設の利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 | | |
| 契約解除の内容 | (1) 入居者が死亡したとき (2) 第33条（事業者からの契約解除）に基づいて本契約の解除を入居者に通告し、予告期間が満了したとき (3) 第34条（入居者からの契約解除）に基づき本契約の解除を事業者に通告し、予告期間が満了したとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。 <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームに於ける運営を全般的に及びが支障を及ぼすとき | |
| | 解約予告期間 | 3 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| | 1 | あり | |
| | 1 | ありの場合 | |

| | | | |
|---------|---------------------------|------|---|
| 体験入居の内容 | | (内容) | 1泊2日 14,400円、7泊8日以上2週間まで、夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料） |
| 入居定員 | 53 | 人 | |
| その他 | 入居者からの解約予告期間1ヶ月は30日間とします。 | | |

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 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 26 | 11 | 15 | 17.7 |
| 介護職員 | 23 | 9 | 14 | 14.9 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.8 |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 5 | 0 | 5 | 3.1 |
| 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 | 0 | 1 |
| 介護福祉士 | 8 | 1 | 7 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 11 | 5 | 6 |
| 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 | | | |
| 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 ～ 10 時 0 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 | 1 | 人 |

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

| | | | | |
|--|----------------------------------|------------|--|-----|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 （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） | 2.9 | | : 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 | | 2 なし | |
| | | 業務に係る資格等 | 1 あり | | |
| | | | 1 ありの場合 | | |
| | | | 資格等の名称 | | 介護福祉士 |
| | | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | 0 | 0 | 3 | 1 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 0 | 5 | 3 |
| に業 応務 した た従 職事 員の した 人 数 経験 年数 | 1年未満 | 0 | 0 | 3 | 1 |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | 0 | 3 | 4 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 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 |
| | 全額前払い方式 |
| | 一部前払い・一部月払い方式 |
| 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 | 1 減額なし |
| | 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 | 事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。 |
| | 手続き | 費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴く。 |

(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 | | 前払金0円プラン 要介護3 | | 前払金プラン1 対象：要介護3 | |
| | 年齢 | | 86 | 歳 | 86 | 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | | 18 | m ² | 18 | 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 | | 0 | 円 | 2400000 | 円 |
| | 敷金 | | 0 | 円 | 0 | 円 |
| 月額費用の合計 | | | 252787 | 円 | 212787 | 円 |
| 家賃 | | | 114500 | 円 | 74500 | 円 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | 21287 | 円 | 21287 | 円 |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 31500 | 円 | 31500 | 円 |
| | | 管理費 | 85500 | 円 | 85500 | 円 |
| | | 介護費用 | 0 | 円 | 0 | 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 円 | 管理費に含む | 円 |
| | | その他 | 都度払いサービスあり | 円 | 都度払いサービスあり | 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 | 建物所有者への支払い家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋に付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。（施設利用費） |
| 敷金 | 家賃の 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。 | 自立の方は、自立生活サポート費として以下の金額を徴収します。 （1人部屋、夫婦部屋）198,000円/月 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定。 |
| 管理費 | 施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、厨房管理費、本社管理部門人件費等（管理共益費） 厨房管理費30日の場合：37,500円 内訳：軽減税率（8%）8,942円 標準税率（10%）28,558円 |
| 食費 | 朝食：250円 昼食：349円 夕食：451円 ※朝食のみ軽減税率適用 |
| 光熱水費 | 施設全体の水道代、電気代、ガス代（管理共益費に含まれます。） |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2 |
| 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 | 要介護度に応じて介護費用の1割～3割を徴収する。 |
| 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 | 月額単価（円）×想定居住期間＝一時金（前払金）月額単価は家賃相当額である施設利用費の全部又は、一部に充当します。 ＊（想定居住期間）当社既存ホームの実績等を元に第三者機関である公益社団 法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し、60ヶ月と設定しております。 | |
| 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） | なし | 円 |
| 初期償却率 | なし | % |

| | | | |
|--------------|--------------------|----|---|
| 返還金の算 定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | | 返還金＝前払金－1ヶ月分の家賃等の償却額÷30 ×入居日から起算して契約解除等された日までの 日数 居室の原状回復及び支払債務等がある場合には返 還金から差し引かれることがあります。 |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | | 返還金＝前払金÷償却期間×（償却期間－経過月 数） *入居・退去月については1ヶ月を30日として日割 計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ててい たします。 前払金プラン① Aタイプ 日額1,000円 B タイプ 日額1,666円 ・償却年月数を経過すると返還金はなくなりま す。 ・居室の原状回復及び支払債務等がある場合には 返還金から差し引かれることがあります。 |
| 前払金の保 全先 | 3 信託契約を行う信託会社等 | | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | | |
| | | 名称 | りそな銀行 |

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 | 42 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 16 | 人 |
| | 85歳以上 | 34 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1 | 人 |
| | 要支援 1 | 8 | 人 |
| | 要支援 2 | 4 | 人 |
| | 要介護 1 | 12 | 人 |
| | 要介護 2 | 10 | 人 |
| | 要介護 3 | 6 | 人 |
| | 要介護 4 | 6 | 人 |

| | | | |
|-------|--------------|----|---|
| | 要介護 5 | 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 9 | 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 4 | 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 22 | 人 |
| | 5 年以上10年未満 | 13 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 2 | 人 |
| | 15年以上 | 2 | 人 |

（入居者の属性）

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 87.4 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 52 | 人 |
| 入居率※ | 98.1 | % |
| ※ 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 | 4 | 人 |
| | 医療機関 | 2 | 人 |
| | 死亡 | 7 | 人 |
| | その他 | 2 | 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 | 9 | 人 |
| | | (解約事由の例) ご自宅、特養転居の為 | |

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 | | 応援家族 東川口 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | | 299 | | - | | 5321 | | |
| 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 | | 年中無休 | | | | | | | | | |

窓口2

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--------------|---|---|-----|---|----|---|-----|---|--|
| 窓口の名称 | | 本社 介護ご意見110番 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0120 | - | | 100 | | - | | 537 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 10 | 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・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 苦情相談窓口 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | | 824 | | - | | 2568 | | |
| 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・祝日・年末年始 | | | | | | | | | |

窓口4

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-------------|---|----|-----|---|----|---|------|---|--|
| 窓口の名称 | | 川口市福祉部介護保険課 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 048 | - | | 258 | | - | | 1110 | | |
| 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 | | | | | | | | | |

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 | 介護保険・社会福祉事業者 総合保険：あいおいニッセイ同 和損保 |
| 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 | 事故クレームマニュアルに基づ き対応します。 |
| 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等 を把握する取組の状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2023/12/1 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 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 | 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 【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 | | |
| | 不適合事項がある 場合の内容 | |

備考

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

協力医療機関

名称：医療法人社団白報会 メディカルクリニックターラント

住所：埼玉県草加市栄町3-1-14-3

診療科目：内科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科

協力科目：内科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科

協力内容：往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談

協力医療機関連携加算：あり

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）：あり

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 | 1 有 | 木下の介護ふじみ野 | 埼玉県ふじみ野市上福岡5-6-20 | | |
| 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 | リアンレーヴ 川口 | 埼玉県川口市八幡木1-13-12 | | |
| 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 | 1 有 | 木下の介護 川口 | 埼玉県川口市八幡木1-13-12 | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|------------|-------------------|--|--|
| 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 | 1 有 | 木下の介護 ふじみ野 | 埼玉県ふじみ野市上福岡5-6-20 | | |
| <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 | リアンレーヴ 川口 | 埼玉県川口市八幡木1-13-12 | | |
| 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 | 2 無 | | | | |
| 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 | 1 有 | 木下の介護ふじみ野 | 埼玉県ふじみ野市上福岡5-6-20 | | |
| 通所型サービス | 1 有 | 木下の介護 川口 | 埼玉県川口市八幡木1-13-12 | | |
| 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 | | | | | | 1 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) | 個別の利用料金で、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 | | | 備 考 |
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 要介護：必要時適宜 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 要介護：必要時適宜 |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | ①880円／回 ②1,650円 | （巡視（安全確認）） 自立のみ （①見守り入浴） |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円／回 | 要介護のみ：週2回（3回目以降実費） |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 1 あり | ○ | | | （移動） 自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜 |
| 機能訓練 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | ①3,300円／30分 ②1,650円 | （協力医療機関以外） ① 自立② 要支援・要介護 ※交通費は実費 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,320円／回 | 自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1回（2回目以降実費） |
| リネン交換 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,320円／回 | 自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1回 |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 1,320円／回 | 自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週2回（3回目以降実費） |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 330円／回 | 体調不良時適宜 入居者様都合の場合 実費 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 2 なし | | | | |
| おやつ | | 2 なし | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費 | |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | ①660円／回、② 1,650円／ | （①施設指定の店） 自立：週1回 要支援・要介護：週2回目以降実費 |
| 役所手続き代行 | 2 なし | 2 なし | | | | |
| 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 | | ○ | | 年2回の機会提供 |
| 健康相談 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要時適宜 |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要時適宜 |
| 服薬支援 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要時適宜 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 必要時適宜 |

| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
|---------------|---------------|------|------|--|--|--|--|
| | 入退院時の同行 | 2 なし | 2 なし | | | | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 2 なし | | | | |
| | 入院中の見舞い訪問 | 2 なし | 2 なし | | | | |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。
※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
※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。