

医療法人栄心会 さかえグリーンハート川口  
入居契約 兼 (介護予防)特定施設入居者生活介護 利用契約 重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 11 月 1 日
記入者名	高橋 達也
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん えいしんかい 医療法人 栄心会	
主たる事務所の所在地	〒963-8803 福島県郡山市横塚二丁目 15 番 6 号	
連絡先	電話番号	024-941-2202
	FAX 番号	024-941-2201
	ホームページアドレス	<a href="http://www.sakaenaika.jp">http://www.sakaenaika.jp</a>
代表者	氏名	佐藤 栄一
	職名	理事長
設立年月日	平成 15 年 9 月 4 日	
主な実施事業	内科診療所、人工透析センター、介護老人保健施設、デイケア、 介護付有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス、 小規模多機能型居宅介護、訪問介護、居宅介護支援事業所、 サービス付高齢者向け住宅	

2. 有料老人ホーム事業の内容

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) さかえぐりーんはーとかわぐち さかえグリーンハート川口	
所在地	〒333-0801 埼玉県川口市東川口 5 丁目 9 番 16 号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 武蔵野線・埼玉高速鉄道線「東川口」駅
	交通手段と所要時間	最寄駅から 1.1km (徒歩約 12 分)
連絡先	電話番号	048-271-9155
	FAX 番号	048-271-9451
	ホームページアドレス	<a href="http://www.sakae-kawaguchi.jp">http://www.sakae-kawaguchi.jp</a>
管理者	氏名	施設長
	職名	高橋 達也
建物の竣工日	平成 26 年 12 月 25 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 27 年 3 月 1 日	

**(類型)【表示事項】**

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 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	特定施設入居者生活介護事業所川口市指定1170206823号 介護予防特定施設入居者生活介護川口市指定 1170206823号 短期利用特定施設入居者生活介護川口市指定 1170206823号
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 27 年 3 月 1 日
	指定更新日	—

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1,470.00 m <sup>2</sup> (444.67 坪)	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 27 年 3 月 1 日~平成 57 年 2 月 28 日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	地上 3 階建 2,001.39 m <sup>2</sup> (605.42 坪)
		内、老人ホーム部分	2,001.39 m <sup>2</sup> (605.42 坪)
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 重量鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
抵当権の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 27 年 3 月 1 日~平成 57 年 2 月 28 日) 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室	
		2 相部屋あり	
		最少	人部屋
		最大	人部屋

		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ1	あり	なし	18.01 m <sup>2</sup>	36室	介護居室
	タイプ2	あり	なし	18.46 m <sup>2</sup>	4室	介護居室
	タイプ3	あり	なし	18.90 m <sup>2</sup>	8室	介護居室
	タイプ4	あり	なし	19.59 m <sup>2</sup>	2室	介護居室
共用施設	共用便所における便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		5ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		5ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個浴		3ヶ所	
			大浴場		—	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア浴		1ヶ所	
			リフト浴		—	
	食堂	1	あり	2	なし	
入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	2	なし		
エレベーター	1	あり (車椅子対応)	2	あり (ストレッチャー対応)	3	あり (上記1・2に対応しない)
	4	なし				
消防用設備等	消火器	1	あり	2	なし	
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし	
	火災通報装置	1	あり	2	なし	
	スプリンクラー	1	あり	2	なし	
	防火管理者	1	あり	2	なし	
	防災計画	1	あり	2	なし	
その他	談話室、図書コーナー、洗濯室、相談室、会議室、健康管理室、機能訓練室、事務室、汚物処理室、介護・看護職員室、厨房					

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<p>尊敬と感謝の念をもって接し、きめ細やかなサポートに努めます。 常に向上心をもってサービス向上に努めます。 法令、社会的ルールを遵守し、安心して健全な事業運営に努めます。</p>					
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じたリハビリの実施。</li> <li>・往診医と看護師オンコール体制による24時間の健康管理。</li> <li>・居室担当制と全室個室によるプライバシー保護。</li> </ul>					
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	3	なし
食事の提供	1	自ら実施	2	委託 (株LEOC)	3	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託 (リキューセイワ株)	3	なし
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし
安否確認又は状況把握サービス	1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	1	自ら実施	2	委託	3	なし

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護 の加算の対象となる サービス提供	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	サービス提供体制強化加算	1	あり(I)イ	2	なし	
	介護職員処遇加算	1	あり(I)	2	なし	
	認知症専門ケア加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	身体拘束廃止未実施減算	1	減算型	2	基準型	
人員配置が手厚い介護 サービスの実施の有無	1	あり	【介護・看護職員の配置率】 2.5 : 1		2	なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	救急車の手配			
	2	入退院の付き添い			
	3	通院介助			
	4	その他（医療機関の情報提供）			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団協友会 東川口病院		
		住所	埼玉県川口市東川口 2-10-8（ホームから約 650 m）		
		診療科目	内科、整形外科、外科、消化器外科、脳神経外科、小児科、 循環器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科		
		協力内容	通院診療、緊急時対応、健康診断。（医療費実費）		
	2	名称	医療法人社団悠翔会 在宅クリニック川口		
		住所	埼玉県川口市柳崎 4-8-33（ホームから約 6.5 km）		
		診療科目	内科、精神科、整形外科、皮膚科		
		協力内容	訪問診療、健康相談、健康診断、緊急時対応。（医療費実費）		
協力歯科 医療機関	1	名称	医療法人社団コンパス コンパスクリニック大宮		
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町 4-193-2（ホームから約 16km）		
		協力内容	訪問歯科診療、口腔衛生ケア。（医療費実費）		
	2	名称	もがき歯科医院		
		住所	埼玉県川口市東川口 3-6-25-2F（ホームから約 600m）		
		協力内容	歯科診療、口腔衛生ケア。（医療費実費）		
	3	名称	金谷歯科クリニック		
		住所	埼玉県川口市東川口 4-19-11 パルティール参番館 101 （ホームから約 500m）		
		協力内容	歯科診療、口腔衛生ケア。（医療費実費）		

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他	
判断基準の内容	入居者の要介護度の状況、介護・医療依存度が高い場合に、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	①事業者の指定する医師の意見を聴く ②緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の内容、専有面積の変更を入居者及び身元引受人等に説明を行う ④入居者または身元引受人の意見・同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	65歳以上または要支援・要介護の者。 経鼻栄養、気管切開など入居不可。その他の医療依存度などは要相談。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を 求める場合	解約条項	入居時提出書類に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。月払いの利用料を3ヶ月以上滞納したとき。入居契約書等で禁止又は制限される行為を行ったとき。等
	解約予告期間	90日間
入居者からの解約予告期間	30日間	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1泊2日3食付5,980円(税込)) 2 なし	
入居定員	50人	
その他	身元引受人1名、緊急連絡先2名を要する。	

## 5. 職員体制

### (職員別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		0.5
生活相談員	2人	2人		1.5
直接処遇職員	21人	18人	3人	18.8
介護職員	18人	16人	2人	16.1
看護職員	3人	2人	1人	2.7
機能訓練指導員	1人	1人		1.0
計画作成担当者	1人	1人		1.0
事務員	1人	1人		0.5
調理員	(委託)			
その他職員	(委託)			
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数				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。				

### (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			
介護福祉士	10人	9人	1人
実務者研修の修了者	1人	1人	
初任者研修の修了者	5人	4人	1人
介護支援専門員	2人	2人	

### (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	1人	1人	
柔道整復士			
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 (19時30分～7時)		
	平均人数	最小人数 (休憩者等除く)
看護職員	オンコール対応	オンコール対応
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	契約上の職員配置比率 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2.0 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 d 3.0 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での入居者数 : 常勤換算職員数)	2.4 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (事務員)      2 なし								
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり								
		資格等の名称	介護福祉士・社会福祉主事							
		2 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	3人		4人	1人			1人			
前年度1年間の退職者数	2人	1人	1人	1人			1人			
業務に従事した経過年数に応じた職員の人数	1年未満			2人						
	1年以上 3年未満			1人					1人	
	3年以上 5年未満			2人						
	5年以上 10年未満	1人		8人	1人					
	10年以上	1人	1人	3人	1人	2人		1人		
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり (夜勤5回以上は年2回実施)				2. なし			

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式		
利用料の支払い方法【表示事項】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	3 月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費・保険分日割り） <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	消費者物価指数及び人件費等上昇等を勘案し、料金が不当となった場合。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴き、料金を改定する。	

### (利用料金のプラン)

		月払いプラン	前払金 プラン A・B	1年契約プラン
入居者の状況	要介護度	要支援・要介護	要支援・要介護	要支援・要介護
	年齢	原則 65歳以上	A) 80～89歳 B) 90歳以上	原則 65歳以上
居室の状況	床面積	18.01～19.59㎡	18.01～19.59㎡	18.01～19.59㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	A) 1,800,000円 B) 1,440,000円	720,000円
	敷金	270,000円	0円	0円
月額費用の合計		219,600円	189,600円	159,600円
家賃		90,000円	60,000円	30,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ※1の費用		本紙、特定施設入居者生活介護に関する利用料の 算定根拠参照	
	介護 保険外 ※2	管理費	70,200円	
		食費	59,400円	
		介護費用	—	
		水光熱費	管理費含む	
その他		都度払いサービスあり(別添2)介護サービス等一覧表参照		



- ※1 介護予防・地域密着の場合を含む。
- ※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サービスであっても、本欄には記載していない）

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
敷金（非課税）	居室の明け渡し完了後に未払い家賃・損害金・その他入居者の負担すべき債務。
家賃（非課税） ※先払い制・入退去時日割り	居室及び共用施設を利用するための家賃相当額または一部。施設の設定に要した費用、修繕費、管理事務費、賃借料、等を基礎として1室あたりの家賃を算出。
管理費（税込） ※入退去時日割り	共用施設の維持管理費・消耗品費・事務管理部門の人件費及び事務費、居室及び共用施設の水道光熱費、入居者への日常生活支援サービス費。
食費（税込）	食材料費、調理委託費、調理の水道光熱費、食器等の備品。
水光熱費	管理費含む
利用者の個別的な選択サービスによるサービス利用料	（別添2）介護サービス一覧表等参照
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)**

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	基本報酬、及び加算の利用者負担分。			
＜特定施設入居者生活介護利用者負担分の30日分の目安＞				
区分	基本単位	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要支援1	180 単位/日	5,546 円/月	11,092 円/月	16,638 円/月
要支援2	309 単位/日	9,521 円/月	19,041 円/月	28,561 円/月
要介護1	534 単位/日	16,453 円/月	32,905 円/月	49,358 円/月
要介護2	599 単位/日	18,456 円/月	36,911 円/月	55,366 円/月
要介護3	668 単位/日	20,581 円/月	41,162 円/月	61,743 円/月
要介護4	732 単位/日	22,553 円/月	45,106 円/月	67,659 円/月
要介護5	800 単位/日	24,648 円/月	49,296 円/月	73,944 円/月
夜間看護体制加算	10 単位/日	309 円/月	617 円/月	925 円/月
個別機能訓練加算	12 単位/日	370 円/月	740 円/月	1,110 円/月
サービス提供体制強化加算	18 単位/日	555 円/月	1,109 円/月	1,664 円/月
医療機関連携加算	80 単位/月	83 円/月	165 円/月	247 円/月
介護職員処遇加算	所定単位数×8.2%			
看取り介護加算	死亡日以前4日以上30日以下：144 単位/日 死亡日の前日及び前々日：680 単位/日 死亡日：1,280 単位/日 ※最大 6,528 単位			
退院・退所時連携加算	30 単位/日（入居から30日以内）			
入居継続支援加算	36 単位/日			

生活機能向上連携加算	100 単位/月
若年性認知症入居者受入加算	120 単位/日
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月
栄養スクリーニング加算	5 単位/回 (6 か月に 1 回限度)
身体拘束廃止未実施減算	10%/日減算
※上記金額は地域加算 10.27 含む。夜間看護体制加算は要介護者のみ加算。 介護職員処遇加算は看取り加算以外適用。看取り介護加算は同意書をもって加算。	
特定施設入居者生活介護※1 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)	—
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡 (平成 24 年 3 月 16 日付) で示された算式に基づき算定。	
想定居住期間 (想定償却月数)	前払金プラン A	60 ヶ月
	前払金プラン B	48 ヶ月
	1 年契約プラン	12 ヶ月
償却の開始日	入居日の翌日	
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	
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	$(入居一時金) \div (想定居住月数) \div 30 \times$ (入居から契約終了日までの日数) ※月額利用料は日割り計算で受領します。
	入居後 3 月を超えた契約の終了	$(入居一時金) \div (償却期間の日数) \times$ (契約終了日から償却期間満了日までの日数)
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 (1 年契約プラン適用なし)	
	5 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	13 人	
	女性	36 人	
年齢別	65 歳未満		
	65 歳以上 75 歳未満	5 人	
	75 歳以上 85 歳未満	10 人	
	85 歳以上	33 人	
要介護度別	自立		
	要支援 1	5 人	
	要支援 2	4 人	
	要介護 1	14 人	
	要介護 2	8 人	
	要介護 3	8 人	
	要介護 4	8 人	
要介護 5	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	10 人
		1 年以上 5 年未満	30 人
		5 年以上 10 年未満	
		10 年以上 15 年未満	
15 年以上			

### (入居者の属性)

平均年齢	86.0 歳
入居者数の合計	49 人
入居率※	98%
※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	2 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	5 人
	逝去	4 人
	その他	
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	14 人
		(解約事由の例) 自宅復帰。入院・入居中逝去。他施設転居。

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口の名称		さかえ グリーンハート川口	埼玉県消費生活 支援センター	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		048-271-9155	048-261-0999	03-3548-1077
対応して いる時間	平日	9:00～17:00	9:00～16:00	10:00～17:00
	土曜	9:00～17:00	9:00～16:00	—
	日曜・祝日	9:00～17:00	—	—
定休日		なし	日祝 12/29～1/3	土日祝 12/29～1/3

窓口の名称		川口市福祉部 介護保険課	川口市都市計画部 住宅政策課	川口市民生活部 市民相談室
電話番号		048-259-7293	048-242-6326	048-259-9037
対応して いる時間	平日	8:30～17:15	8:30～17:15	8:30～17:15
	土曜	—	—	—
	日曜・祝日	—	—	—
定休日		土日祝 12/29～1/3	土日祝 12/29～1/3	土日祝 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) あいおいニッセイ同和損保の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入。
	<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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び緊急連絡人に報告します。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。但し、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<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	平成 30 年 3 月 10 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 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"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
管理規定	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3	公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3	公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3	公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1	あり	(開催頻度) 年 2 回	
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	<input type="checkbox"/> 1	代替措置あり	(内容)	
	<input type="checkbox"/> 2	代替措置なし		
提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1	あり (提携ホーム名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法第 29 条 1 項に 規定する届出	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	<input type="checkbox"/> 3	サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要		
高齢者の居住の安定確保に関する 法律第 5 条第 1 項に規定する サービス付き高齢者向けの住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	<input type="checkbox"/> 3	該当なし		
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"/> 1	適合している (代替措置)		
	<input type="checkbox"/> 2	適合している (将来の改善計画)		
	<input type="checkbox"/> 3	適合していない		
有料老人ホーム設置運営指導指針の 不適合事項	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
不適合事項がある場合の内容				

添付書類：(別添 1) 別に実施する介護サービス  
 (別添 2) 介護サービス等の一覧表  
 (別添 3) 短期利用サービス等の概要  
 (別添 4) 入居のしおり

説明年月日： 平成 年 月 日

説明を受けた者

印

説明者署名

印

※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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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		
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		
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		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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		
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		
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		

(別添2) 介護サービス等の一覧表

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	2. なし
	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（一部負担）	特定施設入居者生活介護一時金月額の利用料等で実施するサービス（月額利用料）	別途利用料を徴収した上で実施するサービス（全額負担）	備考 (表記料金：税込)	
<b>介護サービス</b>					
食事介助	あり	なし	なし	保険給付	
排せつ介助・おむつ交換	あり	なし	なし	保険給付	
おむつ代		なし	あり	自己負担（持ち込み可）	
個浴介助・清拭	あり (週2回まで)	あり (週3回目)	あり (週4回以上)	原則2回。希望に応じて週3回 週4回以上から1,080円/回	
特浴介助・清拭	あり (週2回まで)	あり (週3回目)	あり (週4回以上)	原則2回。希望に応じて週3回 週4回以上から1,080円/回	
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	なし	保険給付	
機能訓練	あり	あり	なし	保険給付＋加算給付＋管理費	
通院介助	あり	あり	あり	協力医療機関は保険給付＋管理費 それ以外1,080円/30分（交通費別）	
<b>生活支援サービス</b>					
居室清掃	なし	あり (週1回)	あり	清掃週1回 ゴミ交換毎日（管理費） それ以外1,080円/30分	
リネン交換	なし	あり (週1回)	あり	規定日週1回と汚染時随時（管理費） それ以外1,080円/回	
日常の洗濯	なし	あり (週3回)	あり	規定日週3回（管理費） それ以外1,080円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり (体調不良・来客)	あり	体調不良・来客時（管理費） それ以外108円/回	
入居者の嗜好に応じた特別な食事		なし	あり	自己負担	
おやつ		あり	あり	食費に含む それ以外自己負担	
理美容師による理美容サービス		なし	あり	実費（外部訪問理美容） 毎月第2・4金曜日（カット2,000円～）	
買い物代行	なし	あり (週1回)	あり (川口市内)	毎週月曜日実施（管理費） それ以外市内に限り1,080円/30分	
役所手続き代行	なし	なし	あり (川口市内)	川口市内に限り1,080円/30分 介護保険更新変更手続き随時対応	
金銭・貯金管理		なし	なし	原則として行なわない	
送迎サービス	なし	なし	あり	短期利用片道500円（30分程度） それ以外1,080円/30分	
<b>健康管理サービス</b>					
定期健康診断		なし	あり (自己負担)	希望により年2回（自己負担）	
健康相談	なし	あり	なし	適宜実施（管理費）	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	適宜実施（管理費）	
服薬支援	なし	あり	なし	適宜実施（管理費）	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	適宜実施（管理費）	
<b>入退院時・入院中のサービス</b>					
移送サービス	なし	なし	あり	1,080円/30分	
入退院時の同行	なし	あり	あり	協力医療機関の適宜実施（管理費） それ以外1,080円/30分（交通費別）	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	協力医療機関のみ週1回（管理費） それ以外1,080円/30分（交通費別）	
入院中の見舞い訪問	なし	なし	あり	1,080円/30分（交通費別）	

(別紙 3) 短期利用サービス等の概要

(1) サービス内容

利用可能期間	最短 1 日 ~ 最長 30 日
サービスの内容	重要事項説明書「4. サービスの内容」と同一である

(2) 利用料

		短期利用サービス					
利用者の状況	要介護度	要介護	年齢	なし			
居室の状況	床面積	18.01~19.59 m <sup>2</sup>	便所	1	あり	2	なし
	浴室	1	あり	2	なし		
月額費用の合計		4,980 円					
家賃		2,200 円					
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	< 特定施設入居者生活介護利用者負担分の 1 日分の目安 >					
		基本単位	自己負担分 (1割)	自己負担分 (2割)	自己負担分 (3割)		
	要介護 1	534 単位/日	549 円/日	1,097 円/日	1,097 円/日		
	要介護 2	599 単位/日	616 円/日	1,231 円/日	1,231 円/日		
	要介護 3	668 単位/日	686 円/日	1,372 円/日	1,372 円/日		
	要介護 4	732 単位/日	752 円/日	1,504 円/日	1,504 円/日		
	要介護 5	800 単位/日	822 円/日	1,644 円/日	1,644 円/日		
	夜間看護体制加算	10 単位/日	11 円/日	22 円/日	22 円/日		
	サービス提供体制強化加算	18 単位/日	20 円/日	40 円/日	40 円/日		
	介護職員処遇加算	所定単位数×8.2%					
※上記金額は地域加算 10.27 含む。介護職員処遇加算は加算適用。							
介護保険外※2	管理費	800 円					
	食費	1,980 円					
	介護費用	—					
	水光熱費	管理費に含む					
	その他	送迎サービス片道 500 円 (30 分程度)。 都度払いサービスあり (別添 2) 介護サービス等一覧表参照。 算定根拠は重要事項説明書の 6.利用料金(利用料金の算定根拠)と同一。					
支払方法		毎月末締めで、翌月 15 日までに指定先へ請求書を送付し、27 日までに指定銀行口座へ振り込み、もしくはホームの窓口にて支払い。					

(3) その他

利用(契約)に際しての留意点、特記事項等	別途、特定施設入居者生活介護利用契約書を締結。
----------------------	-------------------------