

重要事項説明書

記入年月日	平成28年7月1日
記入者名	清水 哲也
所属・職名	ライフコミュニケーション川口・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	名称	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	
主たる事務所の所在地	〒163-1308	
	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8階	
連絡先	電話番号	03-5908-1310
	FAX番号	03-5908-2382
	ホームページアドレス	なし あり : http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
代表者	職名	代表取締役
	氏名	佐久間 大介
設立年月日	昭和・平成 7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) らいふこみゅーん かわぐち ライフコミュニケーション 川口	
所在地	〒334-0075	埼玉県川口市江戸袋 1-11-27
主な利用交通手段	最寄駅	川口 駅
	交通手段と所要時間	・JR 京浜東北線「川口」駅より東武バス及び国際興業バス(草加駅西口行) 約 14 分「江戸袋」停留所下車 徒歩約 3 分
連絡先	電話番号	048-282-6092
	F A X 番号	048-282-6015
	ホームページアドレス	http://.kinoshita-kaigo.co.jp/facilities/state/saitama/kawaguchi.html
管理者	職名	施設長
	氏名	清水 哲也
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 11 年 1 月 12 日

(類型)【表示事項】

<p>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)</p> <p>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)</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	1170200446
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 12 年 3 月 24 日
	指定の更新日 (直近)	平成 26 年 4 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	554.88 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年月日～年月日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	937.4 m ²
		うち、老人ホーム部分	937.4 m ²

	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 2 鉄骨造 3 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (ALC 造)													
	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													
<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="4"> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成10年12月1日～平成30年11月30日) 2 なし </td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> </table>		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成10年12月1日～平成30年11月30日) 2 なし				契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし														
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成10年12月1日～平成30年11月30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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	11.49 m ²	29	介護居室個室									
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²											
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²											
	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所											
			うち車いす等の対応が可能な便房	1ヶ所											
	共用浴室	1ヶ所	個室	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	ヶ所											
			リフト浴	1ヶ所											
			ストレッチャー浴	ヶ所											
その他 ()			ヶ所												
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知機	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 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	当施設は、介護ビジネスが社会的責任を有する事業であることを自覚し入居者のニーズに沿ったサービスを提供し、「安心、安全、こころの介護」に努めるとともに、高齢者とそのご家族のクオリティオブライフ（QOL）をサポートすることを経営理念として高齢者がいつまでも生き生きと暮らせる環境作りを目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	<p>1、業界屈指の研修プログラムを経て高い介護知識と経験を持ったヘルパーが以下の対応に努めます。</p> <p>(1) ご入居者個々の好みや体調を把握 (2) 自立支援を目指した介護の実践 (3) ご家族とご入居者のパイプ役等</p> <p>2、入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じたときは、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは、119番通報による医療機関への搬送等を行います。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行うなどの適切な対応を行います。</p> <p>3、事故については、上記対応に加えて、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。</p> <p>4、災害発生時は、入居者の生命と安全を確保することを最優先課題とし、管轄消防署に届け出ている消防計画を通じて、あらゆる災害に対して安全対策を講じます。非常災害対策として、非常食を用意しておきます。また、成人用紙おむつなどの消耗品も適宜確保しておきます。エレベーター・ボイラー・下水道処理設備等の設備は、法令により資格を有する者が定期的に点検・整備します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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) : 1		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 ※2、3は別途料金発生する場合あり <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 大成会 武南病院
		住所	埼玉県川口市東本郷 2026
		診療科目	内科・外科・消化器科・整形外科・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・婦人科・歯科
		協力内容	緊急時対応
	2	名称	リアンレーヴ 高田馬場クリニック
		住所	東京都新宿区下落合 1-6-9
		診療科目	内科・外科・神経内科
		協力内容	訪問による往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談
	3	名称	医療法人健仁会 益子病院
		住所	埼玉県川口市芝中田 2-48-6
		診療科目	内科、外科、神経内科／内科、外科、整形外科、麻酔科、胃腸科、肛門科、呼吸器科、人口透析、脳神経外科、泌

		泌尿科、循環器科、リハビリ科、人間ドック、放射線科、 心臓血管外科、小児科
	協力内容	往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談
協力歯科医療機関	名称	ラビット歯科
	住所	埼玉県戸田市新曽 1292-4
	協力内容	訪問歯科、歯科検診、緊急時対応

(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	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	適切な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者・契約者及び連帯保証人等の同意を得て、一定の観察期間を設けます。	
手続きの内容	(1) 医師の意見を聴くこと (2) 入居者、契約者及び連帯保証人等の同意を得ること (3) 一定の観察期間を設けること	
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て発生	
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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】	自立しているもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	(1) 入居者が死亡したとき (2) 事業者が第36条(事業者の契約解除)に基づいて本契約の解除を契約者に通告し、予告期間が満了したとき (3) 契約者が第37条(契約者の契約解除)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	<p>1.事業者は、契約者又は入居者が事前通告なし、不明確又は虚偽の理由で長期不在（1か月以上）になり、契約者に契約継続の意向がないと事業者が判断した場合、入居契約書に定める各種事項に違反が認められる等の場合に加えて、そのことが入居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は、契約者に対し通告の上、三か月間の予告期間を置いて、入居契約の解除を通告することができるものとします。</p> <p>2.事業者は、契約者又は入居者が不正な手段で入居者を入居させようとした場合、各支払を滞納した場合、故意または重大な過失による施設・設備を汚損・破損・滅失させた場合、当施設の入居者・従業者に対して故意による暴力行為・誹謗中傷等がある等の場合は、通知催告を要しないで入居契約を即時解除することができる。</p> <p>（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書第36条「事業者の契約解除」を参照下さい）</p>
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		7日以上
体験入居の内容	<p>① あり（内容：1泊2日 夕・朝食付 14,100円 原則2週間迄）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	29名	
その他		

5. 職員体制

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	11			9.3
看護職員	1	1		1.0
介護職員	10	6	4	8.3
機能訓練指導員	1		1	0.5
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	2	2	
実務者研修	2	2	
介護職員初任者研修	4	2	2
介護支援専門員			

(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
看護師及び准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1		1
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 時 ~ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2	1

(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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 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)	2.6 : 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 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称	介護福祉士								
	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			1	1						
前年度1年間の退職者数										
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満									
	1年以上 3年未満	1		3	2	1				1
	3年以上 5年未満			3	2			1		
	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					1 あり 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】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【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	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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 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	
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、入居者又は契約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 前払金0円プラン (個室)	プラン2 前払金プラン① (個室)	
入居者の状況	要介護度	① 要介護3 ② 自立	① 要介護3 ② 自立	
	年齢	86歳	86歳	
居室の状況	床面積	11.49 m ²	11.49 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	1,800,000円	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		① 218,620円 ② 392,500円	① 188,620円 ② 362,500円	
家賃		43,600円	13,600円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		20,520円	20,520円
	介護保険外※2	食費	68,100円	68,100円
		管理費	86,400円	86,400円
		介護費用	① (要支援・要介護者) 0円 ② (自立者) 194,400円	① (要支援・要介護者) 0円 ② (自立者) 194,400円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

項目	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	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) 194,400円/月 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定。

	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	水道光熱費、施設の設定備・修繕・管理、施設運営に係る本社間接費に係る費用を基礎に算定している（管理共益費）
食費	日額2,270円（1日3食30日の場合68,100円） 特別食は別途実費負担となります。
光熱水費	管理費（管理共益費）に含む
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	要介護度に応じて介護費用の1割～2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）※前払い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（償還年月数）	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	
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 但し、入居契約書第34条に定める原状回復（故意重過失による汚損、破損等の場合）が必要となった場合の費用や、入居者に負担させることが妥当と認められる諸費用※を差し引いた金額を無利息で契約者に返還致します。※内容及び方法については、入居者（又は契約者）並びに事業者にて協議するものとします。
	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いたします。 前払金プラン① 日額1,000円 *居室の原状回復費及び支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。
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 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称： ）

7 入居者の状況

性別	男性	7人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	人
	要支援1	1人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	8人
	要介護3	2人
	要介護4	7人
	要介護5	4人
入居期間別	6か月未満	4人
	6か月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	83.4歳
入居者数の合計	24人
入居率※	82.7%
※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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	7人
	死亡者	人
	その他	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	0人

		(解約事由の例)
--	--	----------

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)※4カ所以上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		本社窓口：お客様相談担当
電話番号		03-5908-1310
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		上記時間帯以外は留守番電話により受け付けし、折り返しご連絡します。

窓口の名称		ライフコミュニケーション川口 (担当：清水 哲也)
電話番号		048-452-8121
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日

窓口の名称		埼玉県庁福祉部高齢者福祉課施設・事業者指導担当
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日

窓口の名称		川口市役所介護保険課
電話番号		048-259-7296
対応している時間	平日	9:00 ～ 17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) ウォームハート：損害保険ジャパン日本興亜
	2 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"/> 1 あり	(その内容) 事故クレームマニュアルに基づき対応します。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 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"/> 1 あり	実施日	平成 27 年 8 月 1 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 2 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 checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 checked="" 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
財務諸表の要旨	<input checked="" 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
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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 <u>1</u> 回
	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	1 あり (提携ホーム名：_____)	
【表示事項】	<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 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" 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住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 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	
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 平成 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 事業主体が埼玉県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	木下の介護 大宮	さいたま市大宮区天沼町 2-150-1
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	ライフコミュニケーションふじみ野	ふじみ野市丸山 4-4
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	木下の介護 大宮	さいたま市大宮区天沼町 2-150-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	木下の介護 大宮	さいたま市大宮区天沼町 2-150-1
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	ライフコミュニケーションふじみ野	ふじみ野市丸山 4-4
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		

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

(施設名：ライフコミュニケーション川口)

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						なし	あり	備 考
	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	料金※3	
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
巡回	なし	あり	なし	あり	◆			自立：昼間2回夜間4回 要支援・要介護：昼間・夜間各5回
食事介助	なし	あり	なし	あり	◆			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代	/		なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	◆	○	2,760円/回	週2回まで介護保険で提供し、 希望により週3回目から実費で提供
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,810円/回	同上
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり	◆			1日1回
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	① 随時 ② 1,570円/時間	① 協力医療機関 ② 協力医療機関外（別途交通費） ※① 自立除く
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	◆			自立：週2回 要支援・要介護：1日1回
リネン交換	なし	あり	なし	あり	◆			週1回
ベッドメイク	なし	あり	なし	あり	◆			自立：適宜 要支援・要介護：1日2回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	◆			週3回
衣服の整理・補修	なし	あり	なし	あり	◆			随時
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆			1日3回（食堂移動不可の場合） 自立：適宜
入居者の嗜好に応じた特別な食事	/		なし	あり				
おやつ	/		なし	あり				イベント時等一部実費
理美容師による理美容サービス	/		なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	① 650円/時間 ② 1,570円/時間	① 近所 ② 遠方（別途交通費）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,570円/時間	
金銭・貯金管理	/		なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		○	実費	年2回の機会提供
健康相談	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜

生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	◆			必要時適宜
緊急時対応	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	◆			24時間対応
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				要支援・要介護：必要に応じ随時
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,570円/時間	要支援・要介護：協力医療機関以外
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
その他サービス								
レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		材料費等一部実費負担
外食・ドライブ・カルチャー活動等	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,570円/時間	
外気浴	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	650円/時間	自立のみ費用徴収
買物付添い等	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	650円/時間	

※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、月額の利用者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。

◆：自立生活サポート費として月額の利用者サービス費用に包含（自立者のみ）