

応援家族 東川口

有料老人ホーム 重要事項説明書

株式会社木下の介護

重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	西内 信二郎
所属・職名	応援家族 東川口・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	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 6 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	http:// 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	昭和・平成 7年 10月 26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) 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	
主な利用交通手段	最寄駅	東川口 駅
	交通手段と所要時間	J R 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

	ホームページアドレス	http:// www.kinoshita-kaigo.co.jp/
管理者	氏名	西内 信二郎
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 19 年 3 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29 年 4 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
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	埼玉県
	事業所の指定日	平成 29 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 189. 19 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	2, 009. 09 m ²
		うち、老人ホーム部分	2, 009. 09 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
	<input type="checkbox"/> 3 木造		
	<input type="checkbox"/> 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		
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成 19 年 1 月 1 日～平成 38 年 12 月 31 日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	50	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	27.00 m ²	3	介護居室個室
	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	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	<input 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 type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記 1・2 に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

	火災通報設備	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					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>より良いサービスを提供できるように常に施設職員のレベルアップをします。</p> <p>【新規採用職員研修】 新規職員に対して行うものであり、新規職員採用時に随時行います。</p> <p>【次段階研修】 採用後2～3ヶ月の勤務経験を経たものを対象として、2ヶ月に1度の割合にて開催します。 ビデオ及び介護映像により研修を行うとともに 初歩的な介護事例を用いてのケーススタディーを行います。</p> <p>【定期研修】 毎月定期的に行うものであり、全職種を通じて原則参加するものです。 ここでは、施設内の介護事例の把握・研究や困難事例の研究等を通じて、職員全体のレベルアップを図ることを目的としています。</p> <p>【主要職研修】 生活相談員、看護職員、計画作成担当者、機能訓練指導員及び施設長の管理職を含めた形で、サービスとしてのより良い介護が提供できるかや、今後どのようなサービスを行っていくのかなど、サービスの根幹にかかわる問題について、研修等を行っていくものです。</p> <p>【管理者研修】 管理者を対象として行うもので、施設の経営・運営についての研修を行います。内容としては、財務・人事等についてより健全で効率的な運営を行うための研修を行います。また、場合によっては外部セミナー等の参加も予定しています。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ご入居者様には介護居室ごとの担当制度を設けており、ご入居者様個々の身体状況を細部に渡り把握し、少しでも身体の状況に変化が有すればすばやく対応し、ご家族様と連絡を取</p>

	り合い速やかに介護プランの変更を行っています。又、会社の方針としてご入居者様・ご家族様との話し合いに、現場スタッフ・ホーム責任者と共に本部役員も積極的に同席し、諸問題を速やかに解決することも介護サービスの一環と考えて、実施しています。
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	<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 4 その他 ()	
※複数選択可		
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 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、麻酔科、

	2	協力内容	緊急時の対応、健康相談
		名称	
		住所	
		診療科目	
協力歯科医療機関		協力内容	
	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 2-16-10	
		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

(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 2 介護居室へ移る場合 3 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 2 なし	
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 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (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。 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 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
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） ・身元引受人を定められる方 ・身元引受人は契約者と連帯して契約を履行し、契約終了時において契約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 	
契約の解除の内容	<p>入居者からの契約解除</p> <p>1 入居者等は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に契約解除の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解除の申し入れは事業者の定める退居届出書を事業者に届出るものとします。</p> <p>2 入居者等が前項の退居届出書を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、本契約は解除されたものと推定します。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者からの契約解除</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居申込書等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 二 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 三 第20条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき 五 入居者の身体の状態が常時医療行為を伴うとき <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、</p>

	<p>事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>3 本条第1項第4号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p>	
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：1泊2日 8,500円 *食事(3食)介助代込） 利用の上限：4泊5日</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		53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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	27			19.4
介護職員	25	12	13	18.4
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者	1		1	0.7

栄養士				業務委託
調理員				業務委託
事務員				
その他職員	4		4	2.6
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		6
実務者研修の修了者	5	3	2
初任者研修の修了者	10	6	4
介護支援専門員	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	2	2	
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 (16時 ~ 10時)		
	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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.1 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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							
	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			2	4						
前年度1年間の退職者数			2	4						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1		2	6					1
	1年以上 3年未満	1		4	6					
	3年以上 5年未満			2	1	1			1	
	5年以上 10年未満			1						
	10年以上			3						
	従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<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	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 <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	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	プラン2 前払金プラン①
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	18.00 m ²	18.00 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" 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		① 243,040円 ② 416,920円	① 219,980円 ② 386,920円
家賃		121,000円	91,000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	58,320円	58,320円
		管理費	43,200円	43,200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	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり

※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	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額は含まない。
管理費	水道光熱費、施設の設備・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	外部委託厨房業者への支払い等により算定しています。 1日 1,944円 朝食：540円(食材費216円)・昼食：648円(食材費259円)・夕食：756円(食材費324円)
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	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 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。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	5人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	2人
	死亡者	4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	9人
		(解約事由の例) 長期入院の為

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) ※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		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00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分
	日曜・祝日	9時00分～18時00分
定休日		年中無休
窓口の名称		本社窓口：介護ご意見 110番
電話番号		0120-100-537
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分
	日曜・祝日	9時00分～18時00分
定休日		年末年始
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時00分～17時00分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日・祝祭日
窓口の名称		川口市 介護保険課
電話番号		048-258-1110
対応している時間	平日	9時00分～17時00分

間	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祭日
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時00分～17時00分
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祭日

(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) 総合賠償責任保険 (損害保険ジャパン日本興亜: ウォームハート)
	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 年 月 日
		結果の開示	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
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	1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	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 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 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 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	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	<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	
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		
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		
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	木下の介護越谷	埼玉県越谷市大字平方2162-8
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	応援家族 越谷 (他3ヶ所)	越谷市伊原1-4-52
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		
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	木下の介護川口	埼玉県川口市八幡木1-13-12
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	木下の介護川口	埼玉県川口市八幡木1-13-12
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	木下の介護越谷	埼玉県越谷市大字平方2162-8
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	応援家族 越谷 (他3ヶ所)	越谷市伊原1-4-52
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：応援家族 東川口)

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						
介護サービス									
巡回	なし	あり	なし	あり	◆				自立：日中2回、夜間4回 要支援：日中2回、夜間2回 要介護1：日中・夜間各3回 要介護2～5：日中・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	◆	○	見守り浴：540円/回 介助浴：1,080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		○	1,620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	◆				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	①：540円/30分 ②：540円/30分	① 協力医療機関 必要時随時（自立のみ費用負担） ② 協力医療機関外（別途交通費） ホーム車両利用時別途1,080円/時間	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	◆	○	②③1,620円/回 (1回30分)	① 自立：週2回 ② 要支援：月2回 ③ 要介護：月4回 ※上記回数を超えて希望により行った場合 自立：必要時適宜	
ゴミ捨て	なし	あり	なし	あり	◆	○	378円/回	要支援：週1回 要介護：週2回 ※上記回数を超えて希望により行った場合 ※粗大ごみ等は実費	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	◆	○	540円/回	要支援・要介護：週1回 ※上記回数を超えて希望により行った場合 自立：必要時適宜	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	◆	○	②③864円/回	① 自立：週3回 ② 要支援：週1回 ③ 要介護1～3：週2回 ④ 要介護4～5：毎日 上記回数を超えて希望により行った場合 ※クリーニング代は実費	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	540円/30分	① 通常利用の区域（週1回 自立除く） ② 上記以外 別途交通費
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,080円/時間	同上
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回の機会提供
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	◆			必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	◆			必要時適宜
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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				
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				協力医療機関必要時適宜
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		実費	週2回
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		実費	必要時適宜（交通費実費）
その他サービス								
レクリエーション・イベント等	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			実費	材料費等

※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含まれる場合と、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サービス費用に包含（自立者のみ）