

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名  | カルキ 智世   |
| 所属・職名 | 施設長      |

## 1. 事業主体概要

|            |                                        |                                                                 |
|------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <u>法人</u>                          |                                                                 |
|            | ※法人の場合、その種類                            | 営利法人                                                            |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしやえめらるどのさと<br>株式会社エメラルドの郷 |                                                                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒542-0081<br>大阪府中央区南船場2-6-28ユタカビル3階    |                                                                 |
| 連絡先        | 電話番号                                   | 06-6210-1682                                                    |
|            | FAX番号                                  | 06-6210-1683                                                    |
|            | ホームページアドレス                             | <a href="https://emerald-sato.jp/">https://emerald-sato.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                     | 関 隆彦                                                            |
|            | 職名                                     | 代表取締役                                                           |
| 設立年月日      | 昭和・ <u>平成</u> 17 年 11 月 25 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) らいふぱーとなーあんぎょうりょうねぎし<br>ライフパートナー安行領根岸 |                                                                                 |
| 所在地      | 〒333-0834<br>埼玉県川口市安行領根岸500番地1              |                                                                                 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                         | JR 東浦和 駅                                                                        |
|          | 交通手段と所要時間                                   | ① バス利用の場合<br>・最寄駅から国際興業バスで乗車15分<br>小谷島停留所で下車、徒歩0分<br>②自動車利用の場合<br>・外環道 岸川中学交差点前 |
| 連絡先      | 電話番号                                        | 048-423-6425                                                                    |

|               |            |                        |
|---------------|------------|------------------------|
|               | FAX番号      | 048-423-6426           |
|               | ホームページアドレス | http://emerald-sato.jp |
| 管理者           | 氏名         | カルキ 智世                 |
|               | 職名         | 施設長                    |
| 建物の竣工日        |            | 昭和・平成 28年 4月 15日       |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 昭和・平成 28年 6月 1日        |

【類型】【表示事項】

|                                    |            |          |
|------------------------------------|------------|----------|
| 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<br>該当する場<br>合                | 介護保険事業者番号  |          |
|                                    | 指定した自治体名   | 県（市）     |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成 年 月 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 | 1455.00㎡       |                           |
|    | 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<br>(年月日～年月日)<br>2 なし |
|    |      | 契約の自動更新        | 1 あり 2 なし                 |
| 建物 | 延床面積 | 全体             | 1565.42㎡                  |
|    |      | うち、老人ホーム部分     | ㎡                         |
|    | 耐火構造 | 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階建て      |                           |
|    |      | 3 木造           |                           |
|    |      | 4 その他（ ）       |                           |
|    | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 |                           |
|    |      | 2 事業者が賃借する建物   |                           |



|        |          |                                       |    |   |    |
|--------|----------|---------------------------------------|----|---|----|
| 消防用設備等 | 消火器      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|        | 自動火災報知設備 | <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        | 施設に係る初期費用を抑え<br>誰もが安価な価格で安心して暮らせる施設を運営していく。 |      |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様第一主義にて<br>満足して頂くよう努めています。               |      |      |      |
| 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           | <input checked="" type="checkbox"/> 1       | 自ら実施 | 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 |

##### (医療連携の内容)

|          |   |            |                             |
|----------|---|------------|-----------------------------|
| 医療支援     |   | 1 救急車の手配   |                             |
| ※複数選択可   |   | 2 入退院の付き添い |                             |
|          |   | 3 通院介助     |                             |
|          |   | 4 その他（ ）   |                             |
| 協力医療機関   | 1 | 名称         | 医療法人社団大成会 武南病院付属クリニック       |
|          |   | 住所         | 埼玉県川口市東本郷2026番地             |
|          |   | 診療科目       | 内科 消化器科 脳神経外科 泌尿器科          |
|          |   | 協力内容       | 月2回の定期往診 緊急時の診察及び指示 年2回健康診断 |
|          | 2 | 名称         | 医療法人社団 白報会 かわぐち在宅診療所        |
|          |   | 住所         | 埼玉県川口市栄町3-10-3 みどりビルディング5階  |
|          |   | 診療科目       | 内科 眼科 皮膚科 精神科               |
|          |   | 協力内容       | 月2回の定期往診 緊急時の診察及び指示         |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称         | 往診歯科医院                      |
|          |   | 住所         | 東京都練馬区大泉学園町1-32-21          |
|          |   | 協力内容       | 週1回の定期往診                    |

(入居に関する要件)

|                    |                                                                                                                                                                                          |                 |         |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 身元引受人（連帯保証人）を定める場合<br>一．身元引受人（連帯保証人）は、入居契約に基づく入居者の事業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ものとする。<br>二．前項の身元引受人（連帯保証人）の負担は、入居契約書に記載する極度額を限度とする<br>極度額＝917,208 円<br>契約締結時の入居料（家賃、管理費、水光熱費、食費）× 6 ヶ月分） |                 |         |
| 契約の解除の内容           | 入居契約書第 2 8 条による                                                                                                                                                                          |                 |         |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                     | 入居契約書第 2 8 条による |         |
|                    | 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 泊 2 日 6,000 円（食費・光熱費込）<br>空室がある場合のみ最大 1 週間程度<br>ベッド使用时マット洗浄代として別途 3,000 円<br><br>2    なし                                                                                    |                 |         |
| 入居定員               | 4 9 人                                                                                                                                                                                    |                 |         |
| その他                |                                                                                                                                                                                          |                 |         |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

|         | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
|         |          |    |     |                |
| 管理者     | 1        | 1  |     |                |
| 生活相談員   |          |    |     |                |
| 直接処遇職員  |          |    |     |                |
| 介護職員    | 8        | 1  | 7   |                |
| 看護職員    |          |    |     |                |
| 機能訓練指導員 |          |    |     |                |
| 計画作成担当者 |          |    |     |                |

|                                                                                                  |   |   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|
| 栄養士                                                                                              |   |   |  |  |
| 調理員                                                                                              |   |   |  |  |
| 事務員                                                                                              | 1 | 1 |  |  |
| その他職員                                                                                            |   |   |  |  |
| ※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     |    |    |     |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 |    |    |     |
| 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 |    |    |     |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

| 夜勤帯の設定時間（ 19 時～ 9 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  | 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 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"/> 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              |          |                                        |                                               |                                        |       |      |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |          |                                        |                                               |                                        |       |      |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満     |                                        |                                               |                                        |       |      |         |     |         |     |
|                          | 1年以上     |                                        |                                               |                                        |       |      |         |     |         |     |
|                          | 3年未満     |                                        |                                               |                                        |       |      |         |     |         |     |
|                          | 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            |          |                                        |                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】              |     | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                   |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                                                |                                         |
|                                |     | <input type="checkbox"/> 3 月払い方式                                               |                                         |
|                                |     | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                                                         | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | 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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 3 不在期間が 10 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  | 消費税改定時及び公共料金/著しく高騰した場合                                                         |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会にて利用者様、家族様、関係各所に説明                                                        |                                         |

（利用料金のプラン【代表的なプラン】）

|                       |                |          | プラン 1                               | プラン 2          |
|-----------------------|----------------|----------|-------------------------------------|----------------|
| 入居者の状況                | 要介護度           |          | 要介護 1                               |                |
|                       | 年齢             |          | 6 7 歳                               |                |
| 居室の状況                 | 床面積            |          | 1 3 . 1 2 m <sup>2</sup>            | m <sup>2</sup> |
|                       | 便所             |          | <input type="checkbox"/> 1 有    2 無 | 1 有    2 無     |
|                       | 浴室             |          | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無    | 1 有    2 無     |
|                       | 台所             |          | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無    | 1 有    2 無     |
| 入居時点で<br>必要な費用        | 前払金            |          | 円                                   | 円              |
|                       | 敷金             |          | 180,000 円                           | 円              |
| 月額費用の合計               |                |          | 154,518 円                           | 円              |
| 家賃相当額                 |                |          | 60,000 円                            | 円              |
| サービス費用                | 特定施設入居者生活介護の費用 |          | 円                                   | 円              |
|                       | 介護保険外          | 食費（税込）   | 50,868 円                            | 円              |
|                       |                | 管理費      | 20,000 円                            | 円              |
|                       |                | 介護費用     | 円                                   | 円              |
|                       |                | 光熱水費（税込） | 22,000 円                            | 円              |
|                       |                | その他      | 1,650 円                             | 円              |
| ※欠食時の返金は、割引後の価格で行います。 |                |          |                                     |                |



(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠                                                                                                                            |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃相当額                | 近隣施設の相場に基づき算定                                                                                                                   |
| 敷金                   | 家賃の3ヶ月分<br>解約時の対応：未払いの債務等、ハスクリーニング費、原状回復費は相殺とし、残額を返還。                                                                           |
| 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                  | 事務手数料、人件費を考慮して                                                                                                                  |
| 食費                   | 1ヶ月喫食の場合<br>朝食 356.4 円 昼食 669.6 円 夕食 669.6 円 1日3食 1,695.6 円<br>1ヶ月 50,868 円（参考価格・税込）<br>軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、上記「朝食・昼食・夕食」とする。 |
| 光熱水費                 | 実績見込み額により算出                                                                                                                     |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 人件費、消耗品等に基づき算定<br>料金は別添2参照                                                                                                      |
| その他のサービス利用料          | 布団リース料により算定                                                                                                                     |

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            | 19 人 |
|         | 女性            | 22 人 |
| 年齢別     | 65 歳未満        | 1 人  |
|         | 65 歳以上 75 歳未満 | 8 人  |
|         | 75 歳以上 85 歳未満 | 19 人 |
|         | 85 歳以上        | 12 人 |
| 要介護度別   | 自立            | 0 人  |
|         | 要支援 1         | 1 人  |
|         | 要支援 2         | 0 人  |
|         | 要介護 1         | 9 人  |
|         | 要介護 2         | 16 人 |
|         | 要介護 3         | 7 人  |
|         | 要介護 4         | 5 人  |
|         | 要介護 5         | 2 人  |
| 4 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 4 人  |
|         | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 5 人  |

|  |               |      |
|--|---------------|------|
|  | 1 年以上 5 年未満   | 31 人 |
|  | 5 年以上 10 年未満  | 0 人  |
|  | 10 年以上 15 年未満 | 0 人  |
|  | 15 年以上        | 0 人  |

(入居者の属性)

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 80.4 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 40     |
| 入居率※                                            | 81.6%  |
| ※ 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      | 人        |
|         | 社会福祉施設   | 人        |
|         | 医療機関     | 人        |
|         | 死亡者      | 人        |
|         | その他      | 人        |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 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) ※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    |       | 株式会社エメラルドの郷             |
| 電話番号     |       | 0 6 - 6 2 1 0 - 1 6 8 2 |
| 対応している時間 | 平日    | 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0     |
|          | 土曜    | 定休日                     |
|          | 日曜・祝日 | 定休日                     |
| 定休日      |       | 土曜 日曜 祝日                |
| 窓口の名称    |       | 川口市 福祉部 介護保険課           |
| 電話番号     |       | 0 4 8 - 2 5 9 - 7 2 9 3 |
| 対応している時間 | 平日    | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5     |
|          | 土曜    | 定休日                     |

|     |                    |     |
|-----|--------------------|-----|
|     | 日曜・祝日              | 定休日 |
| 定休日 | 土曜 日曜 祝日 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"/> 1 あり | (その内容)<br>三井住友海上賠償責任保険<br>福祉事業者総合賠償責任保険                         |
|                               | <input type="checkbox"/> 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)<br>直ちに救急要請等を行います。<br>その後、入居者の身元引受人及び行政機関へ報告し、必要な処置を講じます。 |
|                               | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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    |                                                                        |
|                                  |                                          | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |        |                                                                        |
| 第三者による評価の実施状況                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    |                                                                        |
|                                  |                                          | 評価機関名称 |                                                                        |
|                                  |                                          | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

|         |                                                                           |
|---------|---------------------------------------------------------------------------|
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><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<br>2 なし<br><div> <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり<br/> (内容) </div> <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | (開催頻度) 年 1 回 |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：ライフパートナー川口 )<br>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    2 なし<br><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導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                                                                               |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  | 居室の有効面積について、39室が指針基準未満となっている。(指針基準 13.20 m <sup>2</sup> 以上、不適合の居室 13.12 m <sup>2</sup> )                                                       |              |
| 「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)<br><input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)<br><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                            | あり                                                                                                                                             |              |
| 不適合事項がある場合の内容                                    | 居室の有効面積について、39室が指針基準未満となっている。(指針基準 13.20 m <sup>2</sup> 以上、不適合の居室 13.12 m <sup>2</sup> )                                                       |              |

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 令和 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 | 訪問介護事業所すみれ       | 川口市赤井1-16-7<br>メゾンKI 101号室 |
| 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 | デイサービス<br>ベルフラワー | 川口市安行領根岸500番1              |
| 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 | ライフパート<br>ナー川口   | 川口市安行原62-3                 |
| 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 |                  |                            |
| 居宅介護支援               | あり | なし | ケアプランセ<br>ンターすみれ | 川口市赤井1-16-7<br>メゾンKI 101号室 |
| <居宅介護予防サービス>         |    |    |                  |                            |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし | 訪問介護事業所<br>すみれ   | 川口市赤井1-16-7<br>メゾンKI 101号室 |
| 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 | デイサービス<br>ベルフラワー | 川口市安行領根岸500番1              |
| 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 | ライフパート<br>ナー川口   | 川口市安行原62-3                 |
| 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

| 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 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------------|---------------|----|
|                                  | 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       | 備 考           |    |
|                                  |                                   |    |                            |    |      |      |            |               |    |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |            |               |    |
| 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 |      |      |            |               |    |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 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 |      | ○    | 1,000 円/時間 | 半径 10 キロ圏内とする |    |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |            |               |    |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 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 |      |      |            |               |    |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 2000 円/回   |               |    |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1000 円/回   | 半径 1 キロ以内とする  |    |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1000 円/時間  | 管轄の役所に限る      |    |
| 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 | ○    |      | 実費         | 年 2 回         |    |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      | 実費         | 年 2 回         |    |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 服薬支援                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 入退院時・入院中のサービス                    |                                   |    |                            |    |      |      |            |               |    |
| 移送サービス                           | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,000 円/時間 |               |    |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,000 円/回  |               |    |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |               |    |

※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、月額サービスの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。