

重要事項説明書

記入年月日	[令和6年7月1日]
記入者名	[山田 直樹]
所属・職名	すまいる小江戸・管理者

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) しにあらいふさぼーとかぶしきがいしゃ シニアライフサポート株式会社	
主たる事務所の所在地	〒332-0031 埼玉県川口市青木2丁目5-24	
連絡先	電話番号	048-240-2151
	FAX番号	048-240-2152
	ホームページアドレス	<a href="http://royalk.jp/">http://royalk.jp/</a>
代表者	氏名	島根 英典
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 18年11月15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) すまいるこえど すまいる小江戸	
所在地	〒350-0848 埼玉県川越市下老袋742-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 埼京線 指扇駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 指扇駅東口より、徒歩5分 西武バス「西遊馬」停留所から「川越グリーンパーク行き」バス乗車5分、「古谷小学校」停留所下車徒歩31分(約2.5km) ② 自動車利用の場合 首都高速大宮線与野JCTより、国道17号線を北上し(約3.8km)、老丁目南を左折しニッサン通りを西進(約4km)、開平橋、入間大橋を渡ってすぐ川沿いを左折し、1つ目の三叉路を右折、1つ目の信号を左折し(約460m)、すぐ。
連絡先	電話番号	049-227-0034
	FAX番号	049-227-0074
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	[山田 直樹]
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 18年 8月 18日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 20年 12月 1日

### (類型)【表示事項】

<input 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	1190400299
	指定した自治体名	川越市
	事業所の指定日	平成 29年 1月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 29年 1月 1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	3,189.40 m <sup>2</sup>				
	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 (令和 年 月 日～令和 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	1,403.36 m <sup>2</sup>			
		うち有料老人ホーム部分	516.56 m <sup>2</sup>			
		食堂兼機能訓練室部分	82.2 m <sup>2</sup>			
	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 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					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり (令和 年 月 日～令和 年 月 日)				
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	有/無	有/無	16.9 m <sup>2</sup>	16	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	2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	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	健康管理室、相談室、機能訓練室（食堂兼用）、レクリエーション室、厨房（併設事業所兼用）				

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<p>1 介護保険法等の関連法令に準拠した「運営規程」に従って、事業の円滑な運営を行います。</p> <p>2 要介護認定を受けた入居者に対し、食事、入浴、排泄等の介護、その他の日常生活上のお世話を通じて、入居者がホームにおいてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、心身機能および生活機能の維持又は回復を目指して支援します。</p> <p>3 入居者の人格を尊重し入居者の立場に立ったサービス計画を作成し実行します。</p> <p>4 個人情報保護法に精神に立って、個人情報の管理を行います。</p>
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし

##### (介護サービスの内容) ※地域密着型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

地域密着型 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		<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	看取り介護加算		<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	サービス提供体制強化加算	(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり    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)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人聖人会 南古谷病院
		住所	埼玉県川越市久下戸 110 番地
		診療科目	外科、整形外科、脳神経外科、肛門科、内科（消化器・循環器・呼吸器・糖尿病）、眼科、皮膚科、歯科、小児歯科、口腔外科、放射線科、リハビリテーション科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診、入院受入れ
	2	名称	医療法人直心会 帯津三敬病院
		住所	埼玉県川越市大字大中居 545 番地
		診療科目	内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病内科、神経内科、心療内科、漢方外来、外科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、リハビリテーション科、緩和ケア
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診、入院受入れ
	3	名称	医療法人社団健優会 柴野病院
		住所	埼玉県川越市大手町 2-1
		診療科目	内科、循環器科、小児科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診
	4	名称	医療法人豊仁会 三井病院
		住所	埼玉県川越市連雀町 19 番地 3
		診療科目	乳腺外科、乳腺腫瘍内科、形成外科、美容外科、整形外科、総合内科、泌尿器科、総合外科、消化器内科、消化器外科、脳神経外科、婦人科、呼吸器科、循環器科、眼科、歯科、口腔外科、腫瘍内科、血管外科、小児科、リハビリテーション科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診

協力歯科 医療機関	1	名称	フジ歯科クリニック
		住所	埼玉県川越市大手町 6-7
		診療科目	歯科一般、小児歯科、歯科口腔外科、訪問歯科
		協力内容	歯科健康相談、訪問歯科診療、往診
	2	名称	むさしの歯科
		住所	埼玉県川越市下赤坂 651-10
		診療科目	歯科一般、小児歯科、歯科口腔外科、訪問歯科
		協力内容	歯科健康相談、訪問歯科診療、往診

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(同一ホーム内の他の居室に移る場合)	
判断基準の内容	利用者間のトラブル、利用者の都合等により、居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	① 事業者の指定する医師の意見を聴取する ② 入居者及びその家族の意見を聴取する ③ 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 入居契約書第12条第3項に準じ、差額費用が発生した場合のみ	
居室利用権の取扱い	居室の変更及び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	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (変更内容)

(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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	原則として要介護認定で要介護1から要介護5の認定を受けた満65歳以上の方で、健康保険に加入している者	
契約の解除の内容	入居契約書第30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29条による
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり(内容:【2泊3日まで】2,000円+食費 例:2泊3日(2,000円+1,944円)×3日=11,832円) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	16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]	[ ]	[0.5]
生活相談員	[1]	[1]	[ ]	[0.5]
直接処遇職員	[11]	[5]	[6]	[6.5]
介護職員	[9]	[4]	[5]	[5.3]
看護職員	[2]	[1]	[1]	[1.2]
機能訓練指導員	[1]	[1]	[ ]	[1.0]
計画作成担当者	[1]	[1]	[ ]	[0.5]
栄養士	[1]	[1]	[ ]	[0.4]
調理員	[7]	[2]	[5]	[1.3]
事務員	[1]	[0]	[1]	[0.5]
その他職員	[2]	[0]	[2]	[0.9]
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 地域密着型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]
介護福祉士	[6]	[4]	[2]
実務者研修の修了者	[1]	[0]	[1]
初任者研修の修了者	[1]	[0]	[1]
介護支援専門員	[1]	[1]	[0]

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	[0]	[0]	[0]
理学療法士	[0]	[0]	[0]
作業療法士	[0]	[0]	[0]
言語聴覚士	[0]	[0]	[0]
柔道整復士	[1]	[1]	[0]
あん摩マッサージ指圧師	[0]	[0]	[0]

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時15分～10時15分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	[0]人	[0]人
介護職員	[1]人	[1]人

(地域密着型特定施設入居者生活介護等の提供体制)

地域密着型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*	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d [3] : 1 以上
	【表示事項】 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		[介護支援専門員]						
	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	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	
前年度1年間の退職者数	[0]	[0]	[0]	[1]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	
	1年以上 3年未満	[0]	[1]	[0]	[1]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	
	3年以上 5年未満	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[1]	[0]	[0]	
	5年以上 10年未満	[1]	[0]	[1]	[3]	[1]	[0]	[0]	[0]	[0]	
	10年以上	[0]	[0]	[3]	[1]	[0]	[0]	[0]	[0]	[1]	
	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】	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用権方式</li> <li>2 建物賃貸借方式</li> <li>3 終身建物賃貸借方式</li> </ol>	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 全額前払い方式</li> <li>2 一部前払い・一部月払い方式</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3 月払い方式</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 全額前払い方式</li> <li>2 一部前払い・一部月払い方式</li> <li>3 月払い方式</li> </ol>
年齢に応じた金額設定	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 あり</li> <li>2 なし</li> </ol>	
要介護状態に応じた金額設定	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 あり</li> <li>2 なし</li> </ol>	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 減額なし</li> <li>2 日割り計算で減額</li> <li>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</li> </ol>	
利用料金の改定	条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月額施設利用料及び有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の編化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。</li> <li>・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。</li> <li>・家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。</li> </ul>
	手続き	運営懇談会にて説明を行い、料金を改定する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1		
入居者の状況	要介護度	要介護2		
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	16.9 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		205,190円	円	
家賃		72,000円	円	
サービス費用	地域密着型特定施設入居者生活介護 ※1の費用	22,438円	円	
	介護保険外※2	食費	55,320円	円
		管理費	50,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	管理費に含む	円
		その他(おやつ代)	3,000円	円
<p>※1 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、サービス提供体制強化加算(Ⅱ)、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)、介護職員等ベースアップ加算を算定した場合の金額</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> <p>※3 上記料金プランは30日の場合</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃貸料、近隣相場を勘案して算定 月額 72,000 円 (消費税非課税)
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用	—
管理費	管理部門の人件費・事務費、備品、消耗品費、共用部及び居室等の水道光熱費、共用部等の維持管理費 月額 50,000 円 (消費税非課税)
食費	運営費、食材費、厨房管理費により算定 月額 58,320円(税込価格、30日、おやつありの場合) 1日食費の内訳：朝食476円、昼食684円、夕食684円、おやつ100円 (選択制) ・欠食時は、前日 14 時までにご食事サービスの利用の一時停止を事業者 に申し出たときに限り、事業者は、不在日数分の食材費を返還。ただし、 住居者が死亡した場合、又はこれに準じるやむを得ない理由があると 事業者が認める場合には、本申出がなくても、不在日数分の食費を返還。
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	1 週 1 回の事業所行事以外の個別対応による買い物代行 (500 円/30 分 税込価格) 2 週 2 回目のリネン交換より (250 円/1 回 税込価格) 3 週 3 回目の洗濯より (250 円/1 回 税込価格)。クリーニングは自己負担 4 個別的な外出の付添 (散歩等に該当しないもの)、通院介助 (協力医療機関以外) 等は、1,000 円/30 分 (税込価格) ※その他、別添 2
その他のサービス利用料	1 おむつ代 (実費代) 2 趣味活動の材料費 (実費代) 3 個人で使用するティッシュペーパー等の日用品 (実費) 4 個人の趣味・趣向、特注品での福祉用具の購入費 (自己負担) ※上記以外は別添 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」

**(地域密着型特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※地域密着型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
地域密着型特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、加算の利用者負担額
地域密着型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	【入居一時金】
想定居住期間（償却年月数）	【入居一時金】 【介護等一時金】
償却の開始日	
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）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
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【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

性別	男性	6人
	女性	10人
年齢別	65歳未満	[0]人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	1人
	85歳以上	13人
要介護度別	自立	[0]人
	要支援 1	[0]人
	要支援 2	[0]人
	要介護 1	2人
	要介護 2	1人
	要介護 3	9人
	要介護 4	2人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	11人
	5年以上 10年未満	[2]人
	10年以上 15年未満	[1]人
	15年以上	[0]人

### (入居者の属性)

平均年齢	[89.7]歳
入居者数の合計	[16]人
入居率*	[100]%
※ 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	[0]人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	0人
	その他	[0]人
生前解約の状況	施設側の申し出	[0]人

況		(解約事由の例) [ ]
	入居者側の申し出	1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		苦情受付相談窓口
電話番号		049-227-0034
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		なし
窓口の名称		川越市介護保険課
電話番号		049-224-8811
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		月曜日から金曜日(土曜・日曜・祝休日・年末年始(12月29日から1月3日)を除く)
窓口の名称		埼玉県国民健康保険連合会 介護保険課苦情対応係
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~12:00、13:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		月曜日から金曜日(土曜・日曜・祝休日・年末年始(12月29日から1月3日)を除く)
窓口の名称		社団法人全国有料老人ホーム協会(相談専用電話)
電話番号		03-3548-1077
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		火、木、土、日、祝、年末年始

解決責任者	
事業所窓口 責任者 山田 直樹	所在地 埼玉県川越市下老袋742-1 電話番号 049-227-0034 FAX番号 049-227-0074 受付時間 午前9:00 ~ 午後5:00 定休日 なし
第三者評価委員会	
事業所窓口 責任者	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 社団法人 全国有料老人ホーム協会 『有料老人ホーム損害賠償責任保険』
	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	1 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関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 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。ただし、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。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	令和 年 月 日
		結果の開示	1 あり 2 なし

握する取組の状況	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 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

### 10. その他

運営推進会議	1 あり	(開催頻度) 年 6回
	2 なし	
	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】	1 あり (提携ホーム名: ) 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	1 あり 2 なし 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	1 あり 2 なし	

するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
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	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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：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）  
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）

契約の締結に当たり、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

説明年月日 年 月 日

署 名 \_\_\_\_\_

説明者署名 \_\_\_\_\_

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	ロイヤルデイサービスセンター デイサービスセンター すまいる小江戸	川口市青木2丁目5-24 川越市下老袋742-1
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	ショートステイすまいる小江戸	川越市下老袋742-1
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	ロイヤル川口	川口市青木2丁目5-24
福祉用具貸与	あり	なし	ロイヤルエイド	川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
特定福祉用具販売	あり	なし	ロイヤルエイド	川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	ロイヤルケアステーション 居宅介護支援センター サクラ	川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階 埼玉県川越市大字砂新田126-3 KUWATA BLDG. 2階
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	ロイヤル川口	川口市青木2丁目5-24
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	ロイヤルエイド	川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	ロイヤルエイド	川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>				
第1号訪問事業	あり	なし		
第1号通所事業			ロイヤルデイサービスセンター	川口市青木2丁目5-24

			デイサービスセンター すまいる小江戸	川越市下老袋742-1
第1号生活支援事業				
第1号介護予防支援事業	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

地域密着型特定施設入居者生活介護の指定の有無					なし			あり
	地域密着型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）		個々の利用料で、実施するサービス			備考
					包含※2	都度※2	料金※3	
<b>介護サービス</b>								
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				
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/30分	協力医療機関以外。川越市内のみ。
<b>生活サービス</b>								
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		○	250円/回	週に1回。週2回目より徴収。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	250円/回	週に2回。週3回目より徴収。クリーニング代は自己負担。
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		○	実費	
おやつ			なし	あり	○		100円/回	食事代に含む
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		○	500円/30分	週1回の事業所行事は無料。個別対応について徴収。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	500円/30分	川越市内のみ（付添）
金銭・貯金管理			なし	あり				
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	訪問医療にて対応
健康相談	なし	あり	なし	あり				
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				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
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/30分	協力医療機関以外。川越市内のみ。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
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。

※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。

