

重要事項説明書

|       |               |
|-------|---------------|
| 記入年月日 | 2024年 5 月 6 日 |
| 記入者名  | 小南 忠史         |
| 所属・職名 | 代表取締役         |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

|            |                                            |                                                                                               |
|------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <u>法人</u>                              |                                                                                               |
|            | ※法人の場合、その種類                                | 株式会社                                                                                          |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきかいしゃ めでいうえらず<br>株式会社 メディウェルズ    |                                                                                               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 2 丁目 47 番 2 号ワイズビル 6 階 |                                                                                               |
| 連絡先        | 電話番号                                       | 03-5968-1881                                                                                  |
|            | FAX番号                                      |                                                                                               |
|            | ホームページアドレス                                 | <a href="https://kaigo-kingdom.jp/kiramekino-ie/">https://kaigo-kingdom.jp/kiramekino-ie/</a> |
| 代表者        | 氏名                                         | 小南 忠史                                                                                         |
|            | 職名                                         | 代表取締役                                                                                         |
| 設立年月日      | 平成21年11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) きらめきのいえ<br>有料老人ホーム「きらめきの家」 |
|----|-----------------------------------|

|               |                           |              |
|---------------|---------------------------|--------------|
| 所在地           | 〒350-1105 埼玉県川越市今成4丁目11番2 |              |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                       | 西川越駅         |
|               | 交通手段と所要時間                 | 西川越駅より徒歩10分  |
| 連絡先           | 電話番号                      | 049-220-0050 |
|               | FAX番号                     | 049-220-0051 |
|               | ホームページアドレス                |              |
| 管理者           | 氏名                        | 山崎 友大        |
|               | 職名                        | 兼任施設長        |
| 建物の竣工日        |                           | 令和 3年 4月 1日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                           | 令和 3年 8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 <u>住宅型</u>                       |            |          |
| 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 | 503 m <sup>2</sup>    |                                 |
|    | 所有関係 | 1 <u>事業者が自ら所有する土地</u> |                                 |
|    |      | 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 |
| 建物 | 延床面積 | 全体                    | 387.86 m <sup>2</sup>           |
|    |      | うち、老人ホーム部分            | 387.86 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 在来木造         |                                 |                    |       |        |
|                                                          |                  | 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<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>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<br>【表示事項】   | 1 全室個室         |                                 |                    |       |        |
|                                                          |                  | 2 相部屋あり        |                                 |                    |       |        |
|                                                          |                  | 最少             | 1 人部屋                           |                    |       |        |
|                                                          |                  | 最大             | 1 人部屋                           |                    |       |        |
|                                                          |                  | トイレ            | 浴室                              | 面積壁芯               | 戸数・室数 | 区分※    |
|                                                          | タイプ1             | 有/無            | 有/無                             | 9.1 m <sup>2</sup> | 19    | 一般居室個室 |
|                                                          | 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>     |       |        |
|                                                          | タイプ7             | 有/無            | 有/無                             | m <sup>2</sup>     |       |        |
|                                                          | タイプ8             | 有/無            | 有/無                             | m <sup>2</sup>     |       |        |
|                                                          | タイプ9             | 有/無            | 有/無                             | m <sup>2</sup>     |       |        |
|                                                          | タイプ10            | 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<br>便房   | 4 ケ所           | うち男女別の対応が可能な便房                  |                    | 0 ケ所  |        |
|                                                          |                  |                | うち車椅子等の対応が可能な便房                 |                    | 3 ケ所  |        |
|                                                          | 共用浴室             | 1 ケ所           | 個室                              |                    | 1 ケ所  |        |
|                                                          |                  |                | 大浴場                             |                    | ヶ所    |        |
|                                                          | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 1 ケ所           | チェアー浴                           |                    | 1 ケ所  |        |
| リフト浴                                                     |                  |                | ヶ所                              |                    |       |        |

|        |                  |                                                             |          |    |
|--------|------------------|-------------------------------------------------------------|----------|----|
|        |                  |                                                             | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
|        |                  |                                                             | その他（ ）   | ヶ所 |
|        | 食堂               | 1 あり                                                        | 2 なし     |    |
|        | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり                                                        | 2 なし     |    |
|        | エレベーター           | 1 あり（車椅子対応）<br>2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記１・２に該当しない）<br>4 なし |          |    |
| 消防用設備等 | 消火器              | 1 あり                                                        | 2 なし     |    |
|        | 自動火災報知設備         | 1 あり                                                        | 2 なし     |    |
|        | 火災通報設備           | 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>当該施設である有料老人ホーム「きらめきの家」の経営の基本姿勢として、入居者様の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保していくことが大切だと考えます。また地域福祉充実を図ることはもちろん、入居者様の個人としての尊厳を確保しつつ、福祉の向上を目指していきます。</p> <p>また前払金は 0 円、利用料も家賃 42,000 円 食費 27,000 円 (30 日として)、管理費 15,400 円、光熱費 15,000 円合計 99,400 円に設定し、今まで経済的に断念していた方々にも利用できる施設を目指しております。安い利用料ながらも施設初期投資も抑え、施設の職員・支えていただく外部スタッフの待遇も充実させて行きたいと考えます。職員の待遇面でも業界トップを目指します。</p> |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                   |                                                                                                                                                                 |      |      |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| サービスの提供内容に関する特色   | 親切・丁寧を旨とし、入居者様またはそのご家族様から求められたときには、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行っていきます。提供するサービスの質の評価を行い常にその改善を図っていきます。また、川越市・地域の保健・医療・福祉サービス提供する方々と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めてまいります。 |      |      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護     | 1 自ら実施                                                                                                                                                          | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供 給食利用 食事介助あり | 1 自ら実施                                                                                                                                                          | 2 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与      | 1 自ら実施                                                                                                                                                          | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与           | 1 自ら実施                                                                                                                                                          | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス    | 1 自ら実施                                                                                                                                                          | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス          | 1 自ら実施                                                                                                                                                          | 2 委託 | 3 なし |

#### (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 武蔵野総合病院                     |
|          |      | 住所         | 川越市大字大袋新田 977-9                  |
|          |      | 診療科目       | 内科、外科、脳神経外科、神経内科、循環器内科、形成外科、整形外科 |
|          |      | 協力内容       | 医療協力 入院協力                        |
|          | 2    | 名称         | 医療法人 オレンジ在宅クリニック                 |
|          |      | 住所         | 川越市新宿町 1-4-11 間仁田ビル 1F           |
|          |      | 診療科目       | 内科、整形外科、リハビリテーション科、皮膚科           |
|          |      | 協力内容       | 訪問診療                             |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 交渉中        |                                  |
|          | 住所   |            |                                  |
|          | 協力内容 |            |                                  |

(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 (1F⇔2F などご利用者様の状態により移動あり)                                                                                                                                                            |                            |
| 判断基準の内容                  | 介護居室から介護居室へ居室の移り住み又は住み替えが必要となった場合には、「管理規程 別表③ 介護等を行う場所等の変更」の規程に従い、医師の意見を聴く他、適宜観察期間を設けたうえ、変更先の居室の概況、提供サービスの内容、費用負担の増減等について本人に説明し本人の同意を得て、住み替えていただくことがあります。本人の同意を得るとともに、状況に応じて身元引受人又は契約立会人の同意を得ることとします。<br>管理運営規程第8条・別表③に明記 |                            |
| 手続きの内容                   | 管理運営規程第8条・別表③に明記                                                                                                                                                                                                          |                            |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 なし                                                                                                                                                                                                                 |                            |
| 居室利用権の取扱い                | 変更なし                                                                                                                                                                                                                      |                            |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり 2 なし                                                                                                                                                                                                                 |                            |
| 従前の居室との<br>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 一番近い便所に変更いたします。  |
|                          | 浴室の変更                                                                                                                                                                                                                     | 1 あり 2 なし                  |
|                          | 洗面所の変更                                                                                                                                                                                                                    | 1 あり 2 なし お好きな所をお使いいただけます。 |
|                          | 台所の変更                                                                                                                                                                                                                     | 1 あり 2 なし                  |
|                          | その他の変更                                                                                                                                                                                                                    | 1 あり (変更内容)                |
|                          |                                                                                                                                                                                                                           | 2 なし                       |

(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               | 川越市内全域を中心とします。その他地域もご相談の上受け入れの可否を判断いたします。                                              |                    |
| 契約の解除の内容           | 入居者が入居契約事項を著しく逸脱し、改善が困難だと判断される場合、事業者から契約解除できる。入居契約書第5章第28条に明記入居契約書 第5章第27条から第34条に明記 別添 |                    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                   | 入居契約書第5章第28条に明記 別添 |

|              |                                                                 |      |
|--------------|-----------------------------------------------------------------|------|
|              | 解約予告期間                                                          | 3 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月                                                            |      |
| 体験入居の内容      | <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> (内容：1 泊 11,000 円税込 2 週間を限度とします) |      |
| 入居定員         | 19 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<br>人数※1※<br>2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|--------------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                    |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     | 1                  |
| 生活相談員                                                                                            |          |    |     |                    |
| 直接処遇職員                                                                                           |          |    |     |                    |
| 介護職員                                                                                             |          |    |     |                    |
| 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                                                                                              |          |    |     |                    |
| 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                 |
| ※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     |    |    |     |
| 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 (      時～      時) |      |                 |
|----------------------------|------|-----------------|
|                            | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                       | 人    | 人               |
| 介護職員                       | 人    | 人               |

(職員の状況)

|     |          |     |        |     |       |     |                               |     |         |     |
|-----|----------|-----|--------|-----|-------|-----|-------------------------------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 |     |        |     |       |     | <div>1あり</div> <div>2なし</div> |     |         |     |
|     | 業務に係る資格等 |     | 1あり    |     |       |     |                               |     |         |     |
|     |          |     | 資格等の名称 |     |       |     |                               |     |         |     |
|     |          |     | 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<br>採用者数                                         |        |  |  |  |   |    |   |    |  |  |
| 前年度 1 年間の<br>退職者数                                         |        |  |  |  |   |    |   |    |  |  |
| 応じた<br>業務に<br>従事<br>した<br>職員の<br>人数<br>の<br>経験<br>年数<br>に | 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                                             |        |  |  |  | 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<br>【表示事項】              |     | 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                                                                         |                                         |
|                                |     | 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                                                                                    | 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<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>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<br>の改定                    | 条件  | 「管理規程 12－（12） 費用の改定」に明記。「入居契約」第 26 条の規程に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し改定いたします。 |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いて改定します。                                                                      |                                         |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|                                                                                      |                               | プラン1               | 全室共通           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------|
| 入居者の状況                                                                               | 要介護度                          | 要介護度 3             |                |
|                                                                                      | 年齢                            | 70 歳               | 歳              |
| 居室の状況                                                                                | 床面積                           | 9.1 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 非課税                        | 110,000 円          | 円              |
| 月額費用の合計                                                                              |                               | 99,400 円           | 円              |
| 家賃 非課税                                                                               |                               | 42,000 円           | 円              |
| サービス費用                                                                               | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 | 円                  | 円              |
|                                                                                      | 介護保険外※ <sup>2</sup>           |                    |                |
|                                                                                      | 食費                            | 27,000 円           | 円              |
|                                                                                      | 管理費                           | 15,400 円           | 円              |
|                                                                                      | 介護費用                          | 円                  | 円              |
|                                                                                      | 光熱水費 非課税                      | 15,000 円           | 円              |
| その他                                                                                  |                               | 円                  | 円              |
| ※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                   | グループ各所の家賃を参考に算出した。                                                                                                |
| 敷金                   | 家賃の 2.62 ヶ月分                                                                                                      |
| 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                  | 292,600 円とし、19 人で案分して 15,400 円とした。<br>内訳：感染対策費 10,000 円、通信費 100,000 円、施設維持費 70,000 円・事務用品 10,000 円・消耗品費 102,600 円 |
| 食費                   | 給食業者様の見積を参考に算出した。                                                                                                 |
| 光熱水費                 | 同グループ施設の使用傾向を見て算出した。                                                                                              |
| 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          | 介護サービス一覧参照                                                                                                        |

## 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            | 人 |
|       | 女性            | 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 人 |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 人 |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 人 |
|       | 85 歳以上        | 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 人 |
|       | 要支援 1         | 人 |
|       | 要支援 2         | 人 |
|       | 要介護 1         | 人 |
|       | 要介護 2         | 人 |
|       | 要介護 3         | 人 |
|       | 要介護 4         | 人 |
|       | 要介護 5         | 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 人 |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 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                                   | 歳 |
| 入居者数の合計                                | 人 |
| 入居率※                                   | % |
| ※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。 |   |

### (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    |       | 有料老人ホーム「きらめきの家」  |
| 電話番号     |       | 049-220-0050     |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～17:30       |
|          | 土曜    | 9:00～17:30       |
|          | 日曜・祝日 | 9:00～17:30       |
| 定休日      |       | 無し               |
| 窓口の名称    |       | 株式会社 メディウエルズ     |
| 電話番号     |       | 049-223-3773     |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～17:30       |
|          | 土曜    | 休                |
|          | 日曜・祝日 | 休                |
| 定休日      |       | 土・日・祝・年末年始       |
| 窓口の名称    |       | 川越市 福祉部 高齢者いきがい課 |
| 電話番号     |       | 049-224-5809     |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30～17:15       |
|          | 土曜    | 休                |
|          | 日曜・祝日 | 休                |
| 定休日      |       | 土・日・祝・年末年始       |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容)<br>新規加入予定                             |
|                               | 2 <input type="checkbox"/> なし            |                                              |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 事故発生時・緊急時マニュアルを参考に行動する                |
|                               | 2 <input type="checkbox"/> なし            |                                              |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 <input type="checkbox"/> なし 事故発生時・緊急時マニュアル |
|                               |                                          |                                              |

(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 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日    |                                                                        |
|                                  |                                          | 結果の開示  | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし            |
|                                  | 2 <input type="checkbox"/> なし            |        |                                                                        |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日    |                                                                        |
|                                  |                                          | 評価機関名称 | 有料老人ホーム「きらめきの家」運営懇談会                                                   |
|                                  |                                          | 結果の開示  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし |
|                                  | 2 <input type="checkbox"/> なし            |        |                                                                        |
|                                  |                                          |        |                                                                        |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |                                                                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 管理規程     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br>3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

## 10. その他

|                                                  |                                                                                                                                             |              |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会                                            | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                    | (開催頻度) 年 2 回 |
|                                                  | 2 <input type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )<br>2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 <input type="checkbox"/> なし<br>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    2 <input checked="" type="checkbox"/> 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              | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 <input type="checkbox"/> なし                                                                   |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  | 個室床面積が、指針では有効 13.2 m <sup>2</sup> 以上必要であるが、8.3 m <sup>2</sup> である<br>中廊下幅が、指針では 2.7m以上必要であるが、1.9mである                                        |              |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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                            | 1 あり    2 <input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                            |              |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |                                                                                                                                             |              |

添付書類：別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）  
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 |                                                       |                                                                                                                     |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 訪問看護                 | あり | なし | きらめき訪問看護<br>リハビリステーション<br>①川越②志木③板橋                   | ①川越市富士見町31-9<br>②埼玉県志木市幸町3-4-9<br>③東京都板橋区赤塚2丁目15-2                                                                  |
| 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 | きらめきリハビリ<br>デイサービス<br>①川越②川越③西川<br>越④ふじみ野⑤鶴ヶ<br>島⑥つるせ | ①川越市霞ヶ関東1-2-3-101<br>②川越市三久保町15-2<br>③川越市小室499-1-101<br>④ふじみ野市鶴ヶ岡2-3-19-<br>101<br>⑤鶴ヶ島市五味ヶ谷230-3<br>⑥富士見市鶴馬3-31-31 |
| 短期入所生活介護             | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 短期入所療養介護             | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 福祉用具貸与               | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| ＜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 |                                                       |                                                                                                                     |
| ＜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 |                                                       |                                                                                                                     |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり | なし |                                                       |                                                                                                                     |



|                  |    |    |  |  |
|------------------|----|----|--|--|
| ＜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 |      |      |      |     | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 |      |      |      |     |                    |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |     | ※利用できる範囲を明確化すること   |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |     |                    |
| 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 |      |      |      |     | ※回数（年〇回など）を明記すること  |
| 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 |      |      |      |     |                    |
| 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 |      |      |      |     | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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（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、月額の利用料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。