

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	下重 幸子
所属・職名	シニア運営部

※ 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あずぱーとなーず 株 式 会 社 アズパートナーズ	
主たる事務所の所在地	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台二丁目2番地 御茶ノ水杏雲ビル11階	
連絡先	電話番号	03-5577-6510
	FAX番号	03-5577-6517
	ホームページアドレス	<a href="https://www.as-partners.co.jp">https://www.as-partners.co.jp</a>
代表者	氏名	植村 健志
	職名	代表取締役
設立年月日	平成16年11月2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) あずはいむかわごえ アズハイム川越	
所在地	〒350-1151 埼玉県川越市今福 843-1	
主な利用交通手段	最寄駅	川越駅
	交通手段と所要時間	東武東上線または JR 埼京線「川越駅」西口より西武バス「新所沢東口行」5分(2,500m) バス停「今福」「かすみ町」下車、徒歩2分
連絡先	電話番号	049-249-8840
	FAX番号	049-243-2240
	ホームページアドレス	<a href="https://www.as-heim.com">https://www.as-heim.com</a>
管理者	氏名	山口 秀子
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成20年9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成22年4月1日

### (類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1170402810
	指定した自治体名	川越市
	事業所の指定日	平成22年4月1日
	指定の更新日(直近)	平成28年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2426.11 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 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし				
契約の自動更新	1 あり 2 なし						
建物	延床面積	全体	2043.24 m <sup>2</sup>				
		うち、老人ホーム部分	2043.24 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 平成 20 年 10 月 1 日 ~ 令和 15 年 9 月 30 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*	
		Aタイプ	有	無	18.0 m <sup>2</sup> ~19.2 m <sup>2</sup>	51	介護居室個室
		Bタイプ	有	無	33.29 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	3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	
			リフト浴	
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他 ( )	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり	1階 (34.77㎡) 2・3階 (56.16㎡)	2 なし
	機能訓練室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	1階食堂と共用	2 なし
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
その他	ホーム内は、すべてバリアフリー対応としています。			

## 4. サービスの内容

## (全体の方針)

運営に関する方針	<p>ホームにおいて、ご入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活が出来るよう支援しご入居者とそのご家族の意思と希望を尊重しながら、身体介護に留まらず対話を通じ精神的な支援を心がけ、快適な居住空間の提供を行うものとします。</p> <p>ご家族と同様の絆を築き、安心して暮らしを営め信頼されるパートナーである事をサービス理念とし、ご入居者のご家族の満足を第一にホーム運営を行います。</p>
サービスの提供内容に関する特色	経営理念である「5つの誓い」を守り、細やかな行き届いたサービスを提供し、その方らしい生活の支援をいたします。
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	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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の 加算の対象となるサービス の体制の有無 (加算内容、料金は人員配置状況、 利用状況によって異なります。)	個別機能訓練加算 I		1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	2 なし
	医療機関連携加算		1 あり	2 なし
	看取り介護加算 (I)		1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	2 なし
		(I)ロ	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(II)	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)	2.5 : 1	
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	救急車の手配		
	2	入退院の付き添い	
	3	通院介助	
	4	その他	
<p>(入居者が疾病、負傷等により治療が必要となった場合は、契約者、入居者又は身元引受人等の同意を得たうえで、協力医療機関または希望する医療機関において、治療等を受けていただくための支援を行います。)</p>			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団真心会 豊川医院
		住所	埼玉県所沢市小手指町3丁目22番12号
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、リウマチ科、リハビリ科
		協力内容	日常の訪問診療及び緊急時の医療アドバイスと対応、健康相談、看護指導、医療機関に入院を要する場合の紹介など
	2	名称	医療法人社団コンパス コンパスクリニック大宮
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目193番地2号
		診療科目	内科、歯科
		協力内容	日常の訪問診療及び緊急時の医療アドバイスと対応、健康相談、看護指導、医療機関に入院を要する場合の紹介など
	3	名称	医療法人聖心会 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(循環器科・消化器科・呼吸器科・糖尿病)、眼科、皮膚科、リハビリテーション科
		協力内容	日常の訪問診療及び緊急時の医療アドバイスと対応、健康相談、看護指導、医療機関に入院を要する場合の紹介など 高度医療を必要とする場合の入院、治療の対応
	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19-3
		診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、小児外科、泌尿器科、肛門科、婦人科、眼科、放射線科、リハビリテーション科、
		協力内容	高度医療を必要とする場合の入院、治療の対応
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人 健友会
		住所	埼玉県川越市小ヶ谷72-1
		協力内容	訪問歯科診療 口腔衛生指導、嚥下機能改善、外科的治療等
	2	名称	医療法人社団コンパス コンパスクリニック大宮
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目193番地2号
		協力内容	訪問歯科診療 口腔衛生指導、嚥下機能改善、外科的治療等

(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 (全室・介護居室個室)	
判断基準の内容	より適切な介護サービスを提供するために、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、介護居室を変更していただくことがあります。この場合、入居者又は身元引受人の同意の上で変更していただきます。 介護上必要な場合、また事業者都合による場合は、入居一時金の取扱いに関する変更はいたしません。	
手続きの内容	入居者及び身元引受人の希望による変更の場合は運営規定により行います。	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
居室利用権の取扱い	変更先の居室に利用権が移ります。	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし <b>【差額費用の取扱い】</b> (1) 新たに選択された契約プランの入居一時金が支払済入居一時金を上回る場合はその差額をお支払いいただきます。下回る場合は、支払済入居一時金に残額があり、かつその償却残額が変更先の居室の入居一時金の償却残額と比較し余剰がある場合にのみ、精算を行うものとします。 (2) プラン変更時における月割償却に関しては、従前入居日を起算日とします。 よって、60ヶ月以降に変更しお支払いいただく入居一時金については、変更契約締結日に一括償却となります。	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    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    (変更内容) 2 なし



(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として65歳以上で、自立の方、要支援及び要介護の方。</li> <li>・医療機関で常時高度治療を受ける必要がない方、感染症でない方。 但し、医師により、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合はこの限りではありません。</li> <li>・自傷他害等の恐れがなく、他の入居者と円滑な共同生活が可能の方。</li> <li>・健康保険、介護保険に加入されている方。</li> <li>・原則として確実な身元引受人がいる方。 (入居一時金、月額利用料等を支弁できる方)</li> <li>・身元引受人を1名定めていただきます。</li> <li>・身元引受人は、契約上の債務について、入居者と連帯して責任を負うこととなります。</li> <li>・身元引受人は、入居契約が終了した場合、身柄を引き取ることとなります。</li> <li>・身元引受人は、介護サービスの提供にあたっての相談、緊急時の連絡等に協力していただきます。</li> </ul>		

契約の解除の内容	<p>(契約の終了)</p> <p>第28条 次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。</p> <p>一 入居者が死亡したとき (入居者が一室2人入居の場合は、2人とも死亡したとき)</p> <p>二 アズパートナーズが第29条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>三 入居者が第30条に基づき解約を行ったとき</p>
----------	--

<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p>	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>第29条 アズパートナーズは、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することができます。</p> <p>一 入居者が、利用料その他の支払いを<u>1ヶ月以上滞納</u>したことが当社にて発覚した場合</p> <p>二 第20条の規定に違反したとき</p> <p>三 入居に必要な書類に虚偽の記載をし、又は故意に不利益となる事実を告知しない等不正手段により、アズパートナーズとの信頼関係に支障をきたしたとき</p> <p>四 入居者の言動が、入居者自身または他の入居者あるいはアズパートナーズの従業員の心身または生命に危害を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者へのサービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</p> <p>五 身元引受人の言動又は入居者もしくは身元引受人の家族の言動が、入居者自身または他の入居者あるいはアズパートナーズの従業員の心身または生命に危害を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者へのサービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</p> <p>六 入居者が入居中にホームで対応困難な医療行為が必要になり、かつアズパートナーズが関係法令に基づくホームでの人員体制では対応が困難であると判断した場合</p> <p>七 地震等の天災、関係法令の改変、その他やむを得ない事由により継続的なホーム運営が困難になった場合</p> <p>八 前各号の他、入居者、その家族又は身元引受人とアズパートナーズとの信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、アズパートナーズが適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、アズパートナーズは次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について、契約終了まで90日の予告期間をおく（<u>但し、前項一号の場合は、予告期間を30日とする。</u>）</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号及び第六号によって契約を解除する場合には、アズパートナーズは前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 アズパートナーズは、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 第46条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 第20条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>※参考：(禁止又は制限される行為)</p> <p>第20条 入居者は、目的施設の利用にあたり、目的施設又はその敷地内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。</p> <p>一 銃砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入・使用・保管する行為</p> <p>二 大型の金庫、その他重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付ける行為</p> <p>三 排水管その他を腐食させるおそれのある液体等を流す行為</p> <p>四 テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑を与える行為</p> <p>五 猛獣・毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を飼育する行為</p> <p>六 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供する行為</p> <p>七 目的施設又はその周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢</p>
-----------------------	-------------	--

		<p>を示すことにより、他の入居者、アズパートナーズの従業員及び付近の住民又は通行人に不安を与える行為</p> <p>八 目的施設に反社会的勢力を入居させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせる行為</p> <p>九 犬、猫その他一切の動物（鑑賞用の小鳥、魚等を含む。）を目的施設又はその敷地内で飼育する行為</p> <p>2 入居者は、目的施設の利用にあたり、アズパートナーズの承諾を得ることなく、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また、アズパートナーズは、他の入居者からの苦情その他の場合に、その承諾を取り消すことがあります。</p> <p>一 居室及びあらかじめ管理規程に定められた場所以外の共用施設又は敷地内に物品を置く行為</p> <p>二 目的施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行うこと</p> <p>三 目的施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模様替え、敷地内において工作物を設置する行為</p> <p>四 管理規程等において、アズパートナーズがその承諾を必要と定めるその他の行為</p> <p>3 入居者は、目的施設の利用にあたり、次の各号に掲げる事項については、あらかじめアズパートナーズと協議を行うこととします。アズパートナーズは、この場合の基本的考え方を管理規程等に定めることとします。</p> <p>一 入居者が1か月以上居室を不在にする場合の、居室の保全、連絡方法、各種費用の支払いとその負担方法</p> <p>二 アズパートナーズが入居者との事前協議を必要と定めるその他の事項</p> <p>4 入居者が、第1項から第3項までの各項の規定に違反もしくは従わず、アズパートナーズ又は他の入居者等の第三者に損害を与えた場合は、入居者には、アズパートナーズ又は当該の第三者に対して損害賠償責任が生ずることがあります。</p>
<p>入居者からの解約 予告期間</p>	<p>(入居者からの解約)</p>	<p>第30条 入居者は、アズパートナーズに対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れはアズパートナーズの定める解約届をアズパートナーズに提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、アズパートナーズが入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 入居者は、アズパートナーズ又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>一 第46条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p>
<p>体験入居の内容</p>		<p>1 あり (7泊を限度とさせていただきます。)</p> <p>宿泊費用 : お一人様 (朝昼夕3食付) / 1泊 Aタイプ 11,000円(税込)・Bタイプ 16,500円(税込)</p> <p>その他費用 : オムツ代・日用雑貨品などは実費負担。</p> <p>2 なし</p>
<p>入居定員</p>		<p>53室 55名</p>
<p>その他</p>		<p>—</p>

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	0.5
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	38	17	21	25.3
介護職員	36	15	21	23.3
看護職員	2	2	0	2.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	1.8
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	8	5	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	16	8	8
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	1	1	
あん摩マッサージ指圧師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 (20時00分～07時00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	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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 <b>c 2.5 : 1以上</b> d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.2 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				1 あり 2 なし					
	業務に係る資格等				1 あり					
					資格等の名称		介護福祉士			
					2 なし					
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	1		3	2						
前年度1年間の退職者数				2				1		
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1		3	2					
	1年以上 3年未満	1		9	3	1			1	
	3年以上 5年未満			0	6			1		
	5年以上 10年未満			3	7					
	10年以上			0	3	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】	<p>1 <input type="checkbox"/> 利用権方式</p> <p>2 建物賃貸借方式</p> <p>3 終身建物賃貸借方式</p>		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	3 月払い方式		
	<p>4 <input type="checkbox"/> 選択方式</p> <p>※該当する方式を全て選択</p>	<p>1 全額前払い方式</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 月払い方式</p>	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>		
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<p>1 <input type="checkbox"/> 減額なし</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期にわたる不在時におきましても、家賃・管理費・水光熱費・食費の内の厨房管理費は請求させていただきます。</li> <li>・生活サポート費、介護保険料自己負担分および食費の内の朝食・昼食・夕食の費用は請求いたしません。</li> </ul> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>		
利用料金の改定	条件	川越市における消費者物価指数及び人件費などを勘案。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で行います。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		Aタイプ/プランA	Aタイプ/プランB
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護2
	年齢	一歳	一歳
居室の状況	床面積	18.0 m <sup>2</sup>	18.0 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	4,800,000 円
	敷金	600,000 円	0 円
月額費用の合計		297,000 円	219,224 円
家賃		120,000 円	40,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		21,224 円
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	66,000 円
		管理費	70,000 円
		介護費用	0 円
		光熱水費	22,000 円
その他		0 円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>			



## (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃(非課税)	地域周辺の家賃を基に算出しております。
敷金(非課税)	家賃の5ヶ月分 ・月払い方式による契約の場合、ご契約時に敷金として一人部屋の場合60万円、二人部屋の場合120万円をお預かりいたします。敷金は契約終了時に全額返還いたしますが、契約債務の担保金となりますので債務がある場合は差し引かせていただくことがあります。
介護費用(税込)	・入居時に認定がされていない方、申請中の方、入居期間中に要介護又は要支援から自立へと区分変更された方は、「生活サポート費」月額22,000円(税込)を徴収させていただきます。 ・要介護から要支援に区分変更された場合は「生活サポート費」はいただきません。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費(非課税)	・施設の維持管理の費用としての人件費 ・共用部管理の費用として施設維持管理費分
食費(税込)	1日3食を30日喫食した場合の料金となります。 (内訳/厨房管理費:26,400円 朝食:330円 昼食:440円 夕食:550円) ・食事代は入居者の喫食数に応じた額をお支払いいただきます。 ・欠食を希望する場合は、前日のAM10:00までにご連絡ください。 ・厨房管理費は、喫食の有無に関わらずお支払いいただきます。 ・飲食料品の提供の「全て」について、軽減税率の累計額の計算対象となる飲食料品の提供の対象ではありません。
光熱水費(税込)	ホームの水光熱費:AH川越(53室):約1,199万円/年 平均稼働率を90%として1月1室当りの使用料を算出 $1,199万 \div 12ヶ月 \div (53室 \times 90\%) = 約21,000円$ この金額を目安に算出しております。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	・居室の使用にあたっては、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復することおよび居室のクリーニングを実施することとします。 ・原状回復にかかる費用および居室のクリーニングにかかる費用は、入居者の負担とします。使用期間、使用状況により費用は異なります。

## (特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額を徴収させていただきます。
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)	該当なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	



## 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	8人
	女性	47人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	10人
	85歳以上	39人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	7人
	要支援2	2人
	要介護1	12人
	要介護2	7人
	要介護3	7人
	要介護4	13人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	11人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	0人

## (入居者の属性)

平均年齢	85.8歳
入居者数の合計	55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	2人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	6人
	その他	2人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	2人
	(解約事由の例) 他の有料老人ホームへ転居	

## 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		アズハイム川越 ホーム長
電話番号		0120-834-044
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		無休
窓口の名称		(株)アズパートナーズ 本社お客様相談室
電話番号		0120-834-655
	平日	9:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日
窓口の名称		川越市役所 福祉部 介護保険課
電話番号		049-224-8811
	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日
窓口の名称		川越市役所 福祉部 高齢者いきがい課
電話番号		049-224-5809
	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
	平日	平日 8:30~12:00、13:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
電話番号		土曜・日曜・祝日

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 賠償責任保険 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	<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) 介護サービス等の提供にあたり事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、地震・津波等による天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。 但し、入居者に重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。
	<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	1 階受付に意見箱を設置 年に一度、顧客満足度アンケートを実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input 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	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

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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: _____ )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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	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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 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		
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	アズハイム川越	川越市今福843-1
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	アズハイム上福岡	川越市清水町4-7
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	アズハイム川越	川越市今福843-1
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	アズハイム上福岡	川越市清水町4-7
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						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
	なし	あり	なし	あり				
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		○	実費	おむつ代は実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100	1回/週3回以上利用の場合
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100	1回/週3回以上利用の場合
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		○	¥1,100	30分/協力医療機関以外/30分毎に加算
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		○	¥550	1回/週2回以上利用の場合
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		クリーニング業者を利用する場合は実費負担
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				
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		○		実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100	30分/週2回以上利用の場合/30分毎に加算
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100	30分毎加算
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	外部の医療機関により年2回実施 費用は実費負担
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		○	¥1,100	30分/協力医療機関以外/30分毎に加算
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。