

プラチナ・シニアホーム春日部六軒町
重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日 |
| 記入者名 | 佐川 正広 |
| 所属・職名 | 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) かぶしきかいしやれいくすとうえんていわん 株式会社レイクス21 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目11番8号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3564-1620 |
| | FAX番号 | 03-3564-1621 |
| | ホームページアドレス | http://www.lakes21.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 池 俊明 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 12年 1月 4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) ぶらちな・しにあほーむかすかべろっけんちょう プラチナ・シニアホーム春日部六軒町 | |
| 所在地 | 〒344-0012 埼玉県春日部市六軒町6番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 交通手段と 所要時間 | 東武スカイツリーラインノ割駅・東武アーバンパークライン 藤の牛島駅下車 1. 電車利用でのご来所 東武スカイツリーラインノ割駅・東武アーバンパークライン藤の牛島駅下車それぞれ徒歩20分 2. お車でのご来所 埼玉県道10号(春日部～松伏線) 武蔵野銀行駐車場並び 3. バスでのご来所 東武スカイツリーライン・東武アーバンパークライン[春日部駅] 東口より朝日バス[豊野工業団地]行き、又は[消防署前]行きにご乗車[文化住宅入口]バス停下車、徒歩約3分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-720-8280 |
| | FAX番号 | 048-720-8281 |
| | ホームページアドレス | http://www.lakes21.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 佐川 正広 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 27年 5月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 27年 5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） | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 | | | |
| 4 健康型 | | | |
| 1 又は 2に該当する場合 | 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 | 588.45 m ² | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成27年5月1日～平成52年4月30日) | | |
| | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,006.77 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 0 m ² | | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 契約期間 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成27年5月1日～平成52年4月30日) | | | |
| 2 なし | | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| | 全室共通 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | 18.00 m ² | 30 |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 3ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | | 3ヶ所 |
| | | | 大浴場 | | 0ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 |
| リフト浴 | | | 0ヶ所 | | |
| ストレッチャー浴 | | | 0ヶ所 | | |

| | | | | |
|--------|------------------|---|------------------|-----|
| | | | その他 () | 0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) | |
| | | 2 | 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 | 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 | 当住宅では、入居者様に対して個人の有する能力に応じ自立して日常生活を営むことが出来るよう、基本サービスとして状況把握(安否確認)・生活相談・緊急時対応を行います。また、関係市町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供機関等と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。 | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 在宅高齢者が医療や介護が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けられることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。 | | | |
| 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 | 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 ※複数選択可 | 1 | 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団侑和会春日部厚仁クリニック | |
| | | 住所 | 埼玉県春日部市大畑 321 | |
| | | 診療科目 | 内科 | |
| | | 協力内容 | 訪問診療 | |

| | | | |
|----------|------|--------------------------------------|------------------------|
| | 2 | 名称 | 医療法人光仁会春日部厚生病院 |
| | | 住所 | 埼玉県春日部市緑町 6-11-48 |
| | | 診療科目 | 内科等 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 3 | 名称 | 医療法人社団 廣和会 埼玉東部診療所 |
| | | 住所 | 埼玉県春日部市大畑 321-1 宮前ビル1階 |
| | | 診療科目 | 内科・整形外科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人ケアクル新白岡デンタルクリニック | |
| | 住所 | 埼玉県白岡市高岩 765-1 新白岡駅前ホスピタリティパーク 2F | |
| | 協力内容 | 歯科 訪問診療 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | | |
|----------------|--|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 | 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（一般居室個室） | |
| 判断基準の内容 | 住戸移動は原則としてありませんが、適切なサービス提供に支障をきたす場合、またはその恐れがある場合、住戸を変更して頂く場合があります。 | |
| 手続きの内容 | 一定期間の観察を実施し、医師の意見を聞き、ご入居者様及びご家族様の同意を得たうえで実施いたします。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 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 (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | 賃貸借契約書第 11 条及び第 12 条に記載のとおり | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 賃貸借契約書第 11 条に記載のとおり |
| | 解約予告期間 | 賃貸借契約書第 11 条 5 項、甲は乙が別表第 1 第 6 号から第 8 号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除する事ができる。 |
| 入居者からの契約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（内容：5,400 円/一泊（8%消費税込） 住宅費・光熱水費・生活支援サービス費、食事代別途 2 なし | |
| 入居定員 | 30 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制
(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 介護職員 | 13 | 2 | 11 | |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 5 | 0 | 5 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 6 | 0 | 6 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 2 | 5 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 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 (18:00~9:00) 1名 | | |
|---------------------------|------|-----------------|
| | 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 |

(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 | | | | | | | |
| | | 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 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 年業務に応じた職員の経験 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 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】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 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 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 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 |
| 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利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合 |
| | 手続き | 料金を改定する際は、入居者様、入居者様の代理人または入居者様のご家族様等の関係者に対して、あらかじめ通知のうえ、運営懇談会の意見を聴いたうえで重要事項説明書を用いて十分に説明し、同意を得ることとします。 |

(利用料金のプラン)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|--|-------------------------------|--------------------|---------|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護2 | | |
| | 年齢 | 80歳 | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00㎡ | | |
| | 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 | | 135,931円 | 円 | |
| 家賃 | | 50,000円 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 0円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 45,360円 | 円 |
| | | 管理費 (共益費として) | 20,000円 | 円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 円 |
| | | 光熱水費 | | |
| | | その他 (生活支援サービス費) | 20,571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 | 50,000円 (消費税非課税) |
| 敷金 | 家賃の 0 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 | 共益費として20,000円 (消費税非課税・居室光熱水費含む) |
| 食費 | 1日1,512円×30日=45,360円 (消費税8%含まれます。) |
| 光熱水費 | 共益費内に含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 生活支援サービス重要事項説明書添付(介護サービス等一覧)その都度徴収サービス利用料金のとおり。 |
| その他のサービス利用料 | |

(前払金の受領) なし

7. 入居者の状況
(入居者の人数)

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 10人 |
| | 女性 | 17人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 5人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 11人 |
| | 85歳以上 | 9人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 1人 |
| | 要介護1 | 10人 |
| | 要介護2 | 8人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 2人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 20人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 80.9歳 |
| 入居者数の合計 | 27人 |
| 入居率※ | 90.0% |

※ 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 | 1人 |
| | その他 | 2人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | (解約事由) | |
| | 入居者側の申し出 | 2人 |
| (解約事由) | 自立生活を送るため | |

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)

| | | |
|----------|-------------------|------------|
| 窓口の名称 | プラチナ・シニアホーム春日部六軒町 | |
| 電話番号 | 048-720-8280 | |
| 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 | なし | |

(事業者以外の苦情に対応する窓口)

| | | |
|----------|------------------------|------------|
| 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 | |
| 電話番号 | 048-830-3254 (直通) | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 土、日、祝日、年末年始(12/29~1/3) | |
| 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 | |
| 電話番号 | 048-830-5562 (直通) | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 土、日、祝日、年末年始(12/29~1/3) | |

| | | |
|----------|-------|--|
| 窓口の名称 | | 春日部市消費生活相談 |
| 電話番号 | | 048-736-1111 |
| 対応している間 | 平日 | 月曜・火曜・水曜・金曜 10:00~12:00、13:00~15:30 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 祝日、年末年始（12/29~1/3） |
| 窓口の名称 | | 埼玉県消費生活支援センター春日部 |
| 電話番号 | | 048-734-0999 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~16:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土、日、祝日、年末年始（12/29~1/3） |

（サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）

| | | |
|-------------------------------|-------------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | 東京海上日動火災保険株式会社 事業活動包括保険 |
| | 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 | <ul style="list-style-type: none"> 本契約に基づき、介護サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命、身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等）を行います。 事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、埼玉県都市整備部住宅課、埼玉県福祉部高齢者福祉課、区市町村に報告します。 入居者に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、異業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。 |
| | 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する取組の状況 | 1 あり | 実施日 | 未定 |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| | 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:) <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 | 1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定によ り、届出が不要 |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法 律第 5 条第 1 項に規定するサービ ス付き高齢者向け住宅の登録 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | 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)

上記の内容について、説明を行い、入居者の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 平成 年 月 日

事業者 所在地 東京都中央区京橋1丁目11番8号
事業者(法人)名 株式会社レイクス21
代表者職・氏名 代表取締役 池 俊明

事業所 所在地 埼玉県春日部市六軒町6番地
名称 プラチナ・シニアホーム春日部六軒町

説明者 説明者・氏名 _____ 印

上記の内容について、説明を受け、確認及び同意をし、交付を受けました。

確認及び同意年月日 平成 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者

下記の理由により、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

署名代行理由：

[_____]

本人との続柄

《

》

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人

住 所 _____

本人との続柄

《

》

氏 名 _____ 印

立会人

住 所 _____

本人との続柄

《

》

氏 名 _____ 印

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 | プラチナ・訪問介護ステーション春日部（他4ヶ所） | 春日部市栄町3-107 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 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 | プラチナ・シニアホーム 春日部藤の牛島 | 春日部市牛島1590番地1 |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | プラチナ・デイサービス埼玉坂戸 | 坂戸市元町65-6 |
| 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 | プラチナ・シニアホーム 春日部藤の牛島 | 春日部市牛島1590番地1 |
| 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 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

| 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 | なし | ○ | | | | タクシー移送業者の手配は生活支援サービス内にて実施いたします | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | なし | ○ | | | | (本体価格 2,000 円消費税 8% 160 円) | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | なし | ○ | | | | ホームが認めた場合は、必要に応じ無料にて実施 | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | なし | ○ | | | | ホームが認めた場合は、必要に応じ無料にて実施 | |

※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、月額の利用者負担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於いて、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。