

ライフ&シニアハウス川越南 七彩の街
重要事項説明書

記入年月日	2019年4月1日
記入者名	平野 勝仁
所属・職名	ライフ&シニアハウス川越南 七彩の街・ハウス長

※ 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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) <small>かぶしきがいしゃせいかつかがくうんえい</small> 株式会社生活科学運営	
主たる事務所の所在地	〒108-0014 東京都港区芝四丁目2番3号	
連絡先	電話番号	03-5427-3177
	FAX番号	03-5427-3171
	ホームページアドレス	http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/
代表者	氏名	浦田 慶信
	職名	代表取締役社長
設立年月日	1991年（平成3年）9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) らいふ しにあはうすかわごえみなみ ななさい まち ライフ&シニアハウス川越南 七彩の街	
所在地	〒356-0045 埼玉県ふじみ野市鶴ヶ岡四丁目 16 番 15 号	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線「上福岡」駅
	交通手段と所要時間	東武東上線「上福岡」駅下車 徒歩 15 分 (1,200m)
連絡先	電話番号	049-256-3020
	FAX番号	049-256-3021
	ホームページアドレス	http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/saitama/nanasai/
管理者	氏名	平野 勝仁
	職名	ハウス長
建物の竣工日		2005年(平成17年)7月29日
有料老人ホーム事業の開始日		2005年(平成17年)9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	1172400804 号	
	指定した自治体名	埼玉県	
	事業所の指定日	指定介護保険特定施設	平成 17 年 9 月 1 日
		指定介護保険介護予防特定施設	平成 18 年 4 月 1 日
指定の更新日 (直近)	指定介護保険特定施設	平成 29 年 9 月 1 日	
	指定介護保険介護予防特定施設	平成 30 年 4 月 1 日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	4,006.34 m ²				
	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	7,193.30 m ²			
		うち、老人ホーム部分	m ²			
	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 (地上7階塔屋)				
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 (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	32.17 m ² ~ 98.40 m ²	60 室	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.57 m ² ~ 23.59 m ²	32 室	介護居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	24.76 m ²	1 室	一時介護室	
※「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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	8ヶ所
	共用浴室	6ヶ所	個室	4ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
その他 ()			1ヶ所	
食堂	1 あり 2 なし	1階 (多目的室と兼用) 1階 2ヶ所 2階 2ヶ所 (いずれも機能訓練室併用)		
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	サークル室、相談室兼会議室、湯上りサロン、リラクゼーションルーム、多目的ホール、和室、料理教室キッチン、健康相談室、トランクルーム (実費)、駐車場 (実費)、駐輪場			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	【自立支援サービス】 一般居室を利用するご入居者に対して、退院後や要介護認定申請中、ケアプランに基づいたサービスをいたします。(※介護保険の申請を前提とした認定時までのサービス)

	<p>【シニア生活支援サービス】 介護居室を利用するご入居者が「自立」の場合、生活サービス等をいたします。（特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）利用契約を締結されるまでのサービス）</p> <p>【健康管理・増進サービス】 健康診断のご案内（年1回は管理費内にて実施）、健康相談、毎日の安否確認、健康体操など</p> <p>【治療への協力サービス】 お見舞い、入退院時の対応、緊急時の対応など</p> <p>【食事サービス】 1日3食の提供（食事代は実費）</p> <p>【生活相談・助言サービス】 各種相談、助言など</p> <p>【生活サポートサービス】 タクシーの手配、クリーニング店や宅配業者の取次ぎ、電球の取り替え、水つまり応急処置などのフロントサービス、病気時のおかゆ等軟食対応・配下膳・布団干し・簡単な居室清掃など</p> <p>【コミュニケーションサポートサービス】 イベント企画、生きがい支援など</p> <p>【ハウスが提供する介護サービスの内容、頻度、費用負担】 別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。</p> <p>【事故発生時の対応】 万一事故等が発生した場合には、事故対応マニュアルに基づき、応急措置、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医または119番に連絡をとる等、必要な措置を講じます。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>
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	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	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	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	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	
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 : 1			
	2	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 (お見舞い等)
協力医療機関	名称	医療法人鳳和会ふじみ野中央クリニック
	住所	埼玉県ふじみ野市鶴ヶ岡 4-16-15 ライフ&シアハウス川越南 七彩の街 1階
	診療科目	内科、訪問診療
	協力内容	居宅療養管理指導、日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団立靖会 ラビット歯科
	住所	埼玉県戸田市新曽 1292-4
	協力内容	口腔ケア、義歯作製・調整、虫歯の治療、抜歯、歯科検診他 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	<p>一時的に、24時間の頻繁な介護等が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、一時介護室で介護します。</p> <p>また、長期にわたり 24 時間の頻繁な介護が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、介護居室で介護します。</p>	
手続きの内容	一時介護室での介護は1ヶ月を目安とし、特別な手続き等は必要ありません。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 入居一時金の精算は致しませんが、管理費は介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。	
居室利用権の取扱い	一時的に利用する共用施設であり、一般居室の利用権に変更はありません。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	3ヶ月の観察期間の後、要介護認定重度又は継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合には、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、住みかえとして一般居室から会社の指定する介護居室へ居室の利用権を移行していただく場合があります。	
手続きの内容	付属契約書(住みかえ)を締結いただき、管理費は介護居室管理費をお支払いいただきます。	

追加的費用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 一般居室に二人入居され、追加入居一時金免除の場合で、どちらか一方が介護居室へ移った場合は、介護居室利用料（60,000円/月）を別途お支払いいただくことで利用権を取得いただけます。この場合の管理費は一般居室管理費がお一人分となりますが、別途介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。	
居室利用権の取扱い		一般居室から介護居室へ移行します。	
前払金償却の調整の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（介護居室間で移る場合）	
判断基準の内容		入居者の心身状況、他の入居者への適応状況などにより必要となった場合には、入居者及び身元引受人の意見を聴き、同意の上、居室移動をお願いする場合があります。	
手続きの内容		付属契約書（住みかえ）を締結いただきます。	
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		住みかえ先の介護居室へ居室の利用権を移行します。	
前払金償却の調整の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>55歳以上の方。共同生活が円満にできる方。</p> <p>二人入居の場合の追加入居者は、入居資格を満たしている方。</p> <p>但し、夫婦と限りません。親子、友人でも可能です。</p> <p>自らおよび身元引受人等が反社会的勢力に該当しないこと。</p>	
契約の解除の内容	<p>①入居者が逝去した場合 (2名の場合はどちらとも逝去した場合)</p> <p>②入居者から契約解約が行われた場合</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・管理費その他の費用の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞したとき ・居室の転貸・交換をしたとき ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者等の言動が他の入居者等の心身または生命に危害を及ぼす恐れがあり、有料老人ホームにおける通常の介護方法ではこれを防止することができないとき ・入居者等が上記に類する行為を行い、事業者の運営に多大な支障をきたしたとき、又は支障をきたす具体的な危険があるとき 	
事業主体から解約を求め める場合	解約条項	入居契約書第 31 条
	解約予告期間	90 日間
入居者からの解約予告 期間	30 日間	
体験入居の内容	<p><input type="checkbox"/> 1 あり</p> <p>当該居室に空きのある場合、体験入居が可能です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般居室 1泊2食付 7,560 円 ・介護居室 1泊3食付 16,200 円 (いずれも税込) <p>2 なし</p>	
入居定員	<p>134名 { 一般居室 60室 定員 60名～102名</p> <p> { 介護居室 32室 定員 32名</p>	
その他	<p>(身元引受人の条件・義務等)</p> <p>契約者お一人につき、身元引受人 1名を定めていただきます。</p> <p>入居者のご夫婦、兄弟姉妹等(三親等まで)の場合は、お互いに身元引受人になり、その他に第三者お一人を定めていただきます。</p>	

	<p>入居者及び会社の相談を受けることが可能な方で費用などの支払について、入居者と連帯して責任を負うこととなります。</p> <p>又、入居契約が解除された時に入居者を引き取ることとなります。</p> <p>※身元引受人がたてられない方は、事業者指定の公正証書を別途締結いただきます。(別途手数料がかかります。)</p> <p>(ペットの飼育)</p> <p>一般居室に限り、別途誓約書を提出のうえ飼育が可能です。</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		1.0
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	25	12	13	19.8
介護職員	22	11	11	17.3
看護職員	3	1	2	2.5
機能訓練指導員	3	1	2	0.1 (看護職員が兼務)
計画作成担当者	1	1		0.6
栄養士	1	1		0.1
調理員	8	5	3	6.4
事務員	1	1		1.0
生活コーディネーター	12	4	8	7.5
その他職員	5	1	4	2.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37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	1	
介護福祉士	16	8
実務者研修の修了者	2	1
初任者研修の修了者	4	2
介護支援専門員	3	2

(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	3	2
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		
はり師		
きゅう師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～翌9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	—	—
介護職員	2名	1名

(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 c 2.5 : 1 以上 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)	1. 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			2							1
前年度1年間の退職者数				2						1
応じた業務に従事した経年数に 職員の人数	1年未満		1	2						
	1年以上	1	1	2	1		1	1		
	3年未満			2	1					
	3年以上			2		1				
	5年未満			2	7	1				1
	5年以上			2	7	1				1
10年未満			2	7	1				1	
10年以上		1	4	1				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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が6ヶ月以上の場合に限り、管理費については7ヶ月目より半額（お二人の場合はお一人分）となります。 また、介護居室利用の場合は、光熱水費については7ヶ月目より半額となります。	
利用料金 の改定	条件	所在地の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (一般居室)	プラン2 (介護居室)
入居者の状況	要介護度	自立	要介護3
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	63.68 m ²	21.57 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	41,100,000円	15,100,000円
	敷金	一円	一円

月額費用の合計		158,730 円	243,872 円 ^{※3}	
家賃		－円	－円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	－円	20,942 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費*1	61,530 円	61,530 円
		管理費*2	97,200 円	108,000 円
		介護費用*3	－円	42,600 円
		光熱水費*4	実費	10,800 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）

※3 自己負担額は1割を想定（基本報酬（1割）のみを記載）

*1 1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。食費はチケット方式で、予約なしでお選びいただけます。朝食 432 円 昼食 777 円 夕食 842 円
上記の他、喫茶軽食もあります。

介護居室の場合、食事は前日までの注文となります。欠食の場合でもキャンセル料はかかりません。

*2 お二人入居の場合は、一般居室 151,200 円/月となります。

*3 介護保険サービスの自己負担額は含みません。

1ヶ月を30日とした場合の金額です。1,420円/人・日となります。

*4 一般居室（実費）：介護居室（月額 10,800 円/室）

《55歳以上60歳未満の場合》

上記金額は60歳以上の一時金です。55歳以上60歳未満の場合は上記に加え、別途年齢による付加金が必要です。二人入居の場合には、いずれか若い方の年齢が対象となります。

付加金＝入居一時金×満60歳迄の月数÷（償却月数＋満60歳迄の月数）

《入居者を追加する場合》

入居契約後に入居者の追加契約をする場合は、別途追加入居一時金 800 万円が必要になります。

※二人同時契約の場合の追加入居一時金は不要です。

追加入居者は、一人目の入居契約締結日時点で満60歳以上の方が対象となります。

《月払い併用方式》

月払い併用方式の場合は、一時入居金、契約金をお支払いいただきます。

契約金：入居一時金の初期償却相当額

一時入居金：200 万円以上 100 万円単位で設定

保証金：家賃相当額の3ヶ月分

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料

・シニア生活支援サービス費

（介護居室を利用するご入居者が「自立」の場合） 32,400円/月

・駐車場使用料（月極使用：個人用） 月額 7,560 円/台

・トランクルーム利用料	一戸	月額 4,320 円
・洗濯機・乾燥機使用料		各々 100 円/回
・介護用品：実費		
・寝具リース代		1,338 円/月
※リネンのみ		515 円/月

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	—
敷金	—
介護費用	法令で定める人員配置基準を超えて配置をする介護人員に係る人件費相当額 (要介護者 2 人に対し、週 37 時間換算で介護・看護職員 1 人：夜間 (23:00～翌 5:00) 最少人数 1 名) 介護居室を利用し、要介護認定「要支援 1～要介護 5」の場合で特定施設入居者生活介護契約後のサービス利用時よりお支払いいただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務、管理部門の人件費、自立支援サービス提供の為の人件費、共用施設等の維持管理費、備品、消耗品費に係る費用相当額
食費	食事提供に必要な食材料費及び調理人件費に係る費用相当額
光熱水費	居室の電気・水道に係る費用相当額
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定 別添 2
その他のサービス利用料	—

(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			
	(基本報酬)			
特定施設入居者生活介護	要介護認定	介護給付費 (1日あたり)	30日分の目安 (単位：円)	代理受領時の 自己負担額(単位：円)
	要支援 1	180 単位	56,430	5,643
	要支援 2	309 単位	96,871	9,688
	要介護 1	534 単位	167,409	16,741
	要介護 2	599 単位	187,786	18,779
	要介護 3	668 単位	209,418	20,942
	要介護 4	732 単位	229,482	22,949
	要介護 5	800 単位	250,800	25,080

護※ に 対 す る 自 己 負 担	(各種加算)			
	加算名称	介護給付費	30日分の 目安(単位：円)	代理受領時の 自己負担額 (単位：円)
	個別機能訓練加算 (／日)	12 単位	3,762	377
	夜間看護体制加算 (／日) ※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。	10 単位	3,135	314
	医療機関連携加算 (／月)	80 単位	836	84
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(／日)	18 単位	5,643	565
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(ロ)(／日)	12 単位	3,762	377
	サービス提供体制強化加算Ⅱ(／日)	6 単位	1,881	189
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(／日)	6 単位	1,881	189
	認知症専門ケア加算 (Ⅰ)(／日)	3 単位	940	94
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)(／日)	4 単位	1,254	126	
入居継続支援加算 (／日) ※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。	36 単位	11,286	1,129	
退院・退所時連携加算 (／日) ※要支援 1 及び 2 の場合は該当しません。	30 単位	9,405	941	
生活機能向上連携加算 (／月)	200 単位	2,090	209	
若年性認知症入居者受入加算 (／日)	120 単位	37,620	3,762	
口腔衛生管理体制加算 (／月)	30 単位	313	32	
栄養スクリーニング加算 (／回)	5 単位	52	6	
看取り介護加算	最大 6,528 単位／月単位			
介護職員処遇改善加算	月間所定単位数×8.2%単位			
※介護保険負担割合証に記載の割合に応じた金額が入居者の自己負担となります。(非課税) (上記は1割負担を想定)				
※算定要件を満たした場合、上記加算が発生します。				
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)	人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付(利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく費用			
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。				

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	家賃相当額 × 想定居住期間 + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額
------	---

想定居住期間（償却年月数）	一般居室：120 か月(10 年) 介護居室：60 か月(5 年)
償却の開始日	入居日(鍵の引き渡し日)
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	入居一時金の 15%相当額
初期償却率	入居一時金の 15%相当額
返還金の算定方法	<p>入居後 3 月以内の契約終了</p> <p>【全額前払い方式】 償却開始日より 3 ヶ月以内の解約の場合は、償却開始日から契約終了日までに係る日割り分を除き、全額返還します。</p> <p>【月払い併用方式】 一時入居金は、償却開始日より 3 ヶ月以内の解約の場合は、償却開始日から契約終了日までに係る日割り分を除き、全額返還します。 契約金は全額返還します。 保証金は居室の原状回復のための実費を差引いた上、返還します。</p>
返還金の算定方法	<p>入居後 3 月を超えた契約終了</p> <p>【全額前払い方式】 入居一時金の 85%をそれぞれの居室の償却月数で償却する下記の算式により返還。契約終了日の翌日から起算して 90 日以内に返還します。 居室の原状回復のための実費を差し引かれる場合があります。</p> <p>《年齢 60 歳以上の場合》 (返還金算定式) 返還金＝入居一時金－入居一時金×15%－(月次償却額^{※1}×経過月数^{※2}) ※1 月次償却額＝入居一時金×85%÷償却月数 ※2 償却開始日及び契約終了日が属する月は日割り計算</p> <p>《年齢 55 歳以上 60 歳未満の場合》 年齢 55 歳以上 60 歳未満の場合の算定式は下記となります。 (返還金算定式) 返還金＝入居一時金及び付加金－入居一時金及び付加金×15%－ (月次償却額^{※1}×経過月数^{※2}) ※1 月次償却額＝入居一時金及び付加金×85%÷(償却月数＋満 60 歳までの月数) ※2 償却開始日及び契約終了日が属する月は日割り計算</p> <p>《追加入居一時金》 (返還金算定式) 返還金＝追加入居一時金－追加入居一時金×15%－ (月次償却額^{※1}×経過月数^{※2}) ※1 月次償却額＝追加入居一時金×85%÷償却月数 ※2 償却開始日及び契約終了日が属する月は日割り計算</p>

	<p>【月払い併用方式】</p> <p>一時入居金は一般居室は10年(120か月)、介護居室は5年(60ヶ月)で償却する下記の算式により算定、保証金は居室の原状回復費のための実費を差引いた上、いずれも契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還します。</p> <p>(返還金算定式)</p> <p>返還金＝一時入居金－(月次償却額^{※1}×経過月数^{※2})</p> <p style="text-align: right;">※1月次償却額＝一時入居金÷償却月数</p> <p style="text-align: right;">※2償却開始日及び契約終了日が属する月は日割り計算</p>	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	23人
	女性	63人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	9人
	75歳以上85歳未満	39人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	40人
	要支援1	4人
	要支援2	6人
	要介護1	12人
	要介護2	6人
	要介護3	9人
	要介護4	7人
	要介護5	2人

入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	19人
	10年以上15年未満	38人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	83.2歳
入居者数の合計	86人
入居率*	64.2% (契約率 85.9%)
※ 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	1人
	医療機関	1人
	死亡者	12人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人 (解約事由の例) 他施設転居

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	<p>①ライフ&シニアハウス川越南 七彩の街 ハウス長 相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いています。事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。</p> <p>②本社 ご入居者相談窓口</p> <p>③本社 個人情報管理係</p>
-------	--

電話番号		① 049-256-3020 ②③0120-045-485
対応している時間	平日	① 午前 9 時 00 分～午後 5 時 30 分 ② 午前 10 時 00 分～午後 5 時 ③ 午前 10 時 00 分～午後 5 時
	土曜	① 午前 9 時 00 分～午後 5 時 30 分 ② 午前 10 時 00 分～午後 5 時
	日曜・祝日	① 午前 9 時 00 分～午後 5 時 30 分 ② 午前 10 時 00 分～午後 5 時
定休日		① ②についてはなし。 ただし事情により即時に対応できない場合は後日回答となることがあります。 ③については土・日・祝日
窓口の名称		① 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ② ふじみ野市役所高齢福祉課介護支援課 ③ 埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情対応係
電話番号		① 03-3548-1077 ② 049-262-9038 ③ 048-824-2568
対応している時間	平日	① 月・水・金 午前 10 時～午後 5 時 ② 午前 9 時～午後 5 時 ③ 午前 8 時 30 分～午後 5 時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		① 火・木・土・日・祝日・年末年始 ② , ③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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービスの提供にあたっては、施設賠償責任保険等に加入しております。 万一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。
	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) 事故防止・対応マニュアルにもとづき、対応します。
	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	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	2018年1月13日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2017年2月14日
		評価機関名称	特定非営利活動法人 福祉経営ネットワーク
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 一般居室 年 12 回 介護居室 年 4 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	<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		
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）

★ 私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

入居者氏名 _____ 印

入居者氏名 _____ 印

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____ 印

K-J-27-62

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		
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	ライ&シニアハウス川越南七彩の街	ふじみ野市鶴ヶ岡 4-16-15
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	ライ&シニアハウス川越南七彩の街 (他3ヶ所)	ふじみ野市鶴ヶ岡 4-16-15
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	ライ&シニアハウス川越南七彩の街	ふじみ野市鶴ヶ岡 4-16-15
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	ライ&シニアハウス川越南七彩の街 (他3ヶ所)	ふじみ野市鶴ヶ岡 4-16-15
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		

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(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

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							
居室の例	自立					自立～要支援2					要支援1・要支援2								
	一般居室					一般居室					介護居室								
	管理費等で実施するサービス(利用者一部負担)		備考			個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)			管理費、自立支援サービスで実施するサービス		備考			個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		備考			
	なし	あり	なし	あり	料金	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	料金	
<介護予防サービス>																			
運動機能向上訓練	○		○			○						○		週2回(指定日)	○				
口腔機能向上訓練	○		○			○						○		週1回(指定日)	○				
栄養改善	○		○			○						○		月1回	○				
<介護サービス>																			
巡回・安否確認																			
昼間(9:00-17:00)	○		1日1回(ボード)	○		○		1日1回(ボード)	○		4時間毎及び必要時	○							
夜間(17:00-9:00)	○		1日1回(必要時)	○		○		1日1回(必要時)	○		7~8時間毎及び必要時	○							
食事介護(形態対応含む)	○		○			○		形態対応のみ	○		必要時見守り 一部介助	○							
排泄介助・おむつ交換	○		○			○			○			○							
おむつ代	○			○	○	実費			○			○						○	実費
入浴介助・清拭	○		○			○			○			○		週3回(一部介助)	○			○	週4回以上1回1620円
特浴介助	○		○			○			○			○						○	1回1620円
居室からの移動	○		○			○			○			○						○	
体位交換	○		○			○			○			○						○	
身だしなみ介助	○		○			○			○		必要時見守り 一部介助	○						○	
機能訓練	○		○			○			○			○						○	
生活リハビリ	○		○		○	10分270円			○			○						○	10分270円
通院付き添い(病院一覧表内)※1	○		初回のみ	○	○	再診時10分270円~324円		○	必要時		○	月1回	○					○	月2回以上10分270円~324円
通院付き添い(病院一覧表外)	○		○		○	10分270円~324円		○			○		○					○	10分270円~324円
外出介助	○		○		○	10分270円		○	個別対応散歩		○		○					○	10分270円
緊急時対応	○		随時	○				○	随時		○		○					○	
<生活サービス>																			
居室清掃																			
	○		○		○	10分216円		○	週1回(指定日)		○		○	週1回(指定日)				○	週2回以上10分216円
日常の洗濯※2																			
	○		○		○	10分216円		○	週1回(指定日)		○		○	週3回及び必要時				○	
環境整備																			
	○		病気時のみ(目安10日間)	○				○	週1回		○		○	必要時				○	
居室配膳・下膳																			
	○		病気時のみ(目安10日間)	○		1回216円		○	必要時		○		○	必要時				○	
食事量による特別な食事																			
	○		カロリー、塩分調整のみ	○		左記備考以外実費		○	カロリー、塩分調整のみ		○		○	カロリー、塩分調整のみ				○	
おやつ																			
	○		○		○	実費		○			○		○					○	実費
理美容師による理美容サービス																			
	○		○		○	実費		○			○		○					○	実費
買い物代行																			
	○		○		○	10分216円		○	週1回(指定日)		○		○	週1回(指定日)				○	週2回以上10分216円
役所手続き代行																			
	○		○		○	10分216円		○	月1回(指定日)		○		○	月1回(指定日)				○	月2回以上10分216円
支払い代行(立替払い)																			
	○		フロント対応のみ	○		10分216円		○	10分216円		○		○	必要時				○	
新聞・郵便物等の管理																			
	○		不在時のみ	○		10分216円		○	必要時		○		○	随時				○	
代筆・代読																			
	○		○		○	10分216円		○	必要時		○		○	必要時				○	
貴重品類の保管																			
	○		入院、判断力低下等の場合	○		1回216円		○	入院、判断力低下等の場合		○		○	入院、判断力低下等の場合				○	1回216円
<健康管理サービス>																			
バイタルチェック																			
	○		○		○	10分324円		○	必要時		○		○	必要時				○	
健康診断のご案内																			
	○		年1回は管理費内にて実施	○				○	年1回は管理費内にて実施		○		○	年1回は管理費内にて実施				○	
健康相談																			
	○		随時	○				○	随時		○		○	随時				○	
生活指導・栄養指導																			
	○		随時	○				○	随時		○		○	随時				○	
薬の仕分け管理・服薬支援																			
	○		○		○	10分324円		○	必要時		○		○	必要時				○	
生きがい支援マネジメント																			
	○		○					○	週1~3回		○		○					○	
入退院時・入院中のサービス※3																			
入退院時の付き添い(病院一覧表内)																			
	○		必要時	○				○	必要時		○		○	必要時				○	
入退院時の付き添い(病院一覧表外)																			
	○		○		○	10分270円~324円		○			○		○					○	10分270円~324円
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)																			
	○		週1回	○		週2回以上10分216円		○	週1回		○		○	週1回				○	週2回以上10分216円
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)																			
	○		○		○	10分216円		○			○		○					○	10分216円

※1:病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:洗濯室における洗濯となります。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

注)自立支援サービスは、介護保険の申請を前提とした認定時までのサービスとなります

