

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

| | |
|-----------|-------------------|
| 記入年月日 | 2022 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 藤本 祥則 |
| 所属・職名 | ライフ&シニアハウス所沢・事業所長 |
| 取込種別 | 1 追加 |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要事業主体概要

| | | |
|---------------|---|-----------------------------------|
| 種類種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | ※5 営利法人 |
| 名称名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃはせこうしにあうえるでざいん 株式会社長谷工シニアウエルデザイン株式会社長谷工シニアウエルデザイン | |
| 法人番号法人番号 | 法人番号有無法人番号有無 | 1 有 1 有 |
| | 法人番号法人番号 | 0111-01-043939 |
| 主たる事務所の所在地主たる | 〒 105 - 0014 | |
| | 東京都港区芝二丁目9番10号東京都港区芝二丁目9番10号 | |
| 連絡先連絡先 | 電話番号電話番号 | 03 - 5427 - 6480 |
| | FAX番号FAX番号 | 03 - 5427 - 3171 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無ホームペ | 1 有 1 有 |
| | ホームページアドレス | https:// www.haseko-senior.co.jp/ |
| 代表者代表者 | 氏名氏名 | 野本 久野本 久 |
| | 職名職名 | 代表取締役社長代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 1991 年 9 月 26 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別の実施する介護サービス一覧表） | |

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | | | |
|---------------|--|----------------------------------|--|-------------|
| 名称 | (ふりがな) らいふあんどしにあほうすところざわ | | | |
| | ライフ&シニアハウス所沢 | | | |
| 所在地 | 〒 | 359 | - | 1115 |
| | 【東館】埼玉県所沢市御幸町5-15【西館】埼玉県所沢市御幸町5-8※ 建物の構成上、以下東館、西館に分けて表示しております | | | |
| 所在地 (建物名等) | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 埼玉県 | 市区町村 | 112089 所沢市 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 西武新宿線・池袋線「所沢 駅」 | | |
| | 交通手段と所要時間 | 西武新宿線・池袋線「所沢」駅下車 (750m) 徒歩10分 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 04 | - | 2925 - 2212 |
| | FAX番号 | 04 | - | 2925 - 2388 |
| | メールアドレス | yofujimoto @ haseko-senior.co. | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | |
| | ホームページアドレス | https:// | www.haseko-senior.co.jp/home/tokorozawa/ | |
| 管理者 | 氏名 | 中川かおる | | |
| | 職名 | リーダー | | |
| 建物の竣工日 | | 1994 | 年 | 11 月 30 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 1994 | 年 | 12 月 1 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|------------|---|---|---|---|---|
| 類型 | 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) | | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 1172501924 | | | | | |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 | | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2005 | 年 | 6 | 月 | 6 | 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2018 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 |

3 建物概要

| | | | | | | |
|---------|------|-----------------|----------------------------|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 1, 329. 43 | m ² | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | 2 定期貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 2 なし | | | |
| | | | 開始 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 終了 | 年 | 月 | 日 |
| 契約の自動更新 | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 11, 567. 01 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 5, 641. 77 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | |

| | | | | | | | |
|---------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 2 事業者が賃借する建物の場 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | | | 1 あり | | |
| | | | | | 開始開始 | | |
| | | | | | 2015 年年 7 月月 1 日日 | | |
| | | | 終了終了 | | | | |
| | | | 2025 年年 6 月月 30 日日 | | | | |
| 契約の自動更新 | | | 1 あり | | | | |
| 居室の状況居 | 居室区分 【表示事項】居室 区分 【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 2 相部屋ありの場合 | | | | | |
| | | 最少最少 | | | 人部屋 | | |
| | 最大最大 | | | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室浴室 | 面積面積 | ・室数戸数・ | 区分区分 | |
| | タイプ1 | 1 有 1 有 | 1 有 1 有 | 69.23 m ² | 1 | 1 一般居室個室 1 一般居室個室 | |
| | タイプ2 | 1 有 1 有 | 1 有 1 有 | 62.68 m ² | 7 | 1 一般居室個室 1 一般居室個室 | |
| | タイプ3 | 1 有 | 1 有 | 48.6 m ² | 18 | 1 一般居室個室 | |
| | タイプ4 | 1 有 | 1 有 | 45.54 m ² | 7 | 1 一般居室個室 | |
| | タイプ5 | 1 有 | 2 無 | 30.85 m ² | 1 | 1 一般居室個室 | |
| | タイプ6 | 1 有 | 1 有 | 21.75 m ² | 1 | 1 一般居室個室 | |
| タイプ7 | 1 有 | 1 有 | 54.7 m ² | 1 | 3 介護居室個室 | | |
| タイプ8 | 1 有 | 2 無 | 20.25 m ² | 4 | 3 介護居室個室 | | |
| タイプ9 | 1 有 | 2 無 | 19.74 m ² | 1 | 3 介護居室個室 | | |
| タイプ10 | 1 有 | 2 無 | 17.33 m ² | 1 | 5 一時介護室 | | |

| | | | | | | |
|-------------|--|----------------|---------|-----------------|----|----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 14 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 5 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 11 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 8 | ヶ所 | 個室 | 4 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 4 | ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 5 | ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 2 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 |
| | | | | その他 寝浴 | 1 | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用 できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 2 | なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置 等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| | | 2 | 一部あり | | | |
| その他 | <p>・土地および建物の所有関係について、事業者が自ら所有する土地および建物が一部あり</p> <p>・その他の共用部等：一般浴槽2ヶ所、談話コーナー。健康相談室談話室、会議室、応接室、集会室、多目的室（東館1階は食堂と兼用）、機能訓練室（2,3回は食堂と兼用）、トランクルーム（実費）、ゲストルーム、駐車場、駐輪場</p> | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 一人ひとりの心地いいをデザインし、3つの「間」の質を高め続けていきます。 「心地いい空間」「心地いい時間」「心地いい仲間」 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 「心地いい空間」 ・安心・安全を感じられる建物・設備・環境を整えます。 ・毎日に豊かさを添える演出を考え、実行します。 ・ご入居者ご自身が選ぶことのできる余白をつくります。 「心地いい時間」 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 | あり | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 2 | なし |
| | | (Ⅰ)ロ | 2 | なし |
| (Ⅱ) | | 1 | あり | |
| (Ⅲ) | | 2 | なし | |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|---|-----|
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 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 | | | |
| | 1 ありの場合 | | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | 2 | | : 1 |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|-----------------------|---|------------------|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | <input type="radio"/> | その他 | お見舞い等 | |
| | 1 | 名称 | 医療法人社団和風会 所沢中央病院 | |
| | 住所住所 | 所沢市くすのき台3-18-1 | | |
| | 診療科目診療科目 | 内科、外科、脳神経外科、整形外科、眼科 呼吸器外科内科、外科、脳神経外科、整形外科、眼科 | | |
| | 協力科目協力科目 | 内科、外科、脳神経外科、整形外科、眼科 呼吸器外科内科、外科、脳神経外科、整形外科、眼科 | | |
| | 協力内容協力内容 | 居宅療養管理指導、緊急時往診、日常の健康相談、 看護指導、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居宅療養 | | |

| | | | |
|----------------------|---|----------|---|
| 協力医療機関 | 2 | 名称名称 | 医療法人元気会 わかさクリニック |
| | | 住所住所 | 所沢市若狭4-2468-31 |
| | | 診療科目診療科目 | 内科、外科、皮膚科・整形外科・泌尿器科 |
| | | 協力科目協力科目 | 内科、外科、皮膚科・整形外科・泌尿器科 |
| | | 協力内容協力内容 | 居宅療養管理指導、緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 |
| | 3 | 名称名称 | 医療法人勇優雅会 アイリスクリニック所沢 |
| | | 住所住所 | 所沢市御幸町5-15 |
| | | 診療科目診療科目 | 内科、アレルギー科、生活習慣病外来 |
| | | 協力科目協力科目 | 内科、アレルギー科、生活習慣病外来 |
| | | 協力内容協力内容 | 居宅療養管理指導、緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、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居宅療養 |
| 協力歯科医療機関 協力歯科医療機関 | 1 | 名称名称 | 医療法人社団 聖凜会U_PLACEかわごえデンタルクリニック |
| | | 住所住所 | 埼玉県川越市脇田本町8-1U_PLACE MEDICITY 6階埼玉県川越市脇田本町8-1U_PLACE MEDICITY 6階 |
| | | 協力内容 | 歯科診療、口腔ケア指導講習 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 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 ※複数選択可 | | 一時介護室へ移る場合 | | |
| | ○ | 介護居室へ移る場合 | | |
| | | その他 | | |
| 判断基準の内容 | 以下の場合に、設置者の指定する介護居室に入居者の入居する居室を移行していただきます。 (一般居室の入居者) 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 | | | |
| 手続きの内容 | ①設置者の指定する医師の意見を聴く ②緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を目安に観察期間を設ける ③入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は住みかえ後の居室及び権利の変動、居室の占有面積の変更に伴う費用 | | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | | | |
| 居室利用権の取扱い | 住みかえ先の居室へ移行します | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり | | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり | | |
| | 便所の変更 | 1 あり | | |
| | 浴室の変更 | 1 あり | | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり | | |
| | 台所の変更 | 1 あり | | |
| | その他の変更 | | 2 なし | |
| | | | 1 ありの場合 | |
| | | (変更内容) | | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|--|--|----|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 | あり |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | 一般居室：60歳以上 介護居室：60歳以上(原則、要支援1以上の方) | | |
| 契約解除の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく3ヶ月以上遅滞したとき ・居室の転貸・交換をしたとき ・入居者が、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第27条 | |
| | 解約予告期間 | 6 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 あり | | |
| | 1 ありの場合 | | |
| | (内容) | 当該居室に空きのある場合、体験入居が可能です。 ・一般居室 1泊2食付7,000円(消費税込7,700円) ・介護居室 1泊3食付15,000円(消費税込) | |
| 入居定員 | 259 | | 人 |
| その他 | 身元引受人等の条件及び義務等： 連帯保証人・身元引受人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。 連帯保証人：入居者とともに金銭債務を履行する責任 身元引受人※：入居者の生活に関し、事業者との連絡・協議及び入居者 | | |

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 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 28 | 17 | 11 | 24.8 |
| 介護職員 | 24 | 15 | 9 | 22 |
| 看護職員 | 4 | 2 | 2 | 2.8 |
| 機能訓練指導員 | 4 | 2 | 2 | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 0.7 |
| 栄養士 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 調理員 | 12 | 1 | 11 | 8.1 |
| 事務員 | 2 | 1 | 1 | 1.6 |
| その他職員 | 18 | 5 | 13 | 10.9 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 40 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 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 | 16 | 12 | 4 |
| 実務者研修の修了者 | 5 | 5 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 15 | 11 | 4 |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 |

(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 | 4 | 2 | 2 |
| 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 | (17 時 0 分 ~ 10 時 0 分) | | |
|----------|-------------------------|---|-----------------|
| | 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 | 2 | 人 | 1 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】 | b 2 : 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) | 1.23 | : 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 | | | | 2 なし | | | | | |
| | | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | | | | 1 ありの場合 | | | | 介護支援専門員 | | | |
| | | | | 資格等の名称 | | | | | | | |
| | | 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 | | | | 4 | | | | | | | |
| 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 | 1年未満 | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | |
| | 1年以上 3年未満 | 2 | 1 | 2 | 1 | | | 2 | 1 | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 2 | 3 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 4 | | 1 | | | | | |
| | 10年以上 | | | 6 | 4 | | | | | 1 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

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 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 4 選択方式 |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 |
| | <input type="radio"/> 全額前払い方式 |
| | <input type="radio"/> 一部前払い・一部月払い方式 |
| | <input type="radio"/> 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 |
| | 不在期間が 180 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案 |
| | 手続き 運営懇談会の意見を聴いた上で行う |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | | プラン2 | | | |
|----------------------|----------------------------------|------------|----------------|------------|----------------|----|---|
| 入居者の状況入居者 | 要介護度要介護度 | 自立自立 | | 要介護3要介護3 | | | |
| | 年齢年齢 | 80~84 | 歳 | 85 | 歳 | | |
| 居室の状況居室の状況 | 床面積床面積 | 21.75 | m ² | 19.83 | m ² | | |
| | 便所便所 | 1 | 有1 | 有 | 1 | 有1 | 有 |
| | 浴室浴室 | 1 | 有1 | 有 | 2 | 無2 | 無 |
| | 台所台所 | 1 | 有1 | 有 | 2 | 無2 | 無 |
| 入居時点で必要な費用入居時点で必要な費用 | 前払金前払金 | 12,140,000 | 円 | 11,430,000 | 円 | | |
| | 敷金敷金 | 0 | 円 | 0 | 円 | | |
| 月額費用の合計月額費用の合計 | | 198,000 | 円 | 315,006 | 円 | | |
| サービス費用サービス費用 | 家賃家賃 | 30,000 | 円 | 50,000 | 円 | | |
| | 特定施設入居者生活介護※1の費用特定施設入居者生活介護※1の費用 | 0 | 円 | 20,766 | 円 | | |
| | 介護保険外※2介護保険外 | 食費食費 | 69,000 | 円 | 69,000 | 円 | |
| | | 管理費管理費 | 99,000 | 円 | 110,000 | 円 | |
| | | 介護費用介護費用 | 0 | 円 | 54,240 | 円 | |
| | | 光熱水費 | 実費 | 円 | 11,000 | 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 | 居室及び共用部等を利用するための費用相当額 |
| 敷金 | 家賃の3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。 | 上乗せ介護金：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40時間換算で介護・看護職員1人) 介護居室を利用し、要介護認定「要支援1・2」又は「要介護1~5」の認定を受け介護予防特定施設入居者生活介護契約、特定施設入 |

| | |
|----------------------|--|
| 管理費 | 共益費相当：共用部等の維持管理費 その他使途：リビングデザインの人件費、備品、消耗品費、 自立支援サービス提供のための人件費 |
| 食費 | 食事提供に必要な食材料費及び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 | 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 |
|--|---|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | [介護度3・サービス提供体制強化加算(Ⅱ)を算定の場合] 21,321円/月(1割負担) ※要介護度によって金額は異なります。 ※要介護度に応じて介護費用の1割又は2割を徴収します。 |
| 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) | (前掲) |
| ※ 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) | | 120ヵ月 85歳～84ヵ月 月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 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) | | 前払金の15%相当額 円 |
| 初期償却率 | | 15 % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 入居日から契約終了日までに係る日割り分及び原状回復費等未精算金を差し引いて、全額返還します。 返還金 = 前払金 - (家賃 ÷ 30 × 入居日数) - 原状回復費等未精算金 |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | 想定居住期間の家賃の前払分のうち、未経過の期間の家賃額から原状回復費等未精算金を差し引いて返還します。 返還金 = 入居一時金のうち想定居住期間の |
| 前払金の保全先 | 4 保証保険を行う保険会社 | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | 不動産信用保証株式会社 |

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 | 48 | 人 |
| | 女性 | 100 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 8 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 38 | 人 |
| | 85歳以上 | 102 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 62 | 人 |
| | 要支援 1 | 16 | 人 |
| | 要支援 2 | 19 | 人 |
| | 要介護 1 | 14 | 人 |
| | 要介護 2 | 14 | 人 |
| | 要介護 3 | 7 | 人 |
| | 要介護 4 | 12 | 人 |
| 入居期間別 | 要介護 5 | 5 | 人 |
| | 6ヶ月未満 | 8 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 14 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 40 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 34 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 17 | 人 |
| | 15年以上 | 35 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 86.9 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 148 | 人 |
| 入居率※ | 58.1 | % |
| ※ 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)

| | | | |
|---------|----------|---------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 | 人 |
| | 医療機関 | 1 | 人 |
| | 死亡 | 5 | 人 |
| | その他 | 2 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 4 | 人 |
| | | (解約事由の例) 社会福祉施設等 | |

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1 | | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | ライフ&シニアハウス所沢 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 04 | - | 2925 | - | 2212 | | | | | |
| 対応している時間 対応している時間 | 平日平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜土曜 | 9 | 時 | 0 | 分 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 日曜・祝日 日曜・祝日 | 9 | 時 | 0 | 分 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| 定休日定休日 | | 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場合があります。なし | | | | | | | | | |

| 窓口2窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|--------------------------|---|----|---|---|----|---|---|---|
| 窓口の名称 | | 窓口の名称 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0120 - 045 - 485 | | | | | | | | |
| 対応している時間 対応している時間 | 平日 | 10 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土・日・祝日 | | | | | | | | |
| 窓口3窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 03 - 3458 - 1077 | | | | | | | | |
| 対応している時間 対応している時間 | 平日 | 10 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 火・木・土・日・祝日・年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 所沢市役所 保険福祉部介護保険課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 04 - 2998 - 9420 | | | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土・日・祝日・年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 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 | | 048 - 824 - 2568 | | | | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土・日・祝日・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 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 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。 万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生 |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 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。 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 意見箱は随時 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2021/02/26 |
| | 評価機関名称 | 株式会社日本生活介護 |
| | 結果の開示 | 1 あり |

9 入居希望者への事前の情報開示

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

10 その他

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 4 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 代替措置ありの場合 | |
| | (内容) | |
| | | |
| 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 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| 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 | 2 なし | |
| | 提携ホーム名 | |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項がある場合の内容 | |
| 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 | 「6.既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性 | |
| | | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | | |

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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|--------------------------|-----|----------------------|-----------------|----|----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 1 有 | ライフ&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 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ライフ&シニアハウス川越南 七彩の街 他 | ふじみ野市鶴ヶ岡4-16-15 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|----------------------|-----------------|--|--|
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 1 有 | ライフ&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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ライフ&シニアハウス川越南 七彩の街 他 | ふじみ野市鶴ヶ岡4-16-15 | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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 | | | | | | 1 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | | | 料金※3 | 備 考 |
| | | 包含※2 | 都度※2 | | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 一部介助、全介助 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要時随時 |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 週4回以上1回2,100円（消費税込） | 週3回（全介助） |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 週4回以上1回2,100円（消費税込） | 週3回（全介助） |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | 必要時随時、一部介助、全介助 |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分350円（消費税込385円） | 病院一覧表内：月4回まで実施 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 2 なし | | | | 週1回及び必要時 |
| リネン交換リネン交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 週1回及び必要時週1回及び必要時 |
| 日常の洗濯日常の洗濯 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | 月額4,400円（消費税込4,840円）ただし、15日以上不在の場合は、半額月額4,400円（消費税込4,840円）ただし |
| 居室配膳・下膳居室配膳・下膳 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要時必要時 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 2 なし | | | | |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | 実費実費 | |
| 理美容師による理美容サービス理 | | 1 あり | | ○ | 実費実費 | |
| 買い物代行買い物代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 週2回以上10分350円（消費税込） | 週1回（指定日）週1回（指定日） |
| 役所手続き代行役所手続き代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 月2回以上10分350円（消費税込） | 月1回（指定日）月1回（指定日） |
| 金銭・貯金管理金銭・貯金管理 | | 1 あり | | ○ | 1回350円（消費税込385円）1回 | 貴重品類の保管のみ 管理費内：入院、判断力低下等の場合、 実施貴重品類の保管のみ |
| 健康管理サービス健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断定期健康診断 | | 2 なし | | | | |
| 健康相談健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | 随時随時 |
| 生活指導・栄養指導生活指導・身 | 1 あり | 2 なし | | | | 随時随時 |
| 服薬支援服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要時必要時 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)生 | 1 あり | 2 なし | | | | |

| 入退院時・入院中のサービス入退院時 | | | | | | |
|-------------------|------|------|--|---|---------------------------|---|
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分350円 (消費税込 385円) | 病院一覧表内：必要時 病院一覧表外：10分350円(消費税込385 円) |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 10分350円 (消費税込 385円) | 病院一覧表内：週1回まで実施(週2回以 上は10分350円(消費税込385円)) 病院一覧表外：10分350円(消費税込385 円) |
| 入院中の見舞い訪問 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 10分350円 (消費税込 385円) | 病院一覧表内：週1回まで実施(週2回以 上は10分350円(消費税込385円)) 病院一覧表外：10分350円(消費税込385 円) |

※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。