

重要事項説明書

記入年月日	2021年9月27日
記入者名	管理者
所属・職名	らいふ狭山・施設長

※ 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	※法人の場合、その種類
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃらいふ 株式会社らいふ	
主たる事務所の所在地	〒140-0002 東京都品川区東品川 2-2-24	
連絡先	電話番号	03-5769-7268
	FAX番号	03-5769-7269
	ホームページアドレス	http://www.life-silver.com/
代表者	氏名	熊谷 敬
	職名	代表取締役社長
設立年月日	1995年 11月 9日	
主な実施事業	介護保険指定事業（訪問介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護、通所介護）、環境衛生検査分析事業	

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) ほーむすてーしょんらいふさやま ホームステーションらいふ狭山	
所在地	〒350-1305 埼玉県狭山市入間川 1528-1	
主な利用交通手段	最寄駅	西武線 狭山市駅
	交通手段と所要時間	最寄り駅から西武バス7分 下車後徒歩3分 または、徒歩27分
連絡先	電話番号	04-2009-0091
	FAX番号	04-2009-0092
	ホームページアドレス	http://www.life-silver.com/
管理者	氏名	黒米 美佐子
	職名	管理者
建物の竣工日		2018年 9月 25日
有料老人ホーム事業の開始日		2018年 10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	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	1172702068
	指定した自治体名	埼玉県 (市)
	事業所の指定日	2018年 10月 1日
	指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1539 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（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
所有関係	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				1,891.44 m ²
		うち、老人ホーム部分				1,891.44 m ²
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 その他 ()				
構造	1 鉄筋コンクリート造					
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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（普通賃借・定期賃借）					
	抵当権の設定	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (2018年9月25日～2048年9月24日)				
所有関係	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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	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	18.15 m ²	33	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.45 m ²	4	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.75 m ²	8	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1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		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 <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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室		その他（ ）	
	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		1 あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし		3 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	地域に開かれた施設として、地域住民やボランティアの積極受け入れを実施する。身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止委員による取り組みを継続的に実施する。「真の」プロフェッショナルな介護職員を育成し、各自がプライドを持った介護サービスを提供する。入居者一人一人の心身状態に合わせた介護サービス計画の作成及び実施を徹底し、ADLの向上を図る。入居者様が自然体で快適に暮らして頂けるよう新生活サービスを充実させ実施する。
サービスの提供内容に関する特色	基本理念「生きる力を引き出し、生活力を高める介護」 上記理念達成の為に3サービス1活動 ①親孝行サービス、②新生活サービス ③食の向上サービス、④地域交流活動
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	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	ADL維持等加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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	

	口腔・栄養スクリーニング加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	科学的介護推進体制加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	障害者等支援加算	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	L I F E への登録	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	退院・退所時連携加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(III)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(III)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(IV)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(V)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員特定処遇改善加算	(I)	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	1	<input type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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) 3 : 1			
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	1	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配
		2	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い
		3	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助
		4	その他 ()
協力医療機関	1	名称	医療法人社団風和会 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
		診療科目	内科、アレルギー科、リウマチ科
		協力科目	内科、アレルギー科、リウマチ科
		協力内容	訪問診療、健康管理、入院支援、緊急対応 (24 時間体制)

	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人健友会 西武狭山歯科
		住所	埼玉県狭山市富士見2丁目16番8号
		協力内容	訪問診療、健康管理、情報提供

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者の身体的状況により居室（専用住戸）を変更することがあります。 ①緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設けます。 ②事業所の指定する医師の意見を聴きます。 ③入居者の意見を確認し、同意を得ます。 ④入居者の身元引受人等の意見を聴き、同意を得ます。 ⑤居室（専用住戸）の変更に伴い改めて建物賃貸借契約書を締結し、変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行います。 ⑥前住戸の原状回復については、建物賃貸借契約書別表第5に定められているとおりです。	
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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)

		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	入居時 60 歳以上の方、要支援・要介護の認定を受けている方		
契約の解除の内容	<p>1 入居者は、事業者に対して、別途定める解約届を退居日の 30 日前までに提出することにより、本契約を解除することができます。</p> <p>2 入居者が、前項の解約届を提出しないで居室を退居した場合は、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して 7 日目をもって本契約は解約されたものとみなします。</p> <p>(返還金について)</p> <p>既に払い込まれている月額利用料は、日割りの利用料を差し引き返還します。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>1 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが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、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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。</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば遅延するとき。</p> <p>三 入居契約書第 20 条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対す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。</p> <p>五 入居者の健康状態が悪化し施設での生活を継続することは困難であり、医師（主治医等）が医療機関等での治療・療養が必要であると判断したとき。また、この指示を拒否したとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</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 1四によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく (入居者からの契約解除)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、別途定める解約届を退去日の30日前までに提出することにより、本契約を解除することができます。</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は、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して7日目をもって本契約は解約されたものとみなします。 (返還金について)</p> <p>既に払い込まれている月額利用料は、日割りの利用料を差し引き返還します。</p>
	<p>解約予告期間 90日</p>
入居者からの解約予告期間	7日
体験入居の内容	<p>1 あり 1泊2日 5,500円(介護費用、食費、税込) 最大6泊7日 ※介護保険は適用外になります。</p> <p>2 なし</p>
入居定員	45人
やむを得ず身体拘束を行う場合	<p>サービスの提供にあたり、利用者または他の入居者等の生命または身体を保護する為の緊急をやむを得ない場合のみ、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。</p> <p>【緊急やむを得ない場合の判断基準】</p> <p>A、入居者(利用者)本人又は他の入居者(利用者)等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。</p> <p>B、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替えする看護・介護方法がない。</p> <p>C、身体拘束その他の行動制限が一時的である。</p> <p>【やむを得ず身体拘束を行う場合の手続】</p> <p>I.内容をご家族に説明の上、同意を頂く。必要書類「緊急をや</p>

むを得ない身体拘束に関する説明書」①A. B. Cを全て満たしている場合のみ、緊急やむを得ず、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。②解除することを目標に検討することを約束する。③上記書類の解除予定日またはモニタリング・カンファレンスにおいて、状況の変化がみられ解除あるいは時間や拘束方法の変更が必要となった場合、書類を新たに作成し家族へ再度説明・同意を得る。

II. 日々の記録

①「身体拘束の記録」 a. 拘束の必要な理由・期間・時間帯を明記。
b. 内容と時間帯を表に記入。拘束中の観察記録・一時解除の状況などを特記事項に記入。記入者はサイン又は捺印する。 c. 身体拘束委員による確認印 d. 身体拘束委員長による確認印・施設長による確認印

②「介護・看護記録」

III. 会議・勉強会「身体拘束禁止委員会・高齢者虐待防止委員会」

①対象者がいる場合は毎月行う。いない場合は2ヶ月に一度、委員会による話し合い、勉強会を設ける。②経過観察・再検討記録を記録する。

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		0.5
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員	24	6	18	16.9
介護職員	21	4	17	14.5
看護職員	3	2	1	2.4
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		0.5
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	6	2	4
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	1	4
介護支援専門員	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	3	2	1
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	1		1
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 (時～ 時)		
	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 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)	3 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし					
	業務に係る資格等	1 あり		資格等の名称						
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 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										
前年度1年間の退職者数										
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年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 減額なし 2 <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 3 <input type="checkbox"/> 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 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	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護2	自立	
	年齢	85歳	78歳	
居室の状況	床面積	18.15㎡	18.45㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		円	199,200円	
家賃		100,800円	100,800円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	介護度に応じた自己負担額	0円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	66,000円	66,000円
		管理費	32,400円	32,400円
		介護費用	0円	33,000円
		光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
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	地代家賃より算出
敷金	なし
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	共用施設等の維持・管理に係る経費および水光熱費、備品・消耗品費等
食費	内訳：業務委託費、食材費、厨房部分の水光熱費、厨房機器リース費用
光熱水費	共益費に含む

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	○別紙「介護サービスの一覧表」に記載 おむつ代、介護用品費、特別食（通常食との差額）、行事費（材料費等）嗜好品購入費、理・美容費、医師の往診、医療費。通院・入退院介助（提携医以外）1,650 円/30 分（税込）。定期以外の個人的な希望による施設外への買物代行、外出介助 1,650 円/30 分（税込）
退去時の居室清掃料 ○別紙「料金表」に記載	49,500 円（税込）（原則、滞在期間 1 カ月以上入居の場合） 室内清掃、滅菌消毒、壁拭き上げ、換気扇のクリーニング、窓ガラス洗浄、エアコンの内部洗浄（室外機含む）。 なお、クロスの補修・張替えについては別途実費をご請求させていただきます。

（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	特定施設（1 割の場合）	
	要介護 1	18,595 円
	要介護 2	20,820 円
	要介護 3	23,179 円
	要介護 4	25,336 円
	要介護 5	27,662 円
	各種加算の状況	
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)
	退院・退所時連携加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
	入居継続支援加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
	生活機能向上連携加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
	個別機能訓練加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
	夜間看護体制加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
	若年性認知症入居者受入加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
	医療機関連携加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)
口腔衛生管理体制加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)	
栄養スクリーニング加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)	
看取り介護加算	(<u>無</u> ・ <u>有</u>)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ
		(I) ロ

			(Ⅱ)
			(Ⅲ)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅰ)	Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
			Ⅴ
			Ⅰ
特定処遇改善加算	(無・有)		(Ⅱ)
介護予防特定施設(1割の場合)			
要支援1 6,509円			
要支援2 11,030円			
各種加算の状況			
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)		
生活機能向上連携加算	(無・有)		
個別機能訓練加算	(無・有)		
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)		
医療機関連携加算	(無・有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・有)		
栄養スクリーニング加算	(無・有)		
認知症専門ケア加算	(無・有)		(Ⅰ)
			(Ⅱ)
サービス提供体制強化加算	(無・有)		(Ⅰ)イ
			(Ⅰ)ロ
			(Ⅱ)
			(Ⅲ)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅰ)	Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
			Ⅴ
			Ⅰ
特定処遇改善加算	(無・有)		(Ⅱ)
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)			
※ 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	
------	--

想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
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）		円
初期償却率		%
返還金の 算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	13人
	女性	26人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	29人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	1人
	要介護1	13人
	要介護2	11人
	要介護3	4人
	要介護4	3人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	7人

	6ヶ月以上1年未満	12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	88.46歳
入居者数の合計	39人
入居率※	86.6%
※ 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	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	ホームステーションらいふ狭山 苦情・相談窓口 (施設長)	
電話番号	04-2009-0091	
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日	なし	

窓口の名称	本社施設事業本部苦情相談窓口	
電話番号	03-5769-7268	
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	12/30～1/3	

窓口の名称	狭山市役所介護保険課	
電話番号	04-2953-1111（内線 1551～1554）	
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	12/30～1/3	

（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	（その内容） 三井住友海上火災保険株式会社
	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	（その内容）ヒヤリ・ハット事故報告書にて迅速に情報収集を行う。問題点の分析・評価を行い、即時対応に努める。事故後は、事例を全職員に周知し、情報を共有し再発防止に努める。
	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	開設当初より随時実施	
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年2回
	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: 運営施設全施設) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input 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 2 <input type="checkbox"/> 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 平成・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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	らいふ東浦和 らいふ川越 らいふ川口 らいふ指扇 らいふ川口元郷 らいふ入間 らいふ与野本町 らいふ草加 らいふ大宮 らいふ狭山	さいたま市緑区東浦和5-27-13 川越市新宿町3-20-1 川口市柳崎4-8-33 さいたま市西区大字土屋242-1 川口市元郷6-8-5 入間市宮寺2803-12 さいたま市中央区鈴谷6-12-10 草加市新里町117-2 さいたま市大宮区浅間町1-181 狭山市入間川1528-1
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		

介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		併設・隣接	らいふ東浦和 らいふ川越 らいふ川口 らいふ指扇 らいふ川口元郷 らいふ人間 らいふ与野本町 らいふ草加 らいふ大宮 らいふ狭山	さいたま市緑区東浦和5-27-13 川越市新宿町3-20-1 川口市柳崎4-8-33 さいたま市西区大字土屋242-1 川口市元郷6-8-5 人間市宮寺2803-12 さいたま市中央区鈴谷6-12-10 草加市新里町117-2 さいたま市大宮区浅間町1-181 狭山市人間川1528-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接			
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接			
<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	併設・隣接			
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接			
<介護保険施設>						
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接			
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接			
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接			
介護型医療院	あり	なし	併設・隣接			
<介護予防・日常生活支援総合事業>						
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接			
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接			
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接			

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	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	なし				
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		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○			週1回までは介護保険サービスに含む。 週2回目以降は2,200円/回（但し、介護上必要とみなした場合は介護保険サービスに含む）
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		○			提携医療機関は介護保険サービスに含む。 提携医療機関以外の場合1,650円/30分。
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○			週1回までは介護保険サービスに含む。
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		○			週2回までは介護保険サービスに含む。 個別要請の場合1,650円/30分
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		○			食事サービス66,000円/月に2,040円/食を追加
おやつ			なし	あり	○				食事サービス66,000円/月に含む。
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			実費自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○			個別要請の場合1,650円/30分
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		○			年2回 実費自己負担
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		提携医療機関は介護保険サービスに含む。 提携医療機関以外の場合 1,650 円/30 分。
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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、2割又は3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。