

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	平成28年8月1日
記入者名	塩島俊夫
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな) さに一ぺつと かぶしきがいしゃ サニーペット株式会社	
主たる事務所の所在地	〒160-0004 東京都新宿区四谷三丁目4番地 (SCビル)	
連絡先	電話番号	03-3355-3284
	FAX番号	03-3226-5004
	ホームページアドレス	http://www.sanypet.co.jp
代表者	氏名	岩崎 峰雄
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成45年 2月24日	
主な実施事業	訪問入浴車製造販売、有料老人ホーム運営、ふとん乾燥車製造販売等	

## 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) さに一ぼとかわぐち サニーポート川口	
所在地	〒333-0801 埼玉県川口市東川口5-4-10	
主な利用交通手段	最寄駅	東川口駅 (JR 武蔵野線・埼玉高速鉄道線)
	交通手段と所要時間	徒歩7分 (700m)
連絡先	電話番号	048-290-1301
	FAX番号	048-290-1302
	ホームページアドレス	http://www.sanypet.co.jp

管理者	氏名	塩島 俊夫
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 16年 6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	1170202277
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成16年 6月 1日
	指定の更新日（直近）	平成28年 6月 1日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	702.00 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2004年3月30日～2024年3月29日) 2 なし		
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		
建物	延床面積	全体	1,103.01 m <sup>2</sup>	
		うち、老人ホーム部分	1,103.01 m <sup>2</sup>	
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )		
		構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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"/> あり (2004年3月30日～2024年3月29日) <input type="checkbox"/> なし				
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	12.31 m <sup>2</sup>	22	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	12.59 m <sup>2</sup>	6	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	12.76 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	タイプ4		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.05 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室
	タイプ5		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.21 m <sup>2</sup>	10	介護居室個室
	タイプ6		<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.51 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室
	タイプ7		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ8		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10		<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		2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		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
			その他( )		0ヶ所		
食堂		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

等	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)

<p>運営に関する方針</p>	<p>入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、看護・介護職員を24時間配置し「安全・安心」を提供します。入居者である要介護者及び要支援者の心身の特性を踏まえて、特定施設サービス計画に基づき、食事・入浴・排泄等の介護、その他日常生活上のお世話、日常機能訓練、入院・退院・通院時及び退院後の療養上のお世話を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むように支援します。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p><b>【介護サービス】</b>          計画作成担当者が入居者である要介護者及び要支援者等の心身の特性を踏まえて、特定施設サービス計画に基づき、入居者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むように支援する。</p> <p><b>【健康管理・医療支援サービス】</b>          定期健康診断、日常健康管理、健康相談、慢性疾患管理、服薬管理、病気や怪我による医師の判断による入退院の対応、緊急時の対応等。</p> <p><b>【食事サービス】</b>          1日3食（定食方式）及びおやつを提供。</p> <p><b>【生活相談・助言サービス】</b>          各種相談、助言等。</p> <p><b>【生活サービス】</b>          来訪者の受付取次ぎ、郵便物等の管理、タクシーの手配、クリーニング・宅配業者の取次ぎ、洗濯（普段着等）、居室清掃、リネン交換、配下膳、</p>

	買物代行、布団乾燥、書類作成等の援助等。 【アクティビティーサービス】 お誕生会、敬老会、夏祭り、クリスマス会、新年会等及びレクリエーション等。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(II)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(III)		<input type="checkbox"/> 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) 3 : 1	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援	※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	
		4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	川口市立医療センター
		住所	川口市西新井宿 180
		診療科目	内科、消化器科、神経内科、呼吸器内科、循環器科、整形外科等
		協力内容	総合診療受付、入院対応等
	2	名称	医療法人社団 協友会 東川口病院

	住所	川口市東川口 2-10-8
	診療科目	内科、整形外科、外科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科等
	協力内容	総合診療受付、入院対応等
協力歯科医療機関	名称	コンパスデンタルクリニック
	住所	さいたま市大宮区桜木町 4-193-2
	協力内容	歯科、口腔ケアの訪問診療

**(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 (入居者の心身状況、他の入居者への適応状況など)	
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等	
手続きの内容	書面手続き (居室変更届)	
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	変わらず	
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    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	概ね、65歳以上の方で共同生活が円満に出来る方。	
契約の解除の内容	<p>【入居者からの契約解除 (契約締結日から90日以上の場合)】 30日前に事務所の定める解除届けを事務所に提出する。</p> <p>【入居者からの契約解除 (契約締結日から90日以内の場合)】 90日以内に事務所の定める解除届けを事務所に提出する。この場合事業者は、入居者に対し受領済の入居金の内、下記を除いた</p>	

	額を無利息で返還する。 ① サニーポート川口の体験入居料金の金額を入居日数に乗じて除いた額。 ② 居室の原状回復のための費用。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 入居契約に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。 ② 管理費その他の費用等の支払いをしばしば遅滞する場合。 ③ 建物、付属部品または敷地を故意または重大な過失により汚損、破損または滅失した場合。 ④ 行動が他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼす時。 ⑤ 6ヶ月にわたり不在の時（除入院）。	
	解約予告期間	1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（内容：最長7泊8日・1泊2日3食付16,200円（税込） ② なし		
入居定員	42人		
その他	<b>【月額利用料等の減額について】</b> ・管理費：30日以上不在になる場合、31日目から、1日につき30%が減額になります。 ・水光熱費：30日以上不在になる場合、31日目から、1日につき30%が減額になります。 ・食費：3日前までに欠食届を出した場合、朝食194円、昼食194円、夕食259円（全て税込）が減額になります。		

## 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	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0

直接処遇職員	19	5	14	10.7
介護職員	9	4	5	7.0
看護職員	10	1	9	3.7
機能訓練指導員	1	0	1	0.3
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	0 (外部委託)
調理員	0	0	0	0 (外部委託)
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	3	1	2
実務者研修の修了者	5	2	3
初任者研修の修了者	1	1	0
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	1	0	1
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



**(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10時 )		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	1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】	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)	2.7 : 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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		訪問介護員2級							
	2 なし <input type="checkbox"/>									
	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	3	1	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
経験年数に応じた業務に従事した	1年未満	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	5	2	2	0	0	0	1	1
	3年未満									
	3年以上	1	0	2	0	0	0	0	0	0
	5年未満									

	5年以上	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	
	10年未満											
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況					<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が31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	物価等変動により現状料金がそぐわないと一般的に判断可能な場合
	手続き	運営懇談会開催のうえ決裁

### (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	要支援1～要介護5	要支援1～要介護5
	年齢	60歳以上の要支援、要介護	60歳以上の要支援、要介護
居室の状況	床面積	12.31㎡～13.51㎡	12.31㎡～13.51㎡
	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	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	3,500,000円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		190,000円	240,000円

家賃		0円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	190,000円	190,000円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	60,000円	60,000円
		管理費	98,000円	98,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	32,000円	32,000円
		その他	0円	0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	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に順ずる。
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	事務管理部門の人件費・事務費・自立支援サービス提供のための人件費、共用部等の維持管理費、備品、消耗品費に係る費用相当額
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。喫食不可は15,000円。
光熱水費	居室定額 32,000円（共用部の水道、給湯、電気料金含む）
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	なし

**(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	消耗品等に限定され常識の範囲内
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）	非該当
※ 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した場合に備えて受領する額	
想定居住期間 (償却年月数)	12ヶ月、60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)	180,000円、1,050,000円	
初期償却率	30%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	償却開始日より90日以内であれば書面によって事業者へ通知することにより、本契約を解除することが出来る。この場合事業者は、入居者に対し、受領済の入居金のうち次のものを除いた額を無利息で返還する。①家賃充当分として1日あたりの金額を体験費用金額としてお支払い頂く。②居室の原状回復のための費用。
	入居後3月を超えた契約終了	入居金の返還は、契約締結日に30%を初期償却し、残りの70%を償却月数で償却する。返還金の算定方法は次の方程式により行う。 $\{入居金 - (入居金 \times 30\%) \times \{(償却期間 - 入居月数) \div 償却期間\}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居金償却期間を超える場合返還金はない。</li> <li>・入居金の追加徴収は行わない。</li> <li>・居室の原状回復のための費用を差し引く場合がある。</li> </ul>
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: ) なし

## 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	11人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	2人
	要介護2	2人
	要介護3	2人
	要介護4	9人
	要介護5	12人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	13人
	5年以上 10年未満	3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	84歳
入居者数の合計	29人
入居率※	69.04%
※ 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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	12人

	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例) 該当なし
	入居者側の申し出	2人
		1名は予めより申し込みしていた特養への入所が決定したため退去・1名は状態の良化が見られないとの家族判断から病院に入院しその後退去

### 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	サニーポート川口 苦情相談担当 (施設長・生活相談員)	
電話番号	048-290-1301	
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	

(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) 損害賠償責任保険加入
	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) 万が一の事故が発生し、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、加入している総合賠償責任保険の範囲内において損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減じることがあります。
	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	平成 28 年 7 月 31 日	
		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 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	1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 開催予定日に天候等により開催不可となった場合は、採決事項がない場合に限り議事録等の発送で対応。
	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: )	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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（別に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 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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			
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			
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			
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			
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		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
介護サービス		特定施設入居者生活介護サービス（利用者一部負担※1）						なし
食事介助	なし	あり	なし	あり				食事の都度
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				随時介助
おむつ代	なし	あり	なし	あり				実費（持込可）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				週2回基本
特浴介助	なし	あり	なし	あり				週2回基本 清拭は状態により週3回まで
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				毎日朝・夜及び入浴時一部介助
機能訓練	なし	あり	なし	あり				週1回集団実施（日常生活機能訓練）
通院介助	なし	あり	なし	あり				協力医療機関以外は1時間1,620円（税込）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週2回以上希望の場合は1回あたり1,080円（税込）
リネ交換	なし	あり	なし	あり				週1回以上希望の場合は1回あたり1,080円（税込）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				週2回以上希望の場合は1袋756円（税込）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				食事時・おやつ時
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり				1食108円（税込）
おやつ	なし	あり	なし	あり				食費を含む
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				実費 1回（2,000円程度）
買い物代行	なし	あり	なし	あり				日用品等に限り購入店舗の指定がないもの
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				月1回の指定日以外は1回あたり1,080円（税込）
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				本人及び身元引受人と協議し対応する場合あり
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり				年2回実施（それ以上は自己負担）
健康相談	なし	あり	なし	あり				随時
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				必要に応じ随時
服薬支援	なし	あり	なし	あり				必要に応じ随時
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				介助時・巡回時・本人からの申告
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				協力医療機関以外は1時間1,620円（税込）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				協力医療機関以外は1時間1,620円（税込）
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				週1回以上は実費（洗濯：756円、買物1,080円）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				週1回訪問

※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、月額の利用料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依り、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。