

別記第1号様式（第12関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	西原達也	記入年月日	[令和7年7月1日]
		所属・職名	円樹川越かし野台・管理者

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類 営利法人	
名称	(ふりがな) しにあらいふさぼーとかぶしきがいしゃ シニアライフサポート株式会社	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒332-0031 埼玉県川口市青木二丁目5-24	
事業主体の連絡先	電話番号	048-240-2151
	FAX番号	048-240-2152
	ホームページアドレス	なし あり https://www.royalk.jp
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	島根 英典
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成18年11月15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. 施設概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな)えんじゅかわごえかしのだい 円樹川越かし野台	
所在地	〒350-1179	埼玉県川越市かし野台19-1
主な利用交通手段	最寄駅 交通手段と所用時間	西武新宿線 南大塚駅 ① バス利用の場合 南大塚駅北口より、川越シャトル23系統「南大塚駅北口」停留所から「大塚新田経由/川越駅西口行き」バス乗車13分、「氷川神社（川越市かし野台）」停留所下車徒歩1分（約0.3km） ② 自動車利用の場合 関越自動車道「川越インター」より国道16号線を南下して10分（約2.3km）
連絡先	電話番号 FAX番号	049-293-9206 049-293-9207
	ホームページアドレス	なし あり https://www.enju-itabashiyotsuba.co.jp/kawagoe/
管理者	氏名 職名	西原達也 管理者
建物の竣工日	令和6年8月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和6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	介護保険事業所番号	1170406019
	指定した自治体名	川越市
	事業所の指定日	2025年 4月 1日
	指定の更新年月日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,744.45m 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 (2024年8月31日～2054年8月30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	3,979.09m ²					
		うち、老人ホーム部分	3,979.09m ²					
	耐火構造	1 耐火建築物						
		2 準耐火建築物						
	構造	3 その他						
		1 鉄筋コンクリート造						
		2 鉄骨造						
		3 木造						
居室の状況	【表示事項】	4 その他 ()						
		1 事業者が自ら所有する建物						
		2 事業者が賃借する建物						
		所有関係	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
			契約期間	1 あり (2024年8月31日～2054年8月30日)				
			2 なし					
		契約の自動更新						
		1 あり 2 なし						
居室の状況	【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			
		タイプ1	有／無	25.20m ²	80			
		タイプ2	有／無	m ²				
		タイプ3	有／無	m ²				
		タイプ4	有／無	m ²				
		タイプ5	有／無	m ²				
		タイプ6	有／無	m ²				
		タイプ7	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	8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	8ヶ所
	廊下幅	片廊下	なし	
		中廊下	1,800mm	
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア一浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他()	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		
	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	健康管理室兼一時介護居室、相談室、食堂兼機能訓練室、厨房、談話室兼機能訓練室			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	1 老人福祉法等の関連法令に準拠した「管理規程」に従って、事業の円滑な運営を行います。 2 要介護認定を受けた入居者に対し、食事、入浴、排泄等の介護、その他の日常生活上のお世話を通じて、入居者がホームにおいて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ことができるよう、心身機能および生活機能の維持又は回復を目指して支援します。 3 入居者的人格を尊重し入居者の立場に立ったサービス計画を作成し実行します。 4 個人情報保護法の精神に立って、個人情報の管理を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(I) イ	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(I) ロ	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(III)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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) ：
	<input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <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"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団健優会 柴野医院
		住所	埼玉県川越市大手町 2-1
		診療科目	内科, 循環器科, 小児科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診
協力歯科医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
		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		<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 (同一ホーム内及び事業者が運営する異なるホーム間での変更)
判断基準の内容		利用者間のトラブル、利用者の都合等により、居室を変更する場合があります。
手続きの内容		① 事業者の指定する医師の意見を聴取する ② 入居者及びその家族の意見を聴取する ③ 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 入居契約書第 12 条第 3 項に準じ差額費用が発生した場合
居室利用権の取扱い		居室の変更及び住み替え後の居室に移行
前払金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
従前の居室との使用の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input type="checkbox"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	原則として満65歳以上の方で健康保険に加入している者	
契約の解除の内容	入居契約書第30条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項 解約予告期間	入居契約書第29条による 90日
入居者から解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容:【7泊8日まで】) 1泊2日食事付①自立2,000円②要支援4,000円③要介護6,000円 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	80人	
その他		

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）

(職員別の職員数)

職員名	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]	[0.5]	
直接処遇職員	[11]	[9]	[2]	[10.2]	
介護職員	[9]	[8]	[1]	[8.8]	
看護職員	[2]	[1]	[1]	[1.0]	
機能訓練指導員	[2]	[1]	[1]	[0.4]	
計画作成担当者	[1]	[1]	[0]	[1.0]	
栄養士	[0]	[0]	[0]	[0.0]	
調理員	[3]	[2]	[1]	[2.2]	
事務員	[3]	[1]	[2]	[1.4]	
その他職員	[1]	[0]	[1]	[0.7]	
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)

職員名	合計	常勤		非常勤
		常勤	非常勤	
社会福祉士	[0]	[0]		[0]
介護福祉士	[7]	[7]		[0]
実務者研修の修了者	[0]	[0]		[0]
初任者研修の修了者	[0]	[0]		[0]
介護支援専門員	[1]	[1]		[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
看護師及び准看護師	[2]	[1]	[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（22時～翌7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	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 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)		23 : 10.2	

※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	
	通所介護事業の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり 資格等の名称 介護福祉士								
		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	[1]	[1]	[4]	[2]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
前年度1年間の退職者数	[1]	[0]	[0]	[2]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
業務に従事した職員の人数に応じ	1年未満	[1]	[1]	[5]	[2]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	1年以上3年未満	[]	[]	[]	[]	[1]	[]	[]	[]	[]	[]
	3年以上5年未満	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[1]	[]	[]
	5年以上10年未満	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	10年以上	[]	[]	[3]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	従業者の健康診断の実施状況			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 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】	<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 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 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	<ul style="list-style-type: none"> ・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・介護保険法に基づく介護サービスを利用した場合、介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・家賃相当額、管理費は消費税非課税です。それ以外の費用は税法に則り消費税を負担していただきます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。
手続き	運営懇談会にて説明を行い、料金を改定する。

(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1	自立
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	25.20 m ²	25.20 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	0円	9,000,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		258,320円	158,320円
家賃		150,000円	150,000円
サービス費用 介護保険外※ ²	特定施設入居者生活訪問介護※ ¹ の費用		
	58,320円	58,320円	58,320円
	50,000円	50,000円	50,000円
	円	円	円
	実費	実費	実費
	0円	円	円

※1 介護保険法に基づく介護サービス費は含まず
 ※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 上記プランは歴日数が30日の場合

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃貸料、近隣相場を勘案して算定 月額 150,000 円（消費税非課税） 1ヶ月 28 日の場合は 140,000 円 29 日の場合は 145,000 円 30 日の場合は 150,000 円 31日の場合は 155,000円
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）	管理部門の人事費・事務費、備品、消耗品費、共用部の水道光熱費や維持管理費 月額 50,000 円（消費税非課税）

	1ヶ月28日の場合は 46,666円 29日の場合は 48,333円 30日の場合は 50,000円 31日の場合は 51,667円
食費	月額 58,320円／月(税込価格) 朝食 691円、昼食 561円、夕食 691円) 1ヶ月28日の場合は 54,432円 29日の場合は 56,376円 30日の場合は 58,320円 31日の場合は 60,264円 (欠食について) *前日の14時までに欠食の申し出を受付に実施した場合、当該食材費の全額を返金します。 *前日14時以降の申し出については、返金はありません。ただし、入居者が死亡した場合、又はこれに準じるやむを得ない理由があると事業者が認める場合には、申出がなくても、不在日数分の食費を返還します。
光熱水費	実費 居室個メーターにより算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	1 個別的な対応 (2,700円/時間・人、税法に則り消費税は課税、税込金額) ※ 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」参照
その他のサービス利用料	1 おむつ代（実費） 2 個人で使用するティッシュペーパー等の日用品（実費） 3 趣味活動の材料費（実費） 4 個人の趣味趣向、特注品の福祉用具の購入費（自己負担） 上記以外は別添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」参照

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、加算の利用者負担額
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（上乗せサービス）	なし

※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	<p>【入居一時金】</p> <p>基準年齢 80 歳以上の想定居住期間(5 年)に基づいた入居金一時金です。</p> <p>入居金一時金は、想定居住期間の前払い家賃相当額と、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてお客様より受領する額(入居金の 20%)の合計額です。想定居住期間を超えてお客様より受領する額(入居金の 20%)は返還の対象とはなりません。</p> <p>①全額前払い方式 家賃 150,000 円 × 60 ヶ月</p> <p>②一部前払い・一部月払い方式 前払い家賃 80,000 円 × 60 ヶ月</p>	
想定居住期間（償却年月数）	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）	480,000 円～900,000 円	
初期償却率	20%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居一時金返還金 =入居一時金 - 入居一時金 ÷ (想定居住期間の月数 × 30) × (入居日から契約終了日までの実日数)
	入居後3月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> 入居金償却期間内の場合 =入居一時金分 × 0.8 - (経過月数 × 償却額) 入居金償却期間を超える場合 返還金はない。入居金の追加徴収は行わない。
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	株式会社朝日信託
	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【冒頭に記載した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	[11人]
	女性	[12人]
年齢別	65歳未満	[1人]
	65歳以上75歳未満	[2人]
	75歳以上85歳未満	[8人]
	85歳以上	[12人]
要介護度別	自立	[4人]
	要支援1	[3人]
	要支援2	[0人]
	要介護1	[1人]
	要介護2	[4人]
	要介護3	[6人]
	要介護4	[3人]
	要介護5	[2人]
入居期間別	6ヶ月未満	[9人]
	6ヶ月以上1年未満	[14人]
	1年以上5年未満	[0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	[86.1歳]
入居者数の合計	[23人]
入居率*	[28.7%]
※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	[0人]
	死亡者	[2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) []
	入居者側の申し出	[1人] (解約事由の例) [特別養護老人ホームへの転居]

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状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

窓口の名称	苦情受付相談窓口	
電話番号	①事業所内 049-293-9206②本社 048-240-2151	
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	祝日、12/30~1/3	
窓口の名称	川越市介護保険課	
電話番号	049-224-8811	
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）	
窓口の名称	川越市高齢者いきがい課	
電話番号	049-224-5809（直通）	
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）	
窓口の名称	埼玉県国民健康保険連合会 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	9:00~12:00、13:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）	

解決責任者	
事業所窓口 責任者 管理者 西原達也	所在地 埼玉県川越市かし野台 19-1 電話番号 049-293-9206 FAX番号 049-923-9207 受付時間 午前9:00 ~ 午後5:00 定休日 なし
第三者評価委員会	
事業所窓口 責任者	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間

(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"/> あり	(その内容) 社団法人 全国有料老人ホーム協会 『有料老人ホーム損害賠償責任保険』
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	(その内容) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	常設
		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	<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
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	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	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり []	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) <input type="checkbox"/> 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"/> あり (届出日 : 令和6年10月 1日) 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	2 なし
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 type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針 「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項 合致しない事項がある場合	1 あり <input type="checkbox"/> なし	
「第7 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		

11. 緊急時の対応

当ホームの利用実施中等に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに身元保証人の他、下記の家族等の緊急連絡先及び、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急治療、救急入院など必要な措置を講じます。

主治医 またはかかりつけ医療機関	医療機関名 及び主治医名	(医療機関名) (主治医名)[]
	住所	[]
	連絡先	[]
ご家族 (医療行為に同意のできる方)	氏名	[] (続柄)
	住所	[]
	連絡先	[]

成年後見人 または代理人 が家族ではない場合	氏名	[]
	住所	[]
	連絡先	[]

添付書類：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）

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）

契約の締結に当たり、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

説明年月日 年 月 日

署 名 _____

説明者署名 _____

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 あり	ロイヤルデイサービスセンター デイサービスセンターすまいる 小江戸 埼玉県川口市青木2丁目5-24 川越市下老袋742-1
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 あり	ショートステイすまいる小 江戸 川越市下老袋742-1
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	ロイヤル川口 埼玉県川口市青木2丁目5-24
福祉用具貸与	あり なし	ロイヤルエイド 埼玉県川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
特定福祉用具販売	あり なし	ロイヤルエイド 埼玉県川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
<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 あり	ロイヤルケアステーション 居宅介護支援センター サ クラ 埼玉県川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階 川越市大字砂新田126-3 KUWATA BLDG. 2階
<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	ロイヤル川 口 埼玉県川口市青木2丁目5-24
介護予防福祉用具貸与	あり なし	ロイヤルエイ ド 埼玉県川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階

特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ロイヤルエイド	埼玉県川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階
--------------	--	-----------------------------	---------	-----------------------------

<介護予防・日常生活支援総合事業>

第1号訪問事業	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
第1号通所事業	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ロイヤルデイサービスセンター デイサービスセンターすまいる 小江戸	埼玉県川口市青木2丁目5-24 川越市下老袋742-1
第1号生活支援事業				
第1号介護予防支援事業	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ロイヤルケアステーション 居宅介護支援センター サクラ	埼玉県川口市青木2丁目5-24 ロイヤル川口1階 川越市大字砂新田126-3 KUWATA BLDG. 2階

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		

別添 2

介護サービス等の一覧表（介護基準）

介護を行う場所	自立				要支援・要介護1～5				備考
	一				居室又は共有場所等				
	介護等一時金又は生活支援費に含むサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護等及び介護等一時金又は生活支援費で実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		
介護サービス									
巡回	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1回/AM、1回/PM 1回/2h（夜間）
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	3回／日
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	定期6回/日他随時
おむつ代	なし	なし	なし	あり	なし	あり	なし	あり	別途
入浴（一般浴）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
介助浴	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	介助浴2回/週 規定回数を超える対応は2,700円/回
清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
移動着替え等	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	随時
通院介助 片道5km以内	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2,700円/時間（付添職員一人につき）徴収する。
測定等	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1回/月程度
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2回／週
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1回／週
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	クリーニング代は、自己負担
居室配膳、下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事・おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	食材の時価と工賃で算定、別途徴収

理美容師による理・美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	理美容料自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	540円/回
生活サービス									
役所手続代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	入居・引越し時
健康管理									
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	協力医療機関による定期往診で代用。 それ以外自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院間のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	片道5km以上は 2,700円/時間(付添職員1人につき)
入院中の洗濯物の交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	見舞い毎、必要時
入院中の買い物代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	見舞い毎、必要時
入院中の見舞い訪問(片道5km以内)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1回/週 規定回数外は、 2,700円/時間(付添職員一人につき) する。
入院中の見舞い訪問(片道5km以上)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2,700円/時間(付添職員一人につき) する。
行事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	自己負担が必要な 材料費等に関して は別途徴収