

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 7 年 4 月 1 日
記入者名	施設長
所属・職名	羽藤 賢

## 1. 事業主体概要

種類	個人 / 法人 ※法人の場合、その種類 当利法人	
名称	(ふりがな)かぶしきがいしゃさんがじゃぼん 株式会社サンガジャパン	
主たる事務所の所在地	〒 330 - 0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-11-9	
連絡先	電話番号	048-614-1541
	FAX番号	048-614-1552
	ホームページアドレス	<a href="https://sangajapan.jp/">https://sangajapan.jp/</a>
代表者	氏名	神成 裕介
	職名	代表取締役社長
	氏名	洞口 淳一
	職名	代表取締役 東日本支社最高執行責任者
設立年月日	平成 15 年 2 月 5 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)かわぐちしょうゆうかん かわぐち翔裕館	
所在地	〒 330 - 0817 埼玉県川口市戸塚南2-18-1	
主な利用交通手段	最寄駅	戸塚安行 駅
	交通手段と所要時間	埼玉高速鉄道 戸塚安行駅下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	048-229-0310
	FAX番号	048-290-6370
	ホームページアドレス	<a href="https://sangajapan.jp/kawaguchi/kawaguchi01/">https://sangajapan.jp/kawaguchi/kawaguchi01/</a>
管理者	氏名	羽藤 賢
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 26 年 3 月 28 日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和 3 年 1 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	1170209199
	指定した自治体名	川口市
	事業所の指定日	令和 3 年 1 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2406 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり ( 2 6 年 3 月 30 日 ~ 6 1 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	
建物	延床面積	全体	4150.44 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	4150.44 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造	
		<input type="checkbox"/> 鉄骨造	
		<input type="checkbox"/> 木造	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物			
抵当権の有無		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり ( 2 6 年 3 月 30 日 ~ 6 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室					
		【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.93~14.59 m <sup>2</sup>	6	一般居室個室	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.95~13.99 m <sup>2</sup>	15	一般居室個室	
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.95~19.83 m <sup>2</sup>	18	一般居室個室	
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.97~19.86 m <sup>2</sup>	34	一般居室個室	
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.77~20.20 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室	
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.77~20.20 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室		
共用施設	共用便所における便房	7 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1 ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7 ヶ所			
	共用浴室	5 ヶ所	個室	4 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	1 ヶ所			
			リフト浴	ヶ所			
			ストレッチャー浴	ヶ所			
	その他 ( )	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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
エレベーター	<input type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応 <input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> なし						
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	幾多のつらい厳しい人生を乗り越えられたご高齢者の皆様に厳しい冬が終わり、春に吹く爽やかな風が身も心も温かく幸せな気持ちにしてくれるように、私たちの介護サービスは家族主義をモットーに常に笑顔で心温かい感動介護を実践いたします。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の自立支援を目的に日々の健康管理や機能低下の防止に努めます。地域の社会資源の活用に笑顔あふれる環境づくりを心がけます
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	退院・退去時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	口腔栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり <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	<input type="checkbox"/> あり (介護・看護職員の配置率 3 : 1 )		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
協力医療機関	1 名称	医療法人社団三世会 鳩ヶ谷クリニック
	住所	埼玉県川口市里1646
	診療科目	内科・皮膚科・精神科・眼科
	協力内容	入居者の健康状態の管理及び緊急時対応
	2 名称	医療法人社団高栄会 みさと中央クリニック
	住所	埼玉県三郷市中央1-4-13
3 名称	医療法人社団幸踏会 みやぎクリニック	
	住所	埼玉県さいたま市岩槻区美園東3-7-37
	診療科目	内科・外科・皮膚科
協力内容	入居者の健康状態の管理及び緊急時対応	
4 名称	医療法人新青会川口工業総合病院	
	住所	埼玉県川口市青木1-18-15
	診療科目	内科・外科・肛門科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科など
協力内容	健康相談・必要時の入院対応	
5 名称	東川口病院	
	住所	埼玉県川口市東川口2-10-8
	診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科など
協力内容	健康相談・必要時の入院対応	
6 名称	武南病院付属クリニック	
	住所	埼玉県川口市東本郷2026
	診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科など
協力内容	健康相談・必要時の入院対応	
協力歯科医療機関	1 名称	フォレストデンタルクリニック
	住所	東京都足立区谷中1-17-7
	診療科目	歯科

**(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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( 空室時であることを条件に入居者の希望により )														
判断基準の内容															
手続きの内容															
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし														
居室利用権の取扱い															
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし														
従前の居室との仕様の変更	<table border="1"> <tr> <td>面積の増減</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>便所の変更</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>浴室の変更</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>洗面所の変更</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>台所の変更</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>その他の変更</td> <td><input type="checkbox"/> あり (変更内容)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> </table>	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)		<input checked="" type="checkbox"/> なし
面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし														
便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし														
浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし														
洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし														
台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし														
その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)														
	<input checked="" type="checkbox"/> なし														

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	<table border="1"> <tr> <td>自立している者</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>要支援の者</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>要介護の者</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> </table>	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
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							
契約の解除の内容	①入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正な手段により入居したとき ②月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由なく1ヵ月延滞したとき ③入居契約書20条の規定に違反したとき ④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき						
事業主体から解約を求める場合	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td>入居契約書第28条</td> </tr> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>1 ヶ月</td> </tr> </table>	解約条項	入居契約書第28条	解約予告期間	1 ヶ月		
解約条項	入居契約書第28条						
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 6泊7日まで無料、7泊日より1泊2日10,000円(税込) ) <input type="checkbox"/> なし						
入居定員	79 人						
その他							

**5. 職員体制**

**(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
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	33	15	17	24.7
看護職員	4	1	3	2.4
機能訓練指導員	2	1	1	1.4
計画作成担当者	2	1	1	1.4
栄養士	1	1		外部委託
調理員				外部委託
事務員	2		2	0.9
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 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	10	5	5
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	8	4	4
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		1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1	1	
あん摩マッサージ指圧師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間(16.5時～9.5時)			
	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	3	人	3 z

**(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】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり(資格等の名称:介護支援専門員) <input 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			3	2						
前年度1年間の退職者数			1	1						
業務に従事した職員の経験年数	1年未満	1	2	2	1		1			
	1年以上3年未満	1	1	1	6	1		1	1	
	3年以上5年未満		1	5	5					
	5年以上10年未満	1		4	7					
	10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ①毎月27日三菱UFJニコス株式会社の集金代行による預金口座からの振替 ただし、27日が休業日の場合は翌営業日 ②新規契約に於ける登録情報エラー及び残高不足による預金口座振替不能時 当社指定口座へお振込み(振込手数料についてはお客様負担にてお願いいたします)
	<input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <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	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <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	要支援2(1割の方)	要介護3(1割の方)
	年齢	87 歳	77 歳
居室の状況	床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
	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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	- 円	- 円
	敷金	- 円	- 円
月額費用の合計		231,182 円	237,366 円
サービス費用	家賃	80,000 円	75,000 円
	特定施設入居者生活介護※1の費用	9,582 円	20,766 円
	食費	77,100 円	77,100 円
	管理費	22,000 円	22,000 円
	共益費	42,500 円	42,500 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	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	施設建設における建築費用として
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	居室の維持管理費及び光熱水費として
共益費	施設共用部の維持管理・光熱水費・事務用品費・事務部門の人件費として
食費	食材費・厨房人件費等
光熱水費	管理費に含む
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	

(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	基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額 地域区分別1単位の単価(6級地)10.27円
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。

**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	22	人
	女性	53	人
年齢別	65歳未満	1	人
	65歳以上75歳未満	6	人
	75歳以上85歳未満	14	人
	85歳以上	58	人
要介護度別	自立	1	人
	要支援 1	4	人
	要支援 2	3	人
	要介護 1	15	人
	要介護 2	18	人
	要介護 3	11	人
	要介護 4	17	人
入居期間別	6ヶ月未満	11	人
	6ヶ月以上1年未満	10	人
	1年以上5年未満	40	人
	5年以上10年未満	18	人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

**(入居者の属性)**

平均年齢	86.8	歳
入居者数の合計	75	人
入居率※	95	%

※ 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	2	人
	社会福祉施設	11	人
	医療機関	13	人
	死亡者	16	人
	その他	5	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人
	入居者側の申し出	3	人

(解約事由の例)  
 (解約事由の例)  
 自宅施設の特養が新設したため(2) 老人保健施設への移動(1)

**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	かわぐち翔裕館	
電話番号	048-229-0310	
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		
窓口の名称	株式会社サンガジャパン	
電話番号	048-614-1541	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土・日祝日・年末年始(12月30日~1月3日)	
窓口の名称	川口市役所 介護保険課	
電話番号	048-259-7293	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土・日祝日・年末年始(12月29日~1月3日)	
窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会	
電話番号	048-824-2568	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土・日祝日・年末年始(12月29日~1月3日)	

**(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) 賠償責任保険（あいおいニッセイ同和損害保険）入居者又は入居者の家族に対して、サービス提供にあたり介護職員等の過失により損害を与えた場合は加入保険会社の調査を受けた後、賠償します。ただし入居者又は入居者の家族に故意又は過失がある場合は賠償はありません。
	<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) 利用者身元引受人との話し合いにより解決すべき方策を検討する機会を持つ。
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 感染症の蔓延によりアンケートにて代替の場合あり
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: そうか翔裕館・浦和さくら翔裕館 )	<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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 適合している (代替措置)	<input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画)
	<input type="checkbox"/> 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 (別を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 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ ㊞

重要事項説明書の各項目について説明を受け、理解しました

令和 年 月 日

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	
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	
地域密着型通所介護	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	
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> あり なし		
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	
<介護予防・日常生活支援総合事業>		
介護予防訪問介護相当サービス	あり なし	
訪問型基準緩和サービス	あり なし	
介護予防通所介護相当サービス	あり なし	
通所型基準緩和サービス	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	

②特定施設入居者生活介護費(川口市6級地:地域区分単位1単位当たりの単位10.27円)

基本サービス料金(30日分)

区分	単位数	介護保険料 10割	介護保険料 3割	介護保険料 2割	介護保険料 1割
要介護1	538単位	165,756円	49,728円	33,152円	16,576円
要介護2	604単位	186,093円	55,828円	37,219円	18,610円
要介護3	674単位	207,660円	62,298円	41,532円	20,766円
要介護4	738単位	227,378円	68,214円	45,476円	22,738円
要介護5	807単位	248,637円	74,591円	49,728円	24,864円

加算

項目	要件				単位数
医療連携加算	看護職員が利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において当該利用者の同意を得て協力医療機関又は当該利用者の主治医に対して当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合には、医療連携加算として月に付80単位を所定単位数に加算する。				1月につき80単位  ※介護予防特定施設入居者生活介護においては算定せず
費用	介護保険料10割 821円	介護保険料3割 246円	介護保険料2割 164円	介護保険料1割 82円	
口腔衛生管理体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に口腔衛生管理体制加算として月に月30単位を所定単位数に加算する。				1月に月30単位
費用	介護保険料10割 308円	介護保険料3割 92円	介護保険料2割 61円	介護保険料1割 30円	
口腔栄養スクリーニング加算	利用開始時及び利用中6か月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に口腔栄養スクリーニング加算として1回につき20単位を所定単位数に加算する。				1回に月20単位 利用開始時及び6か月ごと
費用	介護保険料10割 205円	介護保険料3割 61円	介護保険料2割 41円	介護保険料1割 20円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合				所定単位数(総単位数)の82/1000単位を加算
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	現行加算要件、職場環境等要件及び見える化要件のすべてを満たす事。				所定単位数(総単位数)の12/1000単位を加算
介護職員等ベースアップ等支援加算	処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所。加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等に使用する事。				所定単位数(総単位数)の15/1000単位を加算
個別機能訓練加算(Ⅰ)	多職種が共同して、利用者ごとにアセスメントを行い目標設定、計画の作成をした上で個別機能訓練指導員が必要に応じた個別機能訓練の提供を行い、その結果を評価した場合				1日につき12単位  ※実施日数ごとに算定
費用	介護保険料10割 123円	介護保険料3割 36円	介護保険料2割 24円	介護保険料1割 12円	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	入居者のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出しており、かつその情報をサービス提供にあたり適切かつ有効に活用している事				1月に月40単位
費用	介護保険料10割 410円	介護保険料3割 123円	介護保険料2割 82円	介護保険料1割 41円	
退院・退所時連携加算	病院・診療所・介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については退院・退去時連携加算として1日につき30単位を所定単位数に加算する。30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に当該指定特定施設に再び入居した場合も同様とする。				30日を上限とし、1日につき30単位
費用	介護保険料10割 308円	介護保険料3割 92円	介護保険料2割 61円	介護保険料1割 30円	