

# リアンレーヴ流山

## 有料老人ホーム重要事項説明書



## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	奥山 裕輔
所属・職名	リアンレーヴ流山 ・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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご 株式会社 木下の介護	
主たる事務所の所在地	〒163-1329 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階	
連絡先	電話番号	03-5908-1310
	FAX番号	03-5908-2382
	ホームページアドレス	<a href="https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/">https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/</a>
代表者	氏名	佐久間 大介
	職名	代表取締役
設立年月日	1995年10月26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) りあんれーヴながれやま リアンレーヴ流山	
所在地	〒270-0114 千葉県流山市東初石3丁目128番地の13	
主な利用交通手段	最寄駅	東武野田線 初石 駅

	交通手段と所要時間	東武野田線「初石」駅 徒歩 8 分 (640m)
連絡先	電話番号	04-7156-5201
	FAX番号	04-7156-5204
	ホームページアドレス	<a href="https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_nagareyama.html">https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_nagareyama.html</a>
管理者	氏名	奥山 裕輔
	職名	施設長
建物の竣工日		2017 年 11 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		2017年12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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1,983.49 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 2 なし
		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	2,397.60 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2,362.7 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	

		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					
	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 (2017年12月1日～2047年11月30日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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 type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.34 m <sup>2</sup>	62	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
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		3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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					

	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 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	<p>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何が出来るかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" 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	入居継続支援加算	1 あり    2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり    2 なし
	個別機能訓練加算	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	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I) (II)	1 あり 2 なし 1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
(II)		1 あり 2 なし	
(III)		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) : 1	
	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 ※別途料金発生する場合あり <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	メドアグリクリニックのだ
		住所	千葉県野田市三ツ堀 819
		診療科目	内科
		協力内容	定期往診、夜間緊急往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談、看取り対応支援
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	けやき歯科医院
		住所	千葉県我孫子市我孫子 2-3-2 RSC パークビル 2F
		協力内容	歯科治療、歯科相談、口腔ケア
	2	名称	グレースデンタルクリニック千葉
		住所	千葉県流山市東深井 236
		協力内容	訪問歯科診療

**(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 ( 一般居室 )	
判断基準の内容	適切なサービスの提供の必要性等、その他やむを得ない事由が生じた場合	
手続きの内容	①主治医の意見を聴く ②入居者及び連帯保証人の同意を得る ③一定の観察期間を設ける ④その他必要と考えられる事項	
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	賃貸借方式であるため、利用権については非該当。 入居中の居室に係る賃貸借契約を解除した後に、変更後の居室に係る賃貸借契約を締結する。	
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	1 あり <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (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	<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	・原則として満 60 歳以上の方 (ご夫婦の場合は、一方が 60 歳以上)	
契約の解除の内容	【契約の終了】 ① 賃貸借契約期間が満了となった場合 ② 生活支援サービス契約が終了した場合 ③ 入居者から契約解除が行われた場合 ④ 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行



		<p>を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>一 第5条第1項に規定する家賃支払義務</li><li>二 第6条第2項に規定する管理共益費支払義務</li><li>三 第12条第1項後段に規定する費用負担義務</li></ul> <p>2 入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</li><li>二 第8条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第七号から第九号までに掲げる行為に係るものを除く。）</li><li>三 その他本契約書に規定する乙の義務</li></ul> <p>3 事業者は入居者が、次に掲げる状態となり、本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、相当の期間を定めて本契約を解除することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>一 入居者の行動が、他の入居者又は事業者の従業員等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、かつ入居者に対する住戸における通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき</li><li>二 事業者は、入居者等による、事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく 害され事業の継続に重大な支障が及んだとき</li><li>三 入居者が感染症等に罹患し、他の入居者に感染させる恐れがあるとき</li><li>四 入居者の身体の状態が常時医療行為を伴うとき</li></ul> <p>4 事業者は、入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって</p>
--	--	--

		<p>本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>5 事業者又は入居者の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第7条各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>6 事業者は、入居者が別表第1第七号から第九号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p>
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：14,400円／泊、7泊8日以上2週間まで、夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料））</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		62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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

**(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		
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		
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	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)	: 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 2 なし
	業務に係る資格等	1 あり
		資格等の名称
	2 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										
応じた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年未満									
10年以上										
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】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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 checked="" 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	条件	事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者又は契約者に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。
	手続き	費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴く。

(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	自立・要支援・要介護	
	年齢	60歳以上	歳
居室の状況	床面積	18.34 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
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		242,000円	円
家賃		70,000円	円
サービス費用	介護保険外※ <sup>2</sup>	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	-円 円
		食費(30日の場合)	31,500円 円
		厨房管理費(30日の場合)	37,500円
		管理費	70,000円 円
		介護費用	-円 円
		光熱水費	-円 円
その他		生活支援サービス費 33,000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	建物所有者への支払い家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋に付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。(施設利用費)
敷金	家賃のヶ月分
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	施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、本社管理部門人件費等(管理共益費)
食費	委託業者に支払う食材費より算定 朝食 ※250円・昼食 349円・夕食 451円) /1日

	※朝食のみ軽減税率適用
厨房管理費	厨房委託業者へ支払う委託料より算出 歴月で 1 月食事の提供がなかった場合は徴収いたしません。 軽減税率対象：内訳 軽減税率(8%)8,942 円標準税率(10%)28,558 円
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	生活支援サービス費 33,000 円/月：状況把握、生活相談、安否確認に係る人件費等を基礎に算定

**(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	
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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6か月未満	人
	6か月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※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	1人
	医療機関	1人
	死亡者	11人
	その他	4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	8人
		(解約事由の例) 自宅へ戻るため

## 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		リアンレーヴ流山
電話番号		04-7156-5201
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
窓口の名称		本社窓口：介護ご意見110番
電話番号		0120-100-537
対応している時間	平日	10:00～18:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
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	(その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損保 サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) 入居者の心身状況に異変、その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは119番通報による医療機関等への搬送を行います。また、早急にご家族様に連絡をとり、事故の内容の説明を行う等の適正な対応を行います。 事故については、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。
	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 2 なし	実施日	2022年12月
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	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	1 あり (平成 年 月 日届出) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 1 月 20 日登録) <input type="checkbox"/> 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない
千葉県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 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			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	木下の介護流山	千葉県流山市東初石3-128-13
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	リアンレーヴ松戸	千葉県松戸市六高台2-42-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	木下の介護流山	千葉県流山市東初石3-128-13
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	リアンレーヴ松戸	千葉県松戸市六高台2-42-1
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		

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 (リアンレーヴ流山)

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		なし	あり				備考	
	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	
		なし	あり	あり				
介護サービス								
巡回(昼間 9時~17時)	なし	あり	なし	あり	○	○	①330円/回 ②165円/回	①自立者②要支援・要介護者 昼間・夜間合せて3回目以降より実費
巡回(夜間 17時~9時)	なし	あり	なし	あり	○	○	①440円/回 ②220円/回	①自立者②要支援・要介護者 昼間・夜間合せて3回目以降より実費
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	550円/回	要支援・要介護者
排泄介助	なし	あり	なし	あり		○	550円/回	要支援・要介護者
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴見守り	なし	あり	なし	あり		○	①2,640円/回 ②1,320円/回	①自立者 ②要支援者
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,310円/回	要支援・要介護者
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	3,080円/回	要介護者
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(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり		○	①3,300円/30分 ②1,650円/30分	①自立者②要支援・要介護者
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	①4,620円/30分 ②2,310円/30分	①自立者②要支援・要介護者 交通費は実費
生活サービス								
状況把握	なし	あり	なし	あり	○			1日2回
生活相談	なし	あり	なし	あり	○			
緊急時対応	なし	あり	なし	あり	○			24時間対応
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,870円/回	20分程度で可能な範囲
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,870円/回	
寝具レンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/月	布団・枕・ベッドパット
リネンレンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/月	シーツ・布団カバー・枕カバー
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,870円/回	(洗濯・乾燥・たたみ・収納)

								クリーニング代は実費
ケアセット（タオルレンタル）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	A：1,430 円/月 B：1,980 円/月 C：2,640 円/月	A：食事時のおしぼり 3 枚/日 B：入浴時のバスタオル 2 枚/週、フェイスタオル 4 枚/週、食事時のおしぼりタオル 3 枚/日 C：入浴時のバスタオル 5 枚/週、フェイスタオル 10 枚/週、食事時のおしぼりタオル 4 枚/日
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	330 円/回	
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
ゴミ回収	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		必要時適宜。粗大ごみ等は実費
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費	
買い物代行（要予約）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	2,200 円/30 分	
役所手続き代行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費	年 2 回の機会提供
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		必要時適宜
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		必要時適宜
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
バイタルチェック	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		必要時適宜
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
入退院時の同行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
その他サービス								
レクリエーション	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	材料費等は実費	

※金額表記は全て（税込）表記です。

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～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含まれる場合と、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。

包含：生活支援サービス費（基本サービス） 都度払い：基本サービスに含まれない生活支援サービス費

※ 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。