

リアンレーヴ我孫子

有料老人ホーム 重要事項説明書

株式会社木下の介護



## 重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	小川 泰宏
所属・職名	リアンレーヴ我孫子・施設 長

## 1. 事業主体概要

種類	個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※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 (別の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) りあんれーう “あびこ リアンレーヴ我孫子	
所在地	〒270-1138 千葉県我孫子市下ヶ戸 1815-1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 常磐線「天王台」駅 J R 成田線「東我孫子」駅

	交通手段と所要時間	JR 常磐線「天王台」駅より徒歩約9分(700m) JR 成田線「東我孫子」駅より徒歩約5分(400m)
連絡先	電話番号	047-185-2741
	FAX番号	04-7185-2733
	ホームページアドレス	<a href="https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien_reve_abiko.html">https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien_reve_abiko.html</a>
管理者	氏名	小川 泰宏
	職名	施設長
建物の竣工日		2017年2月24日
有料老人ホーム事業の開始日		2017年3月1日

**(類型)【表示事項】**

<input 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	1272701564
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	2017年3月1日
	指定の更新日（直近）	2029年2月28日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	2,295.74 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	1,929.16 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1,929.16 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	

		2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 重量鉄骨造 )				
	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"/> 1 あり (2017年3月1日～2047年2月28日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m <sup>2</sup>	50	介護居室個室
	タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	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"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input 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)	
		<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	
		<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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、何ができ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 <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 checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" 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	入居継続支援加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	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	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり	<input type="checkbox"/> 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
介護職員等処遇改善加算	(III)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	(I)	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	(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		<input type="checkbox"/> 1 あり		
			(介護・看護職員の配置率)	
			:	
			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	医療法人社団聖仁会 我孫子聖仁会病院
		住所	千葉県我孫子市柴崎 1300 番
		診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科
		協力内容	緊急時対応のアドバイス、健康相談
	2	名称	医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック柏
		住所	東京都港区新橋 5 丁目 14 番 10 号
		診療科目	内科、精神科、整形外科、皮膚科
		協力内容	緊急時対応、健康相談
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 郁栄会 我孫子中央歯科室	
	住所	千葉県我孫子市我孫子 1-11-1 ラインサイトミザワ 3 階	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )		
判断基準の内容	① 事業者の指定する医師の意見を聴く ② 入居者の意思を確認する ③ 身元引受人等の意見を聴く		
手続きの内容	一定期間の観察期間をもうけ、入居者又は身元引受人等の同意を得る。※手続きは書面で行う。		
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	居室の利用権は変更後の居室に移るものとし、変更前の居室の利用権は消滅するものとします。		
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	(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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として満 65 歳以上の方。(ご夫婦の場合は一方が 65 歳以上)</li> <li>・身元引受人及び連帯保証人を定められる方</li> <li>・連帯保証人は、本契約に基づく入居者に対する債務について入居者と連帯して履行の責を負う方です。なお、負担額は入居契約書主表に記載する極度額を限度とします。</li> <li>・身元引受人は契約終了時において入居者の身元を引き受ける方です。</li> <li>・共同生活に支障をきたすような感染症でない方</li> <li>・当施設の利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</li> </ul>	
契約の解除の内容	<p>(1) 入居者が死亡したとき</p> <p>(2) 第 3 3 条 (事業者からの契約解除) に基づいて本契約の解除を入居者に通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>(3) 第 3 4 条 (入居者からの契約解除) に基づき本契約の解除を事業者に通告知、予告期間が満了したとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者が以下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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき</li> <li>・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける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</li> <li>・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</li> </ul>

		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 (上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書 33 条「事業者からの契約解除」を参照下さい)
	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	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)) 2 なし	
入居定員		50 名
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)

( 年 月 日 )

	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			
認知症介護基礎研修修了者			
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	人	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり								
		資格等の名称	介護福祉士							
		<input type="checkbox"/> 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	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	8	6	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 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】	<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】	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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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	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 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会等の意見を聴いた上で改定するものとします。	
	手続き	千葉県に事前相談して、おおよその承認を受けた上で、定例もしくは臨時の運営懇談会を開催し、入居者・家族に説明、同意を得る。	

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 前払金0円プラン	プラン2 前払金プラン1 対象：要介護1以上
入居者の状況	要介護度	①要介護3 ②自立	要介護3
	年齢	86歳	86歳
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	18.00 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無

入居時点で	前払金	0円	2,100,000円
必要な費用	敷金	0円	0円
月額費用の合計		① 249,920円 ② 262,000円	214,920円
家賃		90,000円	55,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	① 20,920円 ② 0円	① 20,920円 ② 0円
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	31,500円
		管理費	107,500円
	介護費用	① (要支援・要介護者) 0円 ② (自立者) 33,000円	0円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他	都度支払いサービス有	都度支払いサービス有
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

**(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できるようにしています。(施設利用費)
敷金	家賃の ヶ月分
介護費用	自立生活サポート費：33,000円/月 (自立者のみ) 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定。 ※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、厨房管理費、本社管理部門人件費等(管理共益費) 厨房管理費 30日の場合：37,500円 内訳：軽減税率(8%) 8,942円 標準税率(10%) 28,558円
食費	朝食 250円・昼食 349円・夕食 451円 ※朝食のみ軽減税率適用

光熱水費	管理共益費に含まれます。
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	要介護度に応じて介護費用の 1 割、2 割または 3 割を徴収する。
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	<p>前払金は居室及び共用施設の家賃相当額の一部です。</p> <p>*面積や設備・眺望等により施設利用費 (家賃相当額) が異なる居室があります。</p> <p>&lt;算定方法&gt;</p> <p>(1ヶ月分の家賃額の全部又は、一部)  <math>\times</math> (想定居住期間*1) + (想定居住期間を超えて契約が継続した場合に備えて「株式会社木下の介護」が受領する額*2)</p> <p>*1 (想定居住期間) 当社既存ホームの実績等を基に第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算出し、60ヶ月と設定しております。</p> <p>*2 (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に必要な家賃相当額を公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し前払金の 30%としております。</p>
想定居住期間 (償却年月数)	5年 (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）		630,000 円、1,260,000 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	返還金＝前払金－1 ヶ月分の家賃等の償却額 ÷ 30 × 入居日から起算して契約解除等された日までの日数 居室の原状回復及び支払債務等がある場合には返還金から差し引かれることがあります。
	入居後 3 月を超えた契約終了	返還金＝（前払金－初期償却額）÷ 想定居住期間 5 年 ×（想定居住期間－経過月数） ・入退去月は 1 ヶ月を 30 日として日割計算します。 ・前払金の 30% は、契約日をもって取得します。 ・償却年月数を経過すると返還金はなくなります。 ・居室の原状回復及び支払債務等がある場合には返還金から差し引かれることがあります。
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	りそな銀行
	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	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	6 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	6 人
		(解約事由の例) 長期入院の為

## 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		リアンレーヴ我孫子 (担当：小川 泰宏)
電話番号		047-185-2741
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		年中無休

窓口の名称		株式会社木下の介護 本社 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	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		年末年始

窓口の名称		千葉県 健康福祉部 高齢福祉課 介護事業者指導班
電話番号		043-223-2386
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜、日曜、祝日

窓口の名称		我孫子市 健康福祉部 高齢支援課
電話番号		04-7185-1111
対応している時間	平日	8：30～17：00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜、日曜、祝日

窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	定休日

	日曜・祝日	定休日
定休日	土曜、日曜、祝日	

**(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"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故発生時に関係機関に連 絡し、適切に対応する。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2023年12月1日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 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

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 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 1 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 type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: )	
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 9 月 8 日受理)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり (平成 年 月 日登録)	
	<input checked="" 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（別の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	木下の介護南柏	千葉県柏市今谷上町51-2
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	リアンレーヴ東船橋 他	千葉県船橋市宮本4-12-39
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	木下の介護南柏他	千葉県柏市今谷上町51-2
<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	リアンレーヴ東船橋 他	千葉県船橋市宮本4-12-39
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

(施設名：リアンレーヴ我孫子)

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)				備 考		
	なし		あり		なし	あり	
	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			
介護サービス							
巡回	なし	あり	なし	あり	◆		自立：夜間（17時～9時）2回 要支援・要介護：3時間に1回
食事介助	なし	あり	なし	あり			要介護：必要時適宜
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			要介護：必要時適宜
おむつ代			なし	あり		○	実費
入浴（清拭） 注1	なし	あり	なし	あり	◆		自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜
入浴（巡視（安全確認））	なし	あり	なし	あり	◆		自立のみ
見守り入浴	なし	あり	なし	あり	◆	○	①自立 ②要支援：週2回、身体状況等により一般浴介助（3回目以降実費） 要支援・要介護：週2回
一般浴介助	なし	あり	なし	あり		○	要介護：身体状況等により特浴介助、週3回目以降実費
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	要介護のみ：週2回（3回目以降実費）
身辺介助（居室からの移動）	なし	あり	なし	あり	◆		自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜
身辺介助（衣類の着脱）	なし	あり	なし	あり			要介護のみ：必要時適宜
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		○	1,650円/30分 自立のみ実費
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	①自立 ②要支援・要介護 ※交通費は実費
緊急時対応	なし	あり	なし	あり	◆		24時間対応
生活サービス							
居室清掃 注2	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,320円/回 自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1回（2回目以降実費）
日常の洗濯 注3	なし	あり	なし	あり		○	1,320円/回 自立：実費 要支援・要介護：週2回（3回目以降実費）
クリーニング	なし	あり	なし	あり			実費
リネン交換 注4	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,320円/回 自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1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
ゴミ回収	なし	あり	なし	あり	◆		粗大ゴミ等実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆	○	330円/回 体調不良時適宜、入居者様都合の場合実費
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			

おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行（施設指定） 注5	なし	あり	なし	あり	◆	○	660円/回	自立；週1回 要支援・要介護：週2回目以降実費
買い物代行（要予約） 注6	なし	あり	なし	あり		○	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				
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		○	実費	年2回の機会提供
健康相談	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				
<b>その他サービス</b>								
郵便、宅配便	なし	あり	なし	あり	◆			
クリーニング等の取次ぎ	なし	あり	なし	あり	◆			
レクリエーション	なし	あり	なし	あり	◆			イベント費・材料費等実費
買物付添い等 注7	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/30分	要支援・要介護

※金額表記は全て（税込）表記です。

注1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

注2 1回20分程度にて可能な範囲

注3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

注4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

注5 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限りします。

注6 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

注7 交通費実費が別途かかります。

◆：自立生活サポート費として月額サービス費用に包含（自立者のみ）

※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。