



重要事項説明書

記入年月日	平成 年 月 日
記入者名	
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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやうえるおふ 株式会社ウェルオフ	
主たる事務所の所在地	〒331-0823 埼玉県さいたま市北区日進町 2-1584	
連絡先	電話番号	050-6861-5201
	FAX番号	048-799-2129
	ホームページアドレス	http://www.welloff.co.jp/
代表者	氏名	鈴木 徹
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 19年4月10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) えくらしあきたもと エクラシア北本	
所在地	〒364-0023 埼玉県北本市下石戸下 1525-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 高崎線 北本駅
	交通手段と所要時間	上記駅より バスで 15 分 降車後、徒歩 3 分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://www.welloff.co.jp/

管理者	氏名	新井 真一
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成27年3月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成27年5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） <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 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 （平成 27 年 4 月 1 日～平成 57 年 3 月 31 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	m ²
		うち、老人ホーム部分	m ²
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 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 2 なし				
	契約期間	1 あり (平成 27 年 4 月 1 日～平成 57 年 3 月 31 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	1 全室個室					
	居室区分 【表示事項】	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	有/無	有/無	18.30 m ²	32	介護居室個室
タイプ 2	有/無	有/無	1 m ²		介護居室個室	
※ 「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	2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		1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	0ヶ所	チェア浴		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	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				
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
その他	談話コーナー、洗濯室、		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。		
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 checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）		
協力医療機関	1	名称	あおぞらクリニック
		住所	さいたま市大宮区宮町 3-1-6 明秀ビル 206 号
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	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	60歳以上または要支援・要介護の者				
契約の解除の内容	入居契約書第14条および15条による				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第14条による			
	解約予告期間	2ヶ月			
入居者からの解約予告期間	30日間				
体験入居の内容	1	あり			
	2	なし			
入居定員	32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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	5	1	4	
介護職員	5	1	4	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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。				

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時～ 9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

(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										
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	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			1 あり		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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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	消費者物価指数等を勘案し料金が不相当となった場合。
	手続き	事前に書面又は口頭にて説明の上、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	
	年齢		75 歳	歳
居室の状況	床面積		18.30 m ²	m ²
	便所		<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室		1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	台所		1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
入居時点で必 要な費用	前払金		なし	
	敷金		120000 円	
月額費用の合計			106000 円	
家賃			40000 円	
共益費			20000 円	
光熱水費			家賃・管理費に含む	
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		なし	
	※ 2 介 護 保 険 外	食費	45,000 円	
		状況把握・生活相談サービス費	1,000 円	
		その他	入居者の選択による	

※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	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
敷金	家賃の3ヶ月分
状況把握・生活相談サービス費	人件費
共益費	事務管理費、共用施設の維持管理費により算定
食費	原価により算定
光熱水費	家賃・管理費に含む
その他	

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ヶ月未満	人
	6ヶ月以上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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	

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		エクラシア北本 苦情相談窓口
電話番号		050-6861-5201
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	
定休日		日曜日、祝日
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3

窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5562
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		北本市消費生活相談センター
電話番号		048-591-1111
対応している時間	平日	9:00～12:00 13:00～15:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		埼玉県消費生活支援センター
電話番号		048-261-0999
対応している時間	平日	9:00～16:00
	土曜	9:00～16:00
	日曜・祝日	
定休日		日曜、祝日、12/29～1/3

(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) 東京海上日動株式会社保険に加入
	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) 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。
	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	
		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	<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
管理規程	<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
事業収支計画書	<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
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 checked="" 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	1 あり	(開催頻度) 年 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 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 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 2 なし 3 該当なし
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	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	あり
不適合事項がある場合の内容	体験入居を実施していない。

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

説明年月日 平成 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 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 (税込み) ※3	備考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			
おむつ代	なし	あり	なし	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
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	なし	あり	なし	あり			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			
リネン交換	なし	あり	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	3,000 円/月	洗濯代行（引取）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	450 円/食	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○	150 円/食	
おやつ	なし	あり	なし	あり	○	実費	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○		
買い物代行	なし	あり	なし	あり			
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	なし	あり	○	2,000 円/月	
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり			
健康相談	なし	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	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			
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	○	2,000 円/時間	外出サポート
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			

※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、月額サービスの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於いて、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。