別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成２８年７月１日 |
|  | 記入者名 | 福田　清史 |
|  | 所属・職名 | 鳩ヶ谷の郷　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 | 株式会社 |
| 名称 | （ふりがな）ひゅーまんらいふけあかぶしきがいしゃ  ヒューマンライフケア株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒160-0023  東京都新宿区西新宿七丁目５番２５号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6846-0223 |
| FAX番号 | 03-6846-1217 |
| ホームページアドレス | http://hlc.athuman.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 野田 和彦 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成　２２年　４月　１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）ひゅーまんらいふけあはとがやのさと  ヒューマンライフケア鳩ケ谷の郷 | |
| 所在地 | 〒334-0002  埼玉県川口市鳩ケ谷本町三丁目２４番８号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | ①埼玉高速鉄道「鳩ヶ谷駅」  ②JR「赤羽駅」「川口駅」「西川口駅」「蕨駅」「新井宿駅」 |
| 交通手段と所要時間 | 1. A1出口より徒歩13分   ②各駅より国際興行バス「本町1丁目」バス停下車 徒歩5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-287-7337 |
| FAX番号 | 048-283-1366 |
| ホームページアドレス | http://hlc.athuman.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 福田 清史 |
| 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成１９年１０月３１日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成２０年　２月 １日  (平成22年7月1日法人分割により事業承継) |

**（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 | １１７２０００５２１ |
| 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| 事業所の指定日 | 平成２０年　２月　１日 |
| 指定の更新日（直近） | 平成２８年　７月　１日 |

**３．建物概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | 2428.78㎡ | | | | | | | | | | |
| 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  （平成19年11月1日～  　　平成39年10月31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 | | | | | | 2325.26㎡ | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | | 2313.86㎡ | | | | |
| 耐火構造 | 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  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19年11月1日～  　平成39年10月31日）  ２　なし | | | | |
|  | 契約の自動更新 | | | | | １　あり　２　なし | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分  【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 | 区分※ | |
| タイプ１ | 有／無 | | | 有／無 | | 19.22㎡ | | | 54 | 介護居室個室 | |
| タイプ２ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ３ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ４ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ５ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ６ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ７ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ８ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ９ | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| タイプ10 | 有／無 | | | 有／無 | | ㎡ | | |  |  | |
| ※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「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 | ７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 | | | | | | ６ヶ所 |
| 共用浴室 | ６ヶ所 | | | | 個浴 | | | | | | 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 | | | | | | ０ヶ所 |
| リフト浴 | | | | | | ０ヶ所 |
| ストレッチャー浴 | | | | | | １ヶ所 |
| その他（　　　　　） | | | | | | ０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 | 消火器 | １　あり　　　２　なし | | | | | | | | | | |
| 自動火災報知設備 | １　あり　　　２　なし | | | | | | | | | | |
| 火災通報装置 | 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 |  | | | | | | | | | | | |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 入居者に対し、介護保険対象サービスならびに介護保険対象外サービスについて、入居者が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に提供します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご入居者、ご家族のご意向に添った  自立支援サービスを提供します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | １　自ら実施　２　委託　３　なし |
| 食事の提供 | １　自ら実施　２　委託　３　なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | １　自ら実施　２　委託　３　なし |
| 健康管理の供与 | 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 | １　自ら実施　２　委託　３　なし |
| 生活相談サービス | 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体制の有無 | 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 |
| 医療機関連携加算 | | １　あり　　　２　なし |
| 看取り介護加算 | | １　あり　　　２　なし |
| 認知症専門  ケア加算 | （Ⅰ） | １　あり　　　２　なし |
| （Ⅱ） | 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）  ２．５：１ | |
| ２　なし | | |

**（医療連携の内容）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療支援  ※複数選択可 | | | １　救急車の手配  ２　入退院の付き添い  ３　通院介助  ４　その他（　　　　　　　　　　） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | | 医療法人あかつき会　はとがや病院 |
| 住所 | | 埼玉県川口市坂下町4-16-26 |
| 診療科目 | | 内科、整形外科、皮膚科､リハビリテーション科 |
| 協力内容 | | 入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| ２ | 名称 | | 医療法人彩葉会 安行メディカルクリニック |
| 住所 | | 埼玉県川口市安行藤八418 |
| 診療科目 | | 内科、外科、消化器内科 |
| 協力内容 | | 入居者の健康相談、健康診断、訪問診療等 |
| ３ | 名称 | | 医療法人白報会　かわぐち在宅診療所 |
| 住所 | | 埼玉県川口市栄町3-10-3 みどりビルティング5F |
| 診療科目 | | 内科、皮膚科、精神科 |
| 協力内容 | | 入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| ４ | 名称 | | 医療法人社団大成会　武南病院 |
| 住所 | | 埼玉県川口市東本郷2026 |
| 診療科目 | | 内科、外科、整形外科、リハビリテーション科 |
| 協力内容 | | 入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| ５ | 名称 | | 医療法人社団中央白報会　白報会王子病院 |
|  | 住所 | | 東京都北区王子2-14-13 |
|  | 診療科目 | | 内科、外科、定期健康診断等 |
|  | 協力内容 | | 入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| ６ | 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 1F |
| 診療科目 | | 内科 |
| 協力内容 | | 入居者の健康相談、健康診断、診療等 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | | 赤井歯科医院 |
| 住所 | | 埼玉県川口市赤井1-15-17 |
| 協力内容 | | 医師が定期的に訪問し、受診希望のご利用者様への診察、健康相談などを行います。 |

**（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  ３　その他（　　　　　　　　　　） | |
| 判断基準の内容 | | 入居者の要介護状態により、契約した居室から他の居室へ転室していただくことがあります。 | |
| 手続きの内容 | | 入居者及び医師の意見を聴き、入居者や身元引受人の同意を得て行います。 | |
| 追加的費用の有無 | | １　あり　　　２　なし | |
| 居室利用権の取扱い | | 住み替えに伴う追加費用は発生いたしません。 | |
| 前払い金償却の調整の有無 | | １　あり　　　２　なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | １　あり　　　２　なし | |
| 便所の変更 | １　あり　　　２　なし | |
| 浴室の変更 | １　あり　　　２　なし | |
| 洗面所の変更 | １　あり　　　２　なし | |
| 台所の変更 | １　あり　　　２　なし | |
| その他の変更 | １　あり | （変更内容） |
| ２　なし | |

**（入居に関する要件）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居対象となる  【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 | ・原則、６５歳以上の伝染性疾患のない方。  ・入居前払金や敷金、また月々の月額利用料をお支払いできる方。  ・当ホームの運営・管理規程等をご承諾いただける方。  ・原則、身元引受人を１名定めることができる方。  ・身元引受人はご契約者と連帯し利用料支払いの責任を負います。  ・身元引受人は契約解除の際にご入居者の身柄を引き取ります。 | | |
| 契約の解除の内容 | 次のいずれかに該当した場合契約を解除することがあります。  ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき。  ・月払いの利用料と他の支払いを３ヶ月以上遅滞したとき。  ・入居契約書及び管理規程に定める制限、禁止事項に違反したとき。  ・入居者の行動が他の入居者、従業員の生活・生命に重大な影響を及ぼすとき。  ・入居者が暴力団もしくは極左・極右暴力団の構成員、又はこ  れらの支配下にあると判明した場合。また、支配下にない場  合でも本物件に反復・継続して出入りさせたり、近隣居住者  の平穏を害する恐れがあった場合。  ・入居者が銀行取引停止処分を受け又破産、民事再生法の申し  立てを受けた場合、あるいは著しい信用不安を生じた場合。  ・天災地変、火災、法令の改変、その他やむをえない事情により、施設を閉鎖または縮小する場合。 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書  第25条(事業者からの契約解除) | |
| 解約予告期間 | ３０日 | |
| 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：　　　　　　　　　　　　）  ２　なし | | |
| 入居定員 | ５４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 | | 1 | | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | | 3 | | 3 | 0 | 3 |
| 直接処遇職員 | |  | |  |  |  |
|  | 介護職員 | 24 | | 9 | 15 | 21.8 |
|  | 看護職員 | 5 | | 1 | 4 | 2.4 |
| 機能訓練指導員 | | 5 | | 1 | 4 | 2.4 |
| 計画作成担当者 | | 1 | | 0 | 1 | 0.4 |
| 栄養士 | | 1 | | 1 | 0 | 1 |
| 調理員 | | 5 | | 0 | 5 | 5 |
| 事務員 | | 1 | | 1 | 0 | 1 |
| その他職員 | | 2 | | 0 | 2 | 1.7 |
| １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※２ | | | | | | 40 |
| ※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 | 1 | 1 | 0 |
| 介護福祉士 | 9 | 6 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | １ | １ | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | 2 |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 1 |

**（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 |
| 看護師または准看護師 | 4 | 1 | 3 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 1 | 1 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 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（１６時～１０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 | ３人 | ３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) | １．７：１ |
| ※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 | | |

**（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 | | | 介護福祉士 | | |
| 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 | 1 | 3 | 7 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 1 | 1 |
| 前年度１年間の退職者数 | | 0 | 2 | 0 | 1 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 1 | 1 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 | 0 | 0 | 3 | 7 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 1 |
| １年以上  ３年未満 | 0 | 3 | 2 | 1 | | 1 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| ３年以上  ５年未満 | 1 | 0 | 2 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| ５年以上  10年未満 | 0 | 0 | 3 | 6 | | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 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）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居住の権利携帯  【表示事項】 | | 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】 | | 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 | |
| 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）の取り扱い | | 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 | 一 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減に  より利用料が不相当となった場合  二 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済  事情の変動により利用料が不相当となった場合  三 近傍同種の建物の利用料に比較して利用料が不相  当となった場合  四 介護保険法令等の変更による介護保険サービス利  用料金が変更となった場合 | |
| 手続き | 一、二、三 協議のうえ  四 介護保険サービス利用料金については、介護保険  法令等の変更があった場合、事業者は当該利用料  金等を変更することができます。介護保険サービ  ス対象外サービスについて事業者は、契約者に対  して、変更を行う前までに説明をした上で、当該  サービス利用料金を相当な額に変更することがで  きるものとします。 | |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | Cプラン | 0円プラン |
| 入居者の状況 | | | | 要介護度 | － | － |
| 年齢 | －歳 | －歳 |
| 居室の状況 | | | | 床面積 | 19.22㎡ | 19.22㎡ |
| 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 | 2,720,000円 | 0円 |
| 敷金 | 188,000円 | 188,000円 |
| 月額費用の合計 | | | | | 208,114円 | 242,114円 |
|  | 家賃 | | | | 60,000円 | 94,000円 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護  ※１の費用 | | | 0円 | 0円 |
| 介護保険外※２ | 食費 | | 64,800円 | 64,800円 |
| 管理費 | | 83,314円 | 83,314円 |
| 介護費用 | | ※別途参照 | ※別途参照 |
| 光熱水費 | | 管理費に含む | 管理費に含む |
| その他 | | －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 | 94,000円 |
| 敷金 | 188,000円 (家賃の２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 | 83,314円 |
| 食費 | 64,800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 | 介護報酬告示額の１割または２割 |
| 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） | － |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

**（前払い金の受領）※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） | | 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（償却額） | | 0円～1880,000円 |
| 償却率 | | 25％ |
| 返還金の算定方法 |  | 前払金  ×（ 入居者の想定居住日数  － 入居者の入居日から入居者の死亡又は本契約の解除若しくは解約までの日数）  ÷（ 入居者の想定居住日数 ）  ※入居者の想定居住期間終了日の翌日に前払い金は償却されます。そのため、想定居住期間終了後の前払い金返還はありません。  ※その他、月払い利用料については日割精算を行います。 |
| 前払い金の保全先 | 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：三井住友銀行「入居金等保証委託契約」） | |

**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 | 11人 |
| 女性 | 40人 |
| 年齢別 | ６５歳未満 | 0人 |
| ６５歳以上７５歳未満 | 3人 |
| ７５歳以上８５歳未満 | 14人 |
| ８５歳以上 | 34人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| 要支援１ | 1人 |
| 要支援２ | 0人 |
| 要介護１ | 12人 |
| 要介護２ | 8人 |
| 要介護３ | 12人 |
| 要介護４ | 9人 |
| 要介護５ | 9人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 7人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 0人 |
| １年以上５年未満 | 23人 |
| ５年以上１０年未満 | 21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 | 88.3歳 |
| 入居者数の合計 | 51人 |
| 入居率※ | 94％ |
| ※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 | 1人 |
| 医療機関 | 2人 |
| 死亡者 | 3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 | 3人 |
| （解約事由の例）  　入居者ご逝去による |

**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 | | ヒューマンライフケア株式会社　管理部 |
| 電話番号 | | 03-6846-0223 |
| 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 | | 土日祝日および年末年始 |

**（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）　三井住友海上　賠償責任保険  ヒューマンライフケア株式会社（以下、会社という）は、サービス提供にあたって会社の故意又は過失により万一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、会社がサービスを提供する際、事故防止に十分注意したにもかかわらず生じた利用者の生命・身体・財産に関する損害については、その賠償責任を負わないものとします。 |
| 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）  速やかに施設長とエリアマネージャーに報告し指示を仰ぎ、  問題の解決を図ります。 |
| 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 | 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２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 | | | |
|  | 合致しない事項がある場合 |  | | | |
|  | 「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 | | なし | | | |
|  | 不適合事項がある場合の内容 |  | | | |

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 | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ南与野の湯 | さいたま市中央区鈴谷二丁目549－24 |
| 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 | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ南与野の湯  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ武南  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ栄の湯 | さいたま市中央区鈴谷二丁目549－24  埼玉県川口市南鳩ヶ谷六丁目4－4  埼玉県新座市栄四丁目5-33 KRマンション１階 |
| 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 | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ浦和の樹 | さいたま市浦和区東高砂四丁目-1 |
| 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 | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ浦和の宿  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ見沼の宿  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ鳩ヶ谷の宿 | さいたま市浦和区東高砂四丁目-1  さいたま市見沼区南中野1038-1  川口市鳩ケ谷本町3丁目24番8号 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  見沼ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  入間ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ | さいたま市見沼区南中野1038-1  入間市宮前町9番2号 |
| 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 | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  南与野の湯 | さいたま市中央区鈴谷二丁目549－24 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | あり | なし | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ南与野の湯 | さいたま市中央区鈴谷二丁目549－24 |
| 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 |  |  |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ南与野の湯  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ武南  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ栄の湯 | さいたま市中央区鈴谷二丁目549－24  埼玉県川口市南鳩ヶ谷六丁目４－４  埼玉県新座市栄四丁目5-33 KRマンション１階 |
| 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 | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  浦和の郷 | さいたま市浦和区東高砂  四丁目-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 |  |  |
| ＜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 | あり | なし |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ浦和の宿  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ見沼の宿  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ鳩ヶ谷の宿 | さいたま市浦和区東高砂四丁目-1  さいたま市見沼区南中野1038-1  川口市鳩ケ谷本町3丁目24番8号 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  見沼ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ  ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  入間ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ | さいたま市見沼区南中野1038-1  入間市宮前町9番2号 |
| 介護予防支援 | | あり | なし | ﾋｭｰﾏﾝﾗｲﾌｹｱ  南与野の湯 | さいたま市中央区鈴谷二丁目549－24 |
| ＜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 |  |  |

**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** | | | | | | | | | 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 | | | | | 備　　考 | |
| （利用者が全額負担） | | 包含※２ | 都度※２ |  |
| 料金※３ |
| 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 |  |  |  | 実費徴収 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週3回以上は、自立500円・要支援1,000円・要介護2,000円／回(税別) | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週3回以上は、2,500円／回(税別) | |
| 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 |  |  |  |  | |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) ※ 4 | |
| 生活サービス | |  | |  | |  |  |  |  | |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週2回以上の清掃で1,000円／30分(税別) | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週2回以上の交換で1,000円／回(税別) | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週3回以上の洗濯で1,000円／回(税別) | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 必要時 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| おやつ | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| 買い物代行（通常の利用区分） | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) | |
| 役所手続代行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 月1回指定日（川口市内）以外1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| 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 |  |  |  | 協力病院以外は1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) ※ 4 | |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週2回以上は、1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 週2回以上は、1,000円／30分(税別)＋交通費(実費) | |

※ 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、月額の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。

※ ４：通院介助（協力医療機関以外）・移送サービス（協力医療機関以外）は半径２キロ以内であれば、併せて月２回まで無料とします。

※ 前払金・毎月払い方式のプラン一覧につきましては、重要事項説明書をご参照ください。