

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年5月1日 |
| 記入者名 | 加藤 博幸 |
| 所属・職名 | 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 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/> | |
| | 名称 株式会社 | |
| 名称 | (ふりがな) めいしょう 明 昭 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒121-0064 | 東京都足立区保木間4-3-5 |
| | 電話番号 | 03-5851-3581 |
| 連絡先 | FAX番号 | 03-3850-1581 |
| | ホームページアドレス | なし |
| | | あり： http://www.fukushi-e.com |
| 代表者 | 職名 | 代表取締役 |
| | 氏名 | 藤田 千代士 |
| 設立年月日 | 平成 10年 8月 10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) はーとらんどかわぐちめいせいえん ハートランド川口明生苑 | |
| 所在地 | 〒333-0844 | 埼玉県川口市上青木 3-10-17 |
| | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 埼玉高速鉄道線「鳩ヶ谷」駅 J R 京浜東北線「西川口」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 埼玉高速鉄道線「鳩ヶ谷」駅より徒歩 15 分(1.7 km) 西川口駅東口 国際興業バス 4 番乗り場 鳩ヶ谷公団住宅行き「天神橋」バス停下車 徒歩 6 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-264-3030 |
| | F A X 番号 | 048-264-3050 |
| | ホームページアドレス | http://www.fukushi-e.com |
| 管理者 | 職名 | 施設長 |
| | 氏名 | 加藤 博幸 |
| 建物の竣工日 | | 昭和 <u>平成</u> 18 年 2 月 1 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和 <u>平成</u> 18 年 2 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 | 第 1 1 7 0 2 0 3 0 8 5 号 |
| | 指定した自治体名 | 川口市 |
| | 事業所の指定日 | 平成 18 年 2 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成 30 年 2 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|----------------|----------------|--|----------|-----|-------|---------|
| 土地 | 敷地面積 | 1995.18㎡ | | | | |
| | 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 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | ①あり 2なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 3960.88㎡ | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 3960.88㎡ | | | |
| | 耐火構造 | ①耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| 居室の状況 | 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 | | | |
| 居室区分 【表示事項】 | 契約期間 | ①あり (平成18年2月1日～令和8年1月31日) 2なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | ①あり 2なし | | | | |
| | 居室区分 | 1 全室個室 | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | ② 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 1人部屋 | | | |
| | | 最大 | 2人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | タイプ1 | ①有/無 | 有/①無 | 18㎡ | 94室 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | ①有/無 | 有/①無 | 36㎡ | 3室 | 介護居室相部屋 |
| | 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 | m ² | |
|--|--------------|---|-----------------|-----|----------------|--|
| ※「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 | 8ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 2ヶ所 | |
| | | | うち車いす等の対応が可能な便房 | | 6ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | | ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 2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（ 座位浴 ） | | | 1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 | | | | |
| | 自動火災報知機 | 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 | 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 | 当苑は介護を必要とされるご利用者様に対し、ご本人様のご希望を最大限に取り入れたケアプランを作成し、身体的・精神的拘束のないご利用者様の尊厳を大切にされたケアを心がけます。各種アクティビティや季節の行事を取り入れ、心地よい刺激や変化を大事にします。又、医療ニーズの高いご利用者様には、安心できる環境を整え、協力医療機関より手厚い医療サービスが提供されるよう支援いたします。 |
|----------|---|

| | |
|-----------------|--|
| サービスの提供内容に関する特色 | 協力医療機関による様々な医療サービスの提供と、介護が必要な入居者様への適切なマネジメントによるサービスの実施により、医療と介護の切れ目ないサービス提供を行うことで安心安楽な生活をお送りいただけるよう配慮致します。また、高いホスピタリティを維持向上させるために、施設運営理念を基礎とした生活支援・介護技術・接遇・医学知識・関係法令等の社内外研修等を入職時より継続的に実施すると共に、人間教育を行います。日常生活と非日常生活をバランスよく取り入れ、個人を大切にした生きがい活動支援、季節ごとの施設内外行事及び地域行事への参加を促し必要な支援を行います。 |
| 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 |
| | 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 |
| | 看取り介護加算 | ① あり 2 なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | ① あり 2 なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | 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) 3 : 1 | |
| | (2) なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|-----------------|---|------|---------------------------------|
| 医療支援 ※ 複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団聖心会 十全病院 |
| | | 住所 | 埼玉県越谷市赤沼町5-10-18 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・皮膚科・循環器内科・泌尿器科 他 |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、入院治療、医療相談 |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団苑田会 全医療機関 |
| | | 住所 | 東京都足立区竹の塚4-1-12 (苑田第一病院) |
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科 他 |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、入院治療、医療相談 |
| | 3 | 名称 | 医療法人社団民政会 全医療機関 |
| | | 住所 | 東京都足立区千住東1-20-12 (愛里病院) |
| | | 診療科目 | 内科・泌尿器科・消化器外科・皮膚科・リハビリテーション科 他 |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、入院治療、医療相談 |
| | 4 | 名称 | 医療法人社団民政会 足立十全病院 |
| | | 住所 | 東京都足立区西保木間3-20-2 |
| | | 診療科目 | 内科・呼吸器内科・消化器内科・皮膚科・リハビリテーション科 他 |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、入院治療、医療相談 |

| | | |
|----------|------|-----------------|
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団苑田会 苑田会歯科 |
| | 住所 | 東京都足立区竹の塚4-2-1 |
| | 協力内容 | 一般外来、医療相談 |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立しているもの | 1 あり 2 なし |
| | 要支援のもの | 1 あり 2 なし |
| | 要介護のもの | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | <p>○入居の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢：概ね60歳以上 ・医療的ケア：経管栄養、中心静脈栄養、在宅酸素療法等が必要な方で、日中配置看護職による医療的ケアで可能な方。 ・認知症：著しい行動心理症状が無ければ可。 ・その他：重大な感染症やほかの入居者様への迷惑行為が無い事。 <p>○連帯保証人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者との合意により、入居者と連帯して入居者の金銭債務を契約書に記載のある極度額を限度に履行する責任を負います。(入居契約書第37条) <p>○身元引受人の条件、義務等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則、三親等以内のご親族様による身元引受人1名を定めて頂きます。施設で提供される介護サービス等について、必要に応じ施設と協議を行います。死亡により入居契約が終了した場合にはご入居者様のご遺体と遺留金品をお引き取りいただきます。(入居契約書第36条) <p>○入院時の契約の取り扱い</p> <p>ご入院中も入居契約は継続しておりますので、ご退院後もご入院前にご利用頂いていた居室へ戻ることが可能です。但し、ご入院中の月額利用料の取扱いについては、不在日数分の食材費以外の費用が発生いたします。</p> <p>○やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 身体的拘束適正化委員会において切迫性、非代替性、一時性の三要件に該当するか否かの検討を行い、身体的拘束を行わない場合のリスクと併せて緊急やむを得ない状況と判断するか検討を行います。 ② 緊急やむを得ないと判断された場合には、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯、期間などを明らかにしご本人様及びご家族様へ十分な説明を行い同意を得ます。 ③ 身体的拘束を実施している際のご本人様の心身の状況等を記録しま | |

| | | |
|----------------|---|--|
| | す。 緊急やむを得ない状況でなくなった場合には、直ちに解除できるよう常に検討を行い心身の状況の記録を行います。 | |
| 契約の解除の内容 | 次のいずれかに該当する場合には、本契約は終了するものとする。 ① 入居者様のご逝去の場合 ② 入居者様からの契約解除が行われた場合 ③ 事業者からの契約の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 | 下記の場合において、施設より契約解除を申し入れる場合がございます。 ① 入居申込書等への虚偽の記載により入居された場合。 ② 利用料その他の支払いを不当に2ヶ月以上遅滞させた場合 ③ 施設内での禁止または制限される行為の規定に違反があった場合 ④ 入居者本人の自傷行為又はほかの入居者様への迷惑行為（精神的・身体的）があった場合、またはその恐れ |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 7日間 | |
| 体験入居の内容 | ① あり（内容：13泊14日を限度に利用可能。その場合10,000円（税抜き）／1日が必要） ② なし | |
| 入居定員 | 100名 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 |
|---------|----------|--------|--------|--------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| | | | | |
| 管理者 | 1人 | 1人（兼務） | 0人 | 0.5人 |
| 生活相談員 | 1人 | 1人 | 0人 | 1人 |
| 直接処遇職員 | 37人 | 27人 | 10人 | 32.9人 |
| 看護職員 | 4人 | 1人 | 3人（兼務） | 3.7人 |
| 介護職員 | 33人 | 26人 | 7人 | 29.2人 |
| 機能訓練指導員 | 1人 | 1人 | 0人 | 1人 |

| | | | | |
|--|----|--------|--------|------|
| 計画作成担当者 | 1人 | 1人 | 0人 | 1人 |
| 栄養士 | 2人 | 0人 | 2人(兼務) | 1.1人 |
| 調理員 | 7人 | 0人(兼務) | 7人(兼務) | 3.8人 |
| 事務員 | 2人 | 0人 | 2人(兼務) | 1.4人 |
| 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 | | | | 39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 | 18人 | 15人 | 3人 |
| 実務者研修 | 1人 | 1人 | 0人 |
| 介護職員初任者研修 | 6人 | 4人 | 2人 |
| 介護支援専門員 | 0人 | 0人 | 0人 |

(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 |
| 看護師及び准看護師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 1人 | 1人 | |
| 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 (17時15分 ~ 9時15分) | | |
|-----------------------------|------|-----------------|
| | 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)

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|----|----|----|----|-----|-----|----|----|----|----|
| | 10年以上 | 1人 | 0人 | 7人 | 6人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 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 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 | 消費者物価指数、公共料金が著しく上昇した場合 |
| | 手続き | 運営懇談会において、同意を得たうえで実施します。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | 標準プラン | 前払いプラン |
|--------|------|--------------|--------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援1～要介護5 | 要支援1～要介護5 |
| | 年齢 | 概ね60歳以上 | 概ね60歳以上 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00～36.00㎡ | 18.00～36.00㎡ |
| | 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 | 0円 | 1,260,000円 | |
| | 敷金 | 400,000円 | 400,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 264,230円 | 229,230円 | |
| 家賃 | | 110,000円 | 75,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 5,608～74,591円 | 5,608～74,591円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 29,160円 | 29,160円 |
| | | 管理費 | 125,070円 | 125,070円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 0円 | 0円 |
| その他 | 0円 | 0円 | | |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。加算分は除く。

※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）

| | |
|-----------------------------------|---|
| 項目 | 算定根拠 |
| 家賃 | 専用居室及び共用部分設備の費用を施設地代家賃より算出 |
| 敷金 | 家賃の <u>約4</u> ヶ月分 ※退去時に滞納家賃、居室の通常使用に対する損耗の原状回復費用等を除き全額返還する。ただし、例外特約条項により、居室内設備等の洗淨、殺菌、消毒等の費用は入居者負担となります。 |
| 例外特約の詳細 (入居契約書表題部(4)「入居保証金使途」) | ① 居室内設備及び資機材のメンテナンス費用（範囲：床、トイレ、洗面台等の設備及び、ベッド（本体フレーム）、ベッド柵、ベッドマット等の入居者が居室で使用した介護用品、施設で設置した居室カーテン等の洗淨、消毒、殺菌の実施） 110,000円（税込） ・理由—介護施設の性格上、清潔保持及び滅菌作業等が必要なため ・承認事項—通常の使用に対する損耗について、入居者負担となる原状回復費用を必要としないが、上記理由により、クリーニング作業を実施する際には通常損耗について、ある程度原状回復してしまうことにご承認頂きます。 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担費用は含まない |

| | |
|----------------------|---|
| 管理費 | 建物法定点検、定期清掃、その他建物設備メンテナンスや維持費用として毎月定額にて125,070円(税込)となります。 |
| 食費 | ・ 食材費(月額固定) 29,160円 (一日に一食も喫食されない場合は一日当たり972円を減額致します。) |
| 光熱水費 | 居室及び共用部において使用するものとして、管理費に含みます。 |
| 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 | 別添2 |

(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 | 該当する介護度の1～3割負担 |
| 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) | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

| | |
|-------------------------------------|--|
| 算定根拠 | 施設地代家賃算出し、家賃相当額への充当分として設定。月額単価35,000円×想定居住期間(36ヵ月)により算出 |
| 想定居住期間(償還年月数) | 36ヵ月 |
| 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) | なし |
| 初期償却率 | なし |
| 返還金の算定方法 | 入居日より三月以内に退居(死亡退去含む)された場合は、受領済みの前払金を全額返還する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 ●前払金算定方式： $\{126万円 \times (36ヵ月 - 入居月数)\} \div 36ヵ月$ |

| | | |
|---------|---------------|---|
| | | ※返還金が発生する場合の入居月及び退居月の日割り計算 起算日はそれぞれ入居日、退居日とする。 ※月払い利用料については日割精算を行う。 |
| | 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 (株朝日信託) |
| | 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

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 24人 |
| | 女性 | 59人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 7人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 17人 |
| | 85歳以上 | 58人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 15人 |
| | 要介護2 | 18人 |
| | 要介護3 | 15人 |
| | 要介護4 | 19人 |
| | 要介護5 | 11人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 13人 |
| | 6か月以上1年未満 | 16人 |
| | 1年以上5年未満 | 34人 |
| | 5年以上10年未満 | 15人 |
| | 10年以上15年未満 | 4人 |
| | 15年以上 | 1人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-----|
| 平均年齢 | 88歳 |
| 入居者数の合計 | 83人 |

| | |
|--|------|
| 入居率※ | 83 % |
| ※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 | 5 人 |
| | 医療機関 | 0 人 |
| | 死亡者 | 29 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 | 5 人 |
| | | (解約の事由) 他施設へ転居移動のため |

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)※4カ所以上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 | ハートランド川口明生苑 | |
| 電話番号 | 048-264-3030 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜日 | 9:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:00 |
| 定休日 | なし | |

| | | |
|----------|------------------------------------|------------------------|
| 窓口の名称 | ① 川口市介護保険課事業者係 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会 | |
| 電話番号 | ① 048-259-7293 ② 048-824-2568 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~12:00・13:00~17:00 |
| | 土曜日 | なし |

| | | |
|-----|-------|--------|
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土、日、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 | ① あり | (その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 |
| | 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) サービス提供上、当社が責めに帰すべき事故等が発生した場合、その損害について公正に保障するもの |
| | 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: _____ 他_) 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 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 | 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 令和 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 | | |
| 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 | 草加明生苑 | 草加市旭町3-5-25 |
| 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 | 草加明生苑 | 草加市旭町3-5-25 |
| 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 | 草加明生苑 | 草加市旭町3-5-25 |
| 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 | | |
| 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＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | 草加明生苑 | |
| 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 | 草加明生苑 | |
| 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 | 草加明生苑 | |
| 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 | | |
| 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 | | 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 | 料金※3 | 備 考 | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 入居者に応じて |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 適宜交換 |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | | | | M紙オムツ 4,700円(22枚)、昼用尿取パット 2,920円(54枚) |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 週2回（体調による）必要に応じて随時 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 必要に応じて随時 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | | | 必要に応じて随時 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 協力医療機関の通院介助 |
| 生活サービス | | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 必要に応じて随時 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 週2回 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550円 | | | 週2回/1回2kgまで |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 必要に応じて随時 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | | | 必要に応じて |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 108円 | | | 1食 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | | | カット3,300円パーマ（カラー）カット付7,700円 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | | ※施設より500m以内の範囲無料。それ以外22,000円～ |
| 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 | | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | | | 年2回 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 適宜 週1回（医師の往診） |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 適宜 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 随時 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | | | 随時 |
| 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 | | | | | | 協力医療機関に限る。以外は22,000円～ |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 協力医療機関に限る。以外は22,000円～ |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 基本的にはご家族様対応 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | | | 必要に応じて |