

重要事項説明書

| | |
|-------|-------|
| 記入年月日 | |
| 記入者名 | 秋枝 辰男 |
| 所属・職名 | 管理者 |

※ 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="checkbox"/> 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や 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://human-lifecare.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 瀬戸口 信也 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 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ヶ谷の郷 | |
| 所在地 | 〒334-0002 埼玉県川口市鳩ヶ谷本町三丁目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」「新井宿駅」 ②JR「赤羽駅」「川口駅」「西川口駅」「蕨駅」 |
| | 交通手段と所要時間 | ①A1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://human-lifecare.jp/ |

| | | |
|---------------|----|---|
| 管理者 | 氏名 | 秋枝 辰男 |
| | 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】

| | | |
|---|-------------|-------------|
| <input checked="" 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 | 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) | 令和 4年 7月 1日 |

3. 建物概要

| | | | |
|--|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 2428.78㎡ | |
| | 所有関係 | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成19年11月1日～令和8年10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 | 2325.26㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2313.86㎡ |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 | |
| | | <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 | |
| | | <input type="checkbox"/> 3 その他 () | |
| | 構造 | <input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 | |
| | | <input type="checkbox"/> 3 木造 | |
| | | <input type="checkbox"/> 4 その他 () | |
| | 所有関係 | <input type="checkbox"/> 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 契約期間 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成19年11月1日～令和8年10月31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 | 1 全室個室 | | | | | | |
| | 【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 | 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 |
| | 生活機能向上連携加算 | 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 |
| | 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 |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり | 2 なし |
| | 入居継続支援加算 | 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 |
| | 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり | 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 1 あり | 2 なし | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 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 | 1 名称 医療法人あかつき会 はとがや病院 |

| | | | |
|----------|------|--|----------------------------|
| 機関 | | 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 みどりビルディング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 | 医療法人社団好生会 こまくさ診療所 | |
| | 住所 | 埼玉県さいたま市中央区大戸3-12-8 | |
| | 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 | 医療法人社団立靖会 ラビット歯科 | |
| | 住所 | 埼玉県戸田市新曽1292-4 | |
| | 協力内容 | 医師が定期的に訪問し、受診希望のご入居者様への診察、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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | <p>入居者または身元引受人の都合により、居室の変更を行う場合の費用負担については、以下に準じて処理するものとします。</p> <p>1 同一施設内での変更については、入居者は今まで使っていた居室のクリーニング費用及び経年的変化を除いた入居当時の居室の状態を回復するための費用を負担し、移動後1か月以内に事</p> |

| | | | |
|--------------|---|------|--------|
| | 業者へ支払うものとします。 2 事業者が運営する異なるホーム間での変更については、通常の退去及び入居の扱いを基本とします。) | | |
| 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 | <p>①原則、65歳以上の伝染性疾患のない方 ②入居一時金や敷金、また月々の月額利用料をお支払できる方 ③当ホームの運営・管理規程等をご承諾いただける方 ④原則、身元引受人を1名定めることができる方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。ご契約者の事業者に対する債務について、月額利用料の12ヶ月分(3,600,000円)を極度額として、ご契約者と連帯して履行の責を負います。 ・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 ・身元引受人は入居者がなくなられた場合の遺留金品並びにその他残置物を引き取ります。 ・身元引受人は、入居者の治療、入院に関する協力をします。 ・返還金受取人は、利用契約終了時に入居者が生存していない場合の返還金等の返還先銀行口座の指定をします。 | | | | |
| 契約の解除の内容 | <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 22 | 12 | 10 | 16.2 |
| 看護職員 | 6 | 2 | 4 | 3.6 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 0 | 2 | 0.3 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | - | - | - | - |
| 調理員 | - | - | - | - |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| その他職員 | 0 | 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 | | | | 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 | 3 | 2 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 0 |

(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 | 6 | 2 | 4 |
| 理学療法士 | 1 | 0 | 1 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 1 | 0 | 1 |
| 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 | 2人 | 2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入居者に対する看護・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 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | ※ 【表示事項】 実際の配置比率 (記入日時点での入居者数:常勤換算職員数) | 2.02 : 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 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 業務に応じた従事した職員の人数 数に 業務に に従事 した 職員の 人数 経験年 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 1 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 10年以上 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input checked="" 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）の取り扱い | 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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に変更となった場合 |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 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 | |
| | ※2 介護保険外 | 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 |
| 入居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割から3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(上乘せサービス) | － |
| ※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 | <p>前払金</p> <p>× (入居者の想定居住日数</p> <p>ー 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)</p> <p>÷ (入居者の想定居住日数)</p> <p>※入居者の想定居住期間終了日の翌日に前払金は償却されます。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。</p> <p>※その他、月払い利用料については日割精算を行います。</p> | |
| 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 | 30人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 7人 |
| | 85歳以上 | 32人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 8人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 10人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 20人 |
| | 5年以上10年未満 | 6人 |
| | 10年以上15年未満 | 6人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|--|-------|
| 平均年齢 | 88.7歳 |
| 入居者数の合計 | 41人 |
| 入居率※ | 75.9% |
| ※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 | 4人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 5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 | 13人 |
| | (解約事由の例) | 在宅復帰による |

8. 苦情・事故等に関する体制

(入居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 管理本部 | |
| 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) 損害保険ジャパン株式会社 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入居者の生命・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 | 1 あり | (その内容) ヒューマンライフケアの責めに帰すべき事由によりご入居者様の生命、身体、財産又は名誉に損害が発生させた場合には、 |

| | | |
|------------------|------|---|
| 対応 | | 直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、ご入居者様にも責めに帰すべき事由が存するときは、賠償額が減額されるものとします。 |
| | 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 |

(入居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)

| | | | |
|----------------------------------|------|--------|-----------|
| 入居者アンケート調査、意見箱等入居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 | 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 | |

| | |
|--|--|
| 項に規定する届出 | 、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 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 | | 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 埼玉県川口市神鳥ヶ谷六丁目4-4 埼玉県新座市桜四丁目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鳩ヶ谷の宿 ヒューマンライフケア見沼の宿 ヒューマンライフケア浦和の宿 ヒューマンライフケア武蔵浦和の宿 | 川口市鳩ヶ谷本町3-24-8 さいたま市見沼区南中野1038-1 さいたま市浦和区東高砂4-1 さいたま市南区根岸5丁目2番15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グループホーム ヒューマンライフケア入間グループホーム ヒューマンライフケア川口グループホーム ヒューマンライフケアさいたま今羽グループホーム ヒューマンライフケア武蔵浦和グループホーム ヒューマンライフケア川口新郷グループホーム | さいたま市見沼区南中野1038-1 入間市宮前町9番2号 川口市朝日6丁目12-6 さいたま市北区今羽町125-1 さいたま市南区根岸5丁目2番15号 川口市東本郷1427-1 |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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樹 | 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鳩ヶ谷の宿 ヒューマンライフケア見沼の宿 ヒューマンライフケア浦和の宿 ヒューマンライフケア武蔵浦和の宿 | 川口市鳩ヶ谷本町3-24-8 さいたま市見沼区南中野1038-1 さいたま市浦和区東高砂4-1 さいたま市南区根岸5丁目2番15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グループホーム ヒューマンライフケア入間グループホーム ヒューマンライフケア川口グループホーム ヒューマンライフケアさいたま今羽グループホーム ヒューマンライフケア武蔵浦和グループホーム ヒューマンライフケア川口新郷グループホーム | さいたま市見沼区南中野1038-1 入間市宮前町9番2号 川口市朝日6丁目12-6 さいたま市北区今羽町125-1 さいたま市南区根岸5丁目2番15号 川口市東本郷1427-1 |
| 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 |
| <介護相談施設> | | | | | |
| 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（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 | | | | |
| 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 | | | | 付添者1名あたり30分につき1,000円（税別）※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 | | | | 代行者1名あたり30分につき1,000円（税別） |
| 役所手続代行 | なし | あり | なし | あり | | | | 月1回指定日（川口市内）以外は、代行者1名あたり30分につき1,000円（税別） |
| 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、付添者1名あたり30分につき1,000円（税別）※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 | | | | 付添者1名あたり30分につき1,000円（税別） |
| 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、代行者1名あたり30分につき1,000円（税別） |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | 週2回以上は、付添者1名あたり30分につき1,000円（税別） |

※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、月額の利用料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。