

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年4月1日
記入者名	
所属・職名	施設長

### 1. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやはれこーぱれーしょん 株式会社はれこーぱれーション	
主たる事務所の所在地	〒700-0822 岡山県岡山市北区表町1丁目5番1号	
連絡先	電話番号	086-803-5080
	FAX番号	086-803-5081
	ホームページアドレス	<a href="http://www.hale.co.jp">http://www.hale.co.jp</a>
代表者	氏名	上川 敏文
	職種	代表取締役
設立年月日	昭和 <u>平成</u> 14年 8月 8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) あいらのもり きたとだえきまえ あいらの杜 北戸田駅前	
所在地	〒 335-0021 埼玉県戸田市大字新曾1525	
主な利用交通手段	最寄駅	北戸田 駅
		最寄駅より徒歩 7 分
連絡先	電話番号	
	F A X 番号	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.halenosumai.jp/">http://www.halenosumai.jp/</a>
管理者	氏名	
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和 平成 28年 9月 30日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 平成 28年 11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	1171901612
	指定した自治体名	埼玉県（市）
	事業所の指定日	平成28年11月1日
	指定の更新日（直近）	令和4年11月1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,335.70 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
建物		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28年10月 1日～平成53年 10月31日)	2 なし		
建物	延床面積	契約の自動更新	1 あり	2 なし		
		全体	1,697.00 m <sup>2</sup>			
	うち、老人ホーム部分		1,697.00 m <sup>2</sup>			
建物	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 鉄筋造 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 事業者が賃貸する建物				
居室の状況		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成28年10月 1日～平成53年 9月30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				
		最小	人部屋			
		最大	人部屋			
			浴室	面積	戸数・室数	
		タイプ1	有／無	18.00 m <sup>2</sup>	39	
		タイプ2	有／無	19.20 m <sup>2</sup>	6	
		タイプ3	有／無	m <sup>2</sup>		
		タイプ4	有／無	m <sup>2</sup>		
		タイプ5	有／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 ケ所	うち男女別の対応が可能な便房	ケ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3 ケ所
	共用浴室	4 ケ所	個室	4 ケ所
			大浴場	ケ所
	共用浴室における介護浴槽	1 ケ所	チェア一浴	1 ケ所
			リフト浴	ケ所
			ストレッチャー浴	ケ所
			その他 ( )	ケ所
消防用設備等	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		
	消火器	(1) あり (2) なし		
その他	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		

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割を担い、社会と地域に貢献することを目指します。 ・住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせるホームの実現 地域の幅広いニーズに応えることができる住まいづくりをします。 ・社会資源のネットワークの構築と地域拠点としての環境整備 社会資源を活用し、地域との交流づくりをすることで地域に根差した運営を行います。 ・その人らしくいきいきと自立した生活の支援 自立支援を念頭において個別かつ適切な介護・看護サービスを受けることができるようサポート体制を構築していきます。		
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との医療・介護連携により、専門職による医療ケア・リハビリ・介護のサポート体制を整えています。		
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	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 3 通院介助	2 入退院の付き添い 4 その他（訪問診療医の確保）
協力医療機関	1	名称 医療法人社団 朋百会 戸田本町クリニック 住所 埼玉県戸田市本町3-9-16 診療科目 内科、胃腸科、消化器科 協力内容 訪問診療、往診、受診、治療、健康診断
	2	名称 医療法人社団 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 診療科目 内科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科 協力内容 訪問診療、往診、受診、治療、健康診断
	3	名称 医療法人社団東光会 戸田中央総合病院 住所 埼玉県戸田市本町1-19-3 診療科目 内科、呼吸器内科、循環器内科等 協力内容 入院支援、受診、治療
	4	名称 医療法人 高仁会 戸田病院（戸田病院認知症疾患医療センター） 住所 埼玉県戸田市新曽南3-4-25 診療科目 精神科、神経科、内科、皮膚科、歯科 協力内容 入院支援、受診、治療
	5	名称 医療法人 慈公会 公平病院 住所 埼玉県戸田市笛目南町20-16 診療科目 内科、外科、消化器内科、消化器外科、整形外科等 協力内容 入院支援、受診、治療

6	名称	医療法人財団 啓明会 中島病院
	住所	埼玉県戸田市下戸田2-7-10
	診療科目	内科・消化器内科・外科・整形外科・人工透析
	協力内容	入院支援、受診、治療
7	名称	医療法人 悠仁会 戸田中央腎クリニック
	住所	埼玉県戸田市本町4-13-20
	診療科目	人工透析、内科
	協力内容	透析患者の無料送迎、入院支援、受診、治療
協力歯科医療機関	名称	哲学堂デンタルクリニック
	住所	東京都新宿区西落合3-30-1
	協力内容	訪問歯科診療、受診、治療

(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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	
前払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)

(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 要支援の者 要介護の者	1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし
留意事項	身元引受人を2名選定する必要があります。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇では防止できない場合 等。
	解約预告期間	90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:期間は3日を限度とし、費用は1泊2日10,000円但し、介護費・食費は実費。) 2 なし	
入居定員	45 人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。	

## 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
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	19	15	4	18.5
介護職員	15	12	3	14.7
看護職員	4	3	1	3.8
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士	外部に委託			
調理員	外部に委託			
事務員		1		0.5
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員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	0	0	0
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	9	9	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
看護師又は准看護師	4	3	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師	1	1	
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（21時～6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利用者に対する看護・介護職員割合 (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)	

※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		2 なし	
	業務に係る資格等			(1) あり			
				資格等の名称		社会福祉主事任用	
				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
前年度1年間の採用者数			2				
前年度1年間の退職者数	1						1
応じたに職従事のした人た数経験年数に	1年未満		1		2		
	1年以上						
	3年未満		5				1
	3年以上						
	5年未満		5				
	5年以上					1	
	10年未満		4				
	10年以上	3	2	3	1		
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】	<input checked="" type="radio"/> 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		
	施設長		
	<input checked="" type="radio"/> 選択方式 <small>*該当する方式をすべて選択</small>	<input checked="" type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input checked="" type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="radio"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 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	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改定するものとします。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

入居者の状況		要介護度	要介護 5	要介護 1
年齢			80 歳	80 歳
居室の状況		床面積	18.00 m <sup>2</sup>	18.00 m <sup>2</sup>
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	円	3,780,000 円
敷金		400,000 円		400,000 円
月額費用の合計		249,802 円		205,545 円
家賃相当額		81,600 円		45,600 円
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	24,772 円		16,515 円
	食費	51,840 円		51,840 円
	共益費	21,000 円		21,000 円
	管理費	43,500 円		43,500 円
	介護費用	円		円
	電気代（居室内）	実費		実費
	冷暖房費加算	3,000 円		3,000 円
	水道代（居室内）	3,300 円		3,300 円
	エアコン使用料（居室内）	3,300 円		3,300 円
	オゾン脱臭機器使用料	990 円		990 円
人員が手厚い場合のサービス利用料		16,500 円		16,500 円
その他		都度支払サービス有	都合支払サービス有	
※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
家賃相当額	当該目的施設の開発費、地代、家賃、修繕費用、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等を勘案して、1室あたりの月額費用を算出したものです。
敷金	家賃相当額の約 5 ヶ月相当分
介護費用	
共益費	共用施設等の維持管理費・施設内水道代・ガス代・共用部分電気代・備品・消耗品費・修繕積立金・法定点検費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したものです。
管理費	事務管理部門の人事費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人事費・事務費、目的施設の維持管理費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したものです。
食費	委託費+光熱費+メンテナンス費等を考えての算定。 ・食費は消費税8%を含みます。（軽減税率対象） ・朝食、昼食、夕食の通常食のみ軽減税率の対象となります。 （通常食以外の食事の提供は標準税率となります。） ・1日の食費：朝食500円（うち消費税37円）、昼食614円（うち消費税45円）、夕食614円（うち消費税45円） ・欠食返金額 朝92円 昼112円 夕112円
電気代（居室内）	実費
冷暖房費加算	共用部分電気代の平均的な增加分を勘案して算定
水道代（居室内）	居室の平均的な使用量を勘案して算出
エアコン使用料（居室内）	居室設置機器の平均的な維持管理費を勘案して算定
オゾン脱臭機器使用料	居室設置機器の平均的な維持管理費を勘案して算定
利用者の個別的な選択によるサービス利用	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	
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	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡で示された算式に基づき算定	
想定居住期間（償却年月数）	84 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）	756,000 円	
初期償却率	20 %	
返還金の 算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了	前払金 - (前払金 - 初期償却額) ÷ 想定居住月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了までの日数)
	入居後3ヶ月を超えた契約終了	(前払金 - 初期償却額) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
前払金の 保全先	① 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社中国銀行
	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：）	

## 7. 入居者の状況

性別	男性	8人	女性	29人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	9人	85歳以上	28人
要介護度別	自立	0人	要支援1	1人
	要支援2	2人	要介護1	9人
	要介護2	9人	要介護3	7人
	要介護4	7人	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	6人	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	25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)

費目	算定根拠
平均年齢	88.9歳
入居者数の合計	37人
入居率※	82.2%

※ 入居者数の合計を入居定員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)

平成31年4月1日 現在

退去先別の人 数	自宅等	1人
	社会福祉施設	7人
	医療機関	1人
	死亡者	10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)※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	あいらの杜 北戸田駅前		①埼玉県 福祉部 高齢者福祉課 ②埼玉県国民健康保険団体連合会 ③戸田市 福祉部 高齢者福祉課
電話番号	048-434-5001		①048-830-3260 ②048-824-2568 ③048-441-1800
対応している時間	平日	9:00~17:00	①・②・③ 8:30~17:15
	土曜	9:00~17:00	—
	日曜・祝日	9:00~17:00	—
定休日			12月29日～翌年1月3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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の施設所有(管理)者賠償保険
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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 1 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 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	1 あり 2 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 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。