

# 重要事項説明書

医療法人社団 白報会  
草加幸楽園



## 重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	鈴木 康祐	所属・職名	草加幸楽園・施設長

### 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	医療法人
	名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんはくほうかい 医療法人社団 白報会
事業主体の主たる事務所の所在地	〒340-0011	
	埼玉県草加市栄町3丁目1番14-3号	
事業主体の連絡先	電話番号	048-930-1550
	FAX番号	048-930-1560
	ホームページアドレス	なし
		あり : <a href="http://www.hakuhoukai.com/">http://www.hakuhoukai.com/</a>
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	白 昌善
	職名	理事長
事業主体の設立年月日	2000年8月4日	

事業主体が埼玉県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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	しらこぼと越谷	越谷市大沢 2 丁目 5-38-102
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	そうか在宅診療所	草加市栄町 3-1-14-3
居宅療養管理指導	あり	なし	そうか在宅診療所	草加市栄町 3-1-14-3
通所介護	あり	なし	つばさ総合診療所	入間市下藤沢 350
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	草加幸楽園	草加市栄町 3-1-14-3
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	しらこぼと越谷	越谷市大沢 2 丁目 5-38-102
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	そうか在宅診療所	草加市栄町 3-1-14-3
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	そうか在宅診療所	草加市栄町 3-1-14-3
介護予防通所介護	あり	なし	つばさ総合診療所	入間市下藤沢 350
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	草加幸楽園	草加市栄町 3-1-14-3

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		

## 2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業所等の名称	(ふりがな) そうかこうらくえん 草加幸楽園	
事業所等の所在地	〒340-0011	
	埼玉県草加市栄町3-1-14-3	
事業所等の連絡先	電話番号	048-930-1550
	FAX番号	048-930-1560
	ホームページアドレス	なし
		あり： <a href="http://www.souka-kourakuen.com/">http://www.souka-kourakuen.com/</a>
施設の開設年月日		平成23年12月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	鈴木 康祐
施設までの主な利用交通手段		
東武伊勢崎線 獨協大学前駅下車徒歩3分		
施設の類型及び表示事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 類型：介護付有料老人ホーム （一般型特定施設入居者生活介護）</li> <li>・ 居住の権利形態：利用権方式</li> <li>・ 利用料支払方式：月払い方式</li> <li>・ 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護</li> <li>・ 介護保険：埼玉県指定介護保険特定施設</li> <li>・ 介護居室区分：全室個室</li> <li>・ 介護職員体制：3：1以上</li> </ul>	
介護保険事業者番号	1171801838	

特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）

事業の開始年月日	平成23年12月1日
指定の年月日	平成23年12月1日
指定の更新年月日	

### 3. 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

##### 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1
生活相談員	1				1	1
看護職員	2		2	1	5	3.7
介護職員	31		4		35	32.9
機能訓練指導員			1		1	0.2
計画作成担当者	1				1	1
栄養士			1		1	0.9
調理員			5		5	3.4
事務員	2				2	2
その他従業者			4		4	2.4

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40時間

※ 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。

##### 従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	11		2	
訪問介護員1級	1			
訪問介護員2級	1			
介護福祉士実務者研修	4			
介護職員初任者研修	6		1	

##### 従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師			1	
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

	あん摩マッサージ指圧師			
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数				
	人 数	夜勤帯平均人数 (19時～翌日7時)	最少時人数 (休憩者等を除く)	
	看護職員	0人	0人	
	介護職員	5人	4人	



特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	2		2	1	5	3.7
介護職員	31		4		35	32.9
機能訓練指導員			1		1	0.2
計画作成担当者	1				1	1
その他従業者			4		4	2.4

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	11		2	
訪問介護員 1 級	1			
訪問介護員 2 級	1			
介護福祉士実務者研修	4			
介護職員初任者研修	6		1	

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師			1	
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

管理者の他の職務との兼務の有無なし

管理者が有している 当 該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 3 : 1

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	1	1	7	4		
前年度1年間の退職者数			2	1		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			4			
1年以上3年未満の者の人数	1	3	9	4		
3年以上5年未満の者の人数			11			
5年以上10年未満の者の人数	1		7			
10年以上の者の人数						
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数					1	
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数			1			
従業員の健康診断の実施状況				なし	あり	

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>高齢者の尊厳を重視し、入居者が快適で心身共に充実した生活が営まれる事及び良好な生活環境を永続的に確保する。</p> <p>健康的な方は、定期的な健康診断及び健康相談、バイタルチェックによる健康の維持。要支援・要介護の方は機能訓練等による改善と最低、現状維持。 スムーズな生活の為の支援</p>			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	そうか在宅診療所		
<p>（協力の内容） 定期的な訪問診療の実施及び他の専門医療機関への紹介。 （医療費は入居者の自己負担）</p>			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称：ふくしま歯科クリニック
<p>（協力の内容） 定期的な訪問診療・口腔ケアの実施及び他の専門医療機関への紹介。 （医療費は入居者の自己負担）</p>			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
介護居室			

入居後に居室を住み替える場合 無		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合 有		
判断基準・手続について		
(その内容) 加齢に伴う体力の衰えの為、恒常的な見守りが必要になった時、 本人及び身元引受人と協議のうえ決定します。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり

						(その内容)
--	--	--	--	--	--	--------

その他	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居後の管理費、食費、その他入居者が支払うべき費用を負担する能力のある方。</li> <li>・ 健康保険、介護保険に加入されている方。</li> <li>・ 草加幸楽園の運営にご協力いただける方。</li> </ul>	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合。</p> <p>② 入居者から契約解除の申し出があった場合は、30日以上 の予告期間が必要。</p> <p>③ 次の事項に該当する時。</p> <p>イ、入居申込書に虚偽に事項の記載、その他不正な手段により入居した時。</p> <p>ロ、月払い利用料その他支払いを正当な理由なくしばしば遅延する時。</p> <p>ハ、共同生活の秩序を乱す行為、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし 共同生活を営む事が不可能又は困難であると認められた時。</p> <p>ニ、契約当事者以外の第三者を同居させた時。</p> <p>ホ、建物、付属設備、敷地を故意又は重大な過失により、破損・滅失した時。</p> <p>ヘ、契約に定める規程に違反した時。</p>	
体験入居の内容	有 2泊3日 10,300円	

入居定員	70名
------	-----

入居者の状況
--------

その他	
-----	--

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	0	1	1
65歳以上75歳未満	4	0	0	1	0	5
75歳以上85歳未満	4	4	5	6	3	22
85歳以上	6	9	8	11	4	38
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	0	0	0	0		0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0		0
75歳以上85歳未満	0	0	0	0		0
85歳以上	0	1	2	0		3

入居者の平均年齢 85歳

入居者の男女別人数 男性 25 女性 44

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 99%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	2	0	0	0	0	2
社会福祉施設	0	0	2	1	0	3
医療機関	3	2	2	4	2	13
死亡者	0	3	1	3	2	9
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等	0	0	0	0		0
社会福祉施設	0	0	0	0		0
医療機関	0	0	0	0		0
死亡者	0	0	0	0		0
その他	0	0	0	0		0

入居者の入居期間

エラー!	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数	10	6	40	14	0	0



施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし		m <sup>2</sup>	
	一般居室相部屋	あり	なし		m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
	介護居室個室	あり	なし	70	70	18.01～18.46m <sup>2</sup>
	介護居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
一時介護室	あり	なし			m <sup>2</sup>	
共用便所の設置数	6	うち男女別の対応が可能な数		0		
		うち車椅子等の対応が可能な数		6		
個室の便所の設置数	70	個室における便所の設置割合		100%		
		うち車椅子等の対応が可能な数		70		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2			1	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	厨房室有、2～6階各階食堂、ダムウエーター設置					
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 食堂談話室、機能訓練スペース、面談室、ラウンジ				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 廊下、共施設に手摺設置。車椅子での移動可能。						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			686m <sup>2</sup>			
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定		なし	あり			
貸借(借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		

				契約の自動更新	なし	あり
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積				2,539.37㎡		
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり	<input checked="" type="radio"/>	
抵当権の設定			なし	あり	<input checked="" type="radio"/>	
貸借（借家）						
	<input checked="" type="radio"/> なし	あり	契約期間	始	終	
			契約の自動更新		なし	あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況				
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対する窓口				
窓口の名称	苦情相談室			
電話番号	048-930-1550			
担当者	施設長鈴木康祐			
対応している時間	平日	9時～17時		
	土曜	休		
	日曜・祝日	休		
定休日等	土・日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）			
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等				
窓口の名称 電話番号	埼玉県国民健康保険団体連合会 048-824-2568  草加市役所長寿介護福祉課 048-922-1342			
対応している時間	平日	9時～17時		
	土曜	休		
	日曜・祝日	休		
定休日等	土・日・祝日			
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				
損害賠償責任保険の加入状況				
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) あいおいニッセイ同和損保		
その他、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に関すること				
なし	<input type="radio"/>	(その内容)		
介護サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容)				
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				
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	なし	あり

第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし      あり

## 5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	保証金 538,800 円 (家賃の 6ヶ月分) ※解約時、全額返還		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
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			
権利金等 (※) の額			
(※) 平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		

契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法							
一時金の支払方法							
月払い方式							
月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定		なし					
要介護状態に応じた金額設定		なし					
料金プラン							
プラン名称		月額	(内訳)				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
Aプラン		172,500	89,800円	0円	51,500円	管理費に含む	31,200円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定根拠	家賃相当額		89,800円				
	介護費用		※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費		51,500円 朝食 464円 昼食 670円 (おやつ代含む) 夕食 556円				
	光熱水費		管理費に含む				
	管理費		31,200円 (光熱水費を含む)				
一時金方式・月払い方式共通							
介護保険サービスの自己負担額							
内容		※要介護度に応じて介護費用の1割、または2割を徴収する。					
人員配置が手厚い場合の介護サービス (再掲)			なし		あり		
内容							
利用料		円 (月額 ・ 日額 )					
算定根拠							
支払い方法		月単位 (日割り計算の有無) <u>あり</u> ・ なし )					
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料							
個別的な選択による生活支援サービス			なし		<u>あり</u>		
算定							

根拠	
料金改定の手続	
<p>料金の改定にあたっては、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、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとする。 事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、文書を取り交わす。</p>	

## 6. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「別表」「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」

重要事項説明書及び別表、重度化した場合における対応および看取りに関する指針について説明を受け、その内容について同意いたします。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

説明年月日 令和 年 月 日

說明者署名