

住宅型有料老人ホーム どんぐり花園

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやほーぷ 株式会社 HOPE	
主たる事務所の所在地	〒369-1246	
連絡先	電話番号	048-579-0011
	FAX番号	048-579-0031
	ホームページアドレス	https://hope-donguri.com/
代表者	氏名	益田 智徳
	職名	代表取締役
設立年月日	平成27年12月1日	
主な実施事業	住宅型有料老人ホーム、訪問介護、通所介護事業所の運営	

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむどんぐりはなぞの 住宅型有料老人ホーム どんぐり花園	
所在地	〒369-1246 埼玉県深谷市小前田 2560 番地 6	
主な利用交通手段	最寄駅	秩父鉄道 小前田駅
	交通手段と所要時間	秩父鉄道 小前田駅より徒歩 7 分 関越自動車道 花園 IC より自動車にて 10 分
連絡先	電話番号	048-501-8930
	FAX番号	048-579-0031
	ホームページアドレス	https://hope-donguri.com/
管理者	氏名	益田 智徳
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 30年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 1年 8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	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	784.16 m ²				
	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	2	なし
契約の自動更新	1	あり	2	なし		
建物	延床面積	全体	1254.13 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1254.13 m ²			
	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	(年 月 日 ~ 年 月 日)		
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	1 人部屋			
		最大	1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13.22 m ²	50 室	一般居室 個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.63 m ²	1 室	一般居室 個室
	タイプ3	有/無	有/無	14.66 m ²	2 室	一般居室 個室
	タイプ4	有/無	有/無	14.76 m ²	1 室	一般居室 個室

	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	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	16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		7ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室		0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		0ヶ所		
			その他 ()		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		
	自動火災報知設備	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		
緊急通報装置等	居室あり	便所あり	浴室あり	その他なし			
その他							

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	・入居者及びご家族の身体的、精神的介護負担の軽減を図ると共に、入居者が自立した生活を営めるよう支援を行います。
サービスの提供内容に関する特色	・家庭的な雰囲気大切に、入居者の個性、自主性を尊重し、的確な距離感を持って接していきます。
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

(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（協力医による訪問診療）		
協力医療機関	1	名称	南須原医院
		住所	埼玉県秩父郡長瀬町大字本野上 174-3
		診療科目	内科・一般外科・整形外科・ペインクリニック科・リウマチ科・皮膚科・形成外科
		協力内容	訪問診療/健康相談/健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	上里クリニック	
	住所	埼玉県児玉郡上里町神保原町 745-1-2	
	協力内容	訪問診療/口腔ケア	

(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	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			
契約の解除の内容	入居契約書第 30 条に記載		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条に記載	
	解約予告期間	3 ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容 : 1 週間以内の体験入居) 2 なし		
入居定員	47 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	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	13	8	5	
介護職員	8	8	0	
看護職員	5	0	5	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	0	1	
その他職員	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				
※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数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4	4	0
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員			

(夜勤を行う看護・介護職員の数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 8 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1 人	1 人
介護職員	1 人	1 人

(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									
	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										
前年度 1 年間の退職者数										
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1 年未満		2							
	1 年以上 3 年未満	1	2							
	3 年以上 5 年未満	2	4							
	5 年以上 10 年未満	2								
	10 年以上									
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 90 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	契約書第 27 条に記載の通り
	手続き	契約書第 27 条に記載の通り

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護3		
	年齢	70歳		
居室の状況	床面積	13.22 m ²		
	便所	1 有	2 無	
	浴室	1 有	2 無	
	台所	1 有	2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円		
	敷金	180,000円		
月額費用の合計		131,500円		
家賃		60,000円		
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円		
	介護保険外 ^{※2}	食費	45,000円	
		管理費	26,500円	
		介護費用	0円	
		光熱水費	0円	
その他	0円			
<p>※1 地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣同種施設の家賃相場による
敷金	家賃の3か月分
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	居室の光熱費、共用部分の光熱水費、その他管理経費として算定
食費	食事提供にかかる人件費、食材費等に基づき算定 1食500円、1日3回、30日間として算定
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利用料	別添2
その他のサービス利用料	保険外サービス利用料 1時間につき2,000円

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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	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)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	
※ 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	0人
	死亡者	0人
	その他	0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) ※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	株式会社 HOPE 法人本部	
電話番号	048-579-0011	
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	土日祝日及び12月30日~1月3日	
窓口の名称	埼玉県 高齢者福祉課 施設・事業者指導担当	
電話番号	048-830-3254	
窓口の名称	深谷市 長寿福祉課	
電話番号	048-574-6645	

(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) 介護事業者向け賠償責任保険
	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)
	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
	<input checked="" type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない (写しは公開する)

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	廊下幅に一部合致しない箇所あり	
「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（別の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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どんぐり花園	深谷市小前田1537 フラワーマンション106号
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	どんぐり花園	深谷市小前田2340-5 フラワーコーポB101
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービス どんぐり	深谷市小前田2560-6
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

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	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）			備考
	なし	あり	なし	あり	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	○	実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		
特浴介助	なし	あり	なし	あり		
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	なし	あり	なし	あり	○	20km 圏内まで、1 時間あたり 2,000 円
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	週 1 回程度
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	週 1 回程度
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	必要に応じて都度実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	必要に応じて都度実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○	実費
おやつ			なし	あり	○	1 か月 1,500 円
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	1 時間あたり 2,000 円、深谷市内のみ
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	1 時間あたり 2,000 円、深谷市内のみ
金銭・貯金管理			なし	あり		必要がある場合には個別に相談
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり	○	実費 年 1 回
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		20km 圏内まで、1 時間あたり 2,000 円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		20km 圏内まで、1 時間あたり 2,000 円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		

※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割又は3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。