

## 重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 2025年 7月 1日  |
| 記入者名  | 光吉 未来也       |
| 所属・職名 | P Dハウス越谷・管理者 |

## 1. 事業主体概要

|            |                                                                    |                                                                  |
|------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                  |
|            | ※法人の場合、その種類                                                        | 株式会社                                                             |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃさんうえるず<br>株式会社サンウェルズ                                |                                                                  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒920-0067 石川県金沢市二宮町 15 番 13 号                                      |                                                                  |
| 連絡先        | 電話番号                                                               | 076-272-8982                                                     |
|            | FAX番号                                                              | 076-272-8986                                                     |
|            | メールアドレス                                                            | <a href="mailto:compliance@sunwels.jp">compliance@sunwels.jp</a> |
|            | ホームページアドレス                                                         | <a href="http://sunwels.jp/">http://sunwels.jp/</a>              |
| 代表者        | 氏名                                                                 | 苗代 亮達                                                            |
|            | 職名                                                                 | 代表取締役                                                            |
| 設立年月日      | 2006年9月26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) ぴーでいーはうすこしがや<br>P Dハウス越谷     |                                                                        |
| 所在地      | 〒343-0821<br>埼玉県越谷市瓦曽根一丁目 20 番 48 号 |                                                                        |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                 | 東武伊勢崎線 越谷駅                                                             |
|          | 交通手段と所要時間                           | 越谷駅から徒歩 6 分 (450m)                                                     |
| 連絡先      | 電話番号                                | 048-984-7274                                                           |
|          | FAX番号                               | 048-984-7275                                                           |
|          | メールアドレス                             | <a href="mailto:Pdh.koshigaya@sunwels.jp">Pdh.koshigaya@sunwels.jp</a> |

|               |            |                    |
|---------------|------------|--------------------|
|               | ホームページアドレス | http://sunwels.jp/ |
| 管理者           | 氏名         | 光吉 未来也             |
|               | 職名         | 管理者                |
| 建物の竣工日        |            | 2024年10月31日        |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 2025年1月10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）        |            |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 |            |       |
| 4 健康型                                     |            |       |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合                    | 介護保険事業者番号  |       |
|                                           | 指定した自治体名   |       |
|                                           | 事業所の指定日    | 年 月 日 |
|                                           | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

### 3. 建物概要

|    |      |                                             |                                 |
|----|------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,549.95 m <sup>2</sup>                     |                                 |
|    | 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（普通賃借 ・ 定期賃借 ）                  |                                 |
|    |      | 抵当権の有無                                      | 1 あり 2 なし                       |
|    |      | 契約期間                                        | 1 あり<br>（ 年 月 日～ 年 月 日）<br>2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体                                          | 2,786.24 m <sup>2</sup>         |
|    |      | うち、老人ホーム部分                                  | 2,786.24 m <sup>2</sup>         |
|    | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                 |                                 |
|    |      | <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造   |                                 |

|        |                |                          |                                                    |                      |        |        |
|--------|----------------|--------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|--------|--------|
|        |                | 3 木造<br>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 (普通賃借・定期賃借) |                                                    |                      |        |        |
|        |                | 抵当権の設定                   | 1 あり 2 なし                                          |                      |        |        |
|        |                | 契約期間                     | 1 あり<br>(2024 年 11 月 1 日～2059 年 10 月 31 日)<br>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<br>【表示事項】 | 1 全室個室 (縁故者居室を含む)        |                                                    |                      |        |        |
|        |                | 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                                                | 13.41 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 2          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.43 m <sup>2</sup> | 3      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 3          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.44 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 4          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.46 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 5          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.47 m <sup>2</sup> | 4      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 6          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.48 m <sup>2</sup> | 2      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 7          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.49 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 8          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.51 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 9          | 有/無                      | 有/無                                                | 13.52 m <sup>2</sup> | 8      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 10         | 有/無                      | 有/無                                                | 13.53 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 11         | 有/無                      | 有/無                                                | 13.54 m <sup>2</sup> | 3      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 12         | 有/無                      | 有/無                                                | 13.55 m <sup>2</sup> | 4      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 13         | 有/無                      | 有/無                                                | 13.59 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 14         | 有/無                      | 有/無                                                | 13.61 m <sup>2</sup> | 4      | 一般居室個室 |
|        | タイプ 15         | 有/無                      | 有/無                                                | 13.65 m <sup>2</sup> | 6      | 一般居室個室 |
| タイプ 16 | 有/無            | 有/無                      | 13.66 m <sup>2</sup>                               | 2                    | 一般居室個室 |        |

|        |     |     |                      |   |        |
|--------|-----|-----|----------------------|---|--------|
| タイプ 17 | 有/無 | 有/無 | 13.68 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 18 | 有/無 | 有/無 | 13.70 m <sup>2</sup> | 4 | 一般居室個室 |
| タイプ 19 | 有/無 | 有/無 | 13.75 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 20 | 有/無 | 有/無 | 13.76 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 21 | 有/無 | 有/無 | 13.77 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 22 | 有/無 | 有/無 | 13.79 m <sup>2</sup> | 2 | 一般居室個室 |
| タイプ 23 | 有/無 | 有/無 | 13.80 m <sup>2</sup> | 2 | 一般居室個室 |
| タイプ 24 | 有/無 | 有/無 | 13.84 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 25 | 有/無 | 有/無 | 13.85 m <sup>2</sup> | 2 | 一般居室個室 |
| タイプ 26 | 有/無 | 有/無 | 13.87 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 27 | 有/無 | 有/無 | 13.91 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 28 | 有/無 | 有/無 | 13.98 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 29 | 有/無 | 有/無 | 14.02 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 30 | 有/無 | 有/無 | 14.11 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 31 | 有/無 | 有/無 | 14.15 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ 32 | 有/無 | 有/無 | 14.84 m <sup>2</sup> | 1 | 一般居室個室 |

※「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<br>便房       | 19 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 | 19 ケ所 |
|      | 共用浴室                 | 3 ケ所           | 個室              | 1 ケ所  |
|      |                      |                | 大浴場             | 2 ケ所  |
|      | 共用浴室における<br>介護浴槽     | 3 ケ所           | チェアー浴           | 2 ケ所  |
|      |                      |                | リフト浴            | 0 ケ所  |
|      |                      |                | ストレッチャー浴        | 1 ケ所  |
|      |                      |                | その他（ ）          | ケ所    |
|      | 食堂                   | 1 あり      2 なし |                 |       |
|      | 入居者や家族が利<br>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）<br>2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>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       | 1                                                           | あり | 2  | 一部あり |
|         | 2        | 一部あり                                                        | 3  | なし |      |
|         | 3        | なし                                                          |    |    |      |
|         | 便所       | 1                                                           | あり | 2  | 一部あり |
|         | 2        | 一部あり                                                        | 3  | なし |      |
|         | 3        | なし                                                          |    |    |      |
|         | 浴室       | 1                                                           | あり | 2  | 一部あり |
|         | 2        | 一部あり                                                        | 3  | なし |      |
|         | 3        | なし                                                          |    |    |      |
|         | その他（脱衣室） | 1                                                           | あり | 2  | 一部あり |
|         | 2        | 一部あり                                                        | 3  | なし |      |
|         | 3        | 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        | 入居者が快適で心身共に充実した生活を営めること及び良好な生活環境を永続的に確保する。<br>① 入居者の皆様を尊重し尊敬します<br>② 好感を与え快適な日々をお約束します<br>③ 安全で安心感のある毎日をお届けします<br>④ 信用と信頼を大切にします |
| サービスの提供内容に関する特色 | 居室において、加齢・傷病等により日常生活上の補助が必要となった場合は食事介助（配・下膳含む）家事援助（掃除・洗濯等）、入浴・洗髪介助、歩行介助、排泄介助、その他の身の回りの介助など必要な介護を行います。                            |
| 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

|                                                                                                                                                                                                                           |                |     |   |    |   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|---|----|---|----|
| <p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 入居継続支援加算       | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 生活機能向上連携加算     | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | A D L維持等加算     | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 夜間看護体制加算       | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 協力医療機関連携加算(※1) | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 口腔衛生管理体制加算(※2) |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 口腔・栄養スクリーニング加算 |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 科学的介護推進体制加算    |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 障害者等支援加算       |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | L I F E への登録   |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 退院・退所時連携加算     |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 退居時情報提供加算      |     | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 看取り介護加算        | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |

|                          |              |         |                      |    |   |    |
|--------------------------|--------------|---------|----------------------|----|---|----|
|                          | 新興感染症等施設療養費  |         | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          | 生産性向上推進体制加算  | (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)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅱ)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅲ)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          | 介護職員等処遇改善加算  | (Ⅰ)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅱ)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅲ)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅳ)     | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(1)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(2)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(3)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(4)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(5)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(6)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(7)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(8)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(9)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(10) | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(11) | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(12) | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(13) | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |              | (Ⅴ)(14) | 1                    | あり | 2 | なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 1            | あり      | (介護・看護職員の配置率)<br>： 1 |    |   |    |
|                          | 2            | なし      |                      |    |   |    |

(医療連携の内容)

|         |                   |                        |                               |                                 |  |
|---------|-------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| 医療支援    |                   | ※複数選択可                 |                               | <div>1</div> 救急車の手配             |  |
|         |                   |                        |                               | <div>2</div> 入退院の付き添い           |  |
|         |                   |                        |                               | <div>3</div> 通院介助               |  |
|         |                   |                        |                               | <div>4</div> その他（ ）             |  |
| 協力医療機関  | 1                 | 名称                     | 医療法人徳隣会 つつみクリニック南越谷           |                                 |  |
|         |                   | 住所                     | 埼玉県越谷市南越谷 3 丁目 9-7-101        |                                 |  |
|         |                   | 診療科目                   | 内科                            |                                 |  |
|         |                   | 協力科目                   | 在宅医療・訪問診療                     |                                 |  |
|         |                   | 協力内容                   | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | <div>1</div> あり <div>2</div> なし |  |
|         |                   |                        | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | <div>1</div> あり <div>2</div> なし |  |
|         |                   | 2                      | 名称                            | プライムライフクリニック戸田                  |  |
|         |                   |                        | 住所                            | 埼玉県戸田市笹目 3-3-15                 |  |
|         | 診療科目              |                        | 内科                            |                                 |  |
|         | 協力科目              |                        | 訪問診療                          |                                 |  |
|         | 協力内容              |                        | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | <div>1</div> あり <div>2</div> なし |  |
|         |                   |                        | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | <div>1</div> あり <div>2</div> なし |  |
|         | 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 あり                   |                               |                                 |  |
|         |                   | 医療機関の名称                | 医療法人徳隣会 つつみクリニック南越谷           |                                 |  |
| 医療機関の住所 |                   | 埼玉県越谷市南越谷 3 丁目 9-7-101 |                               |                                 |  |
| 2 なし    |                   |                        |                               |                                 |  |
| 協力歯科医療  | 1                 | 名称                     | 医療法人社団高輪会 浦和歯科                |                                 |  |



|    |  |      |                                |
|----|--|------|--------------------------------|
| 機関 |  | 住所   | 埼玉県さいたま市南区别所 3-16-9 安藤ビル 102 号 |
|    |  | 協力内容 | 訪問歯科診療                         |

(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<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（原則として住み替えはありません。ただし、入居者の身体状況により介護を合理的に実施することを目的に住み替えを勧めることがあります。）    |        |
| 判断基準の内容                  |        | 一 入居者に常時の見守りが必要となり、職員の目の届く場所での介護を要するとき<br>二 末期癌・難病等、手厚い医療対応を要するとき<br>三 健康状態の回復により、常時の見守りを要さなくなったとき<br>四 その他、施設がより適切なサービスを提供するため居室変更が最善と判断したとき |        |
| 手続きの内容                   |        | 一 施設の指定する医師の意見を聴取する<br>二 入居者及びその家族の意見を聴取する<br>三 一定の観察期間を設ける                                                                                   |        |
| 追加的費用の有無                 |        | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                 |        |
| 居室利用権の取扱い                |        | 居室を利用する権利は継続する。                                                                                                                               |        |
| 前払金償却の調整の有無              |        | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                 |        |
| 従前の居室との仕様の変更             | 面積の増減  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                                                                              |        |
|                          | 便所の変更  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                 |        |
|                          | 浴室の変更  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                 |        |
|                          | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                 |        |
|                          | 台所の変更  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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)

|                    |                                                           |                 |                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                                                   | 1    あり         | <div>2</div> なし |
|                    | 要支援の者                                                     | 1    あり         | <div>2</div> なし |
|                    | 要介護の者                                                     | <div>1</div> あり | 2    なし         |
| 留意事項               |                                                           |                 |                 |
| 契約の解除の内容           | 入居契約書 第 33 条（甲の契約解除）、第 34 条（乙の契約解除）、第 35 条（契約の終了）の内容に準じる。 |                 |                 |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                      | 入居契約書 第 33 条    |                 |
|                    | 解約予告期間                                                    | 90 日以上          |                 |
| 入居者からの解約予告期間       | 14 日以上                                                    |                 |                 |
| 体験入居の内容            | 1    あり（内容：                                               | <div>2</div> なし |                 |
| 入居定員               | 65 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<br>※1※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
|         |          |    |     |                |
| 管理者     | 1        | 1  |     |                |
| 生活相談員   | 1        | 1  |     |                |
| 直接処遇職員  | 47       |    | 47  |                |
| 介護職員    | 28       |    | 28  |                |
| 看護職員    | 19       |    | 19  |                |
| 機能訓練指導員 | 6        |    | 6   |                |
| 計画作成担当者 |          |    |     |                |
| 栄養士     |          |    |     |                |
| 調理員     |          |    |     |                |

|                                                                                                  |   |   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|
| 事務員                                                                                              | 2 | 2 |  |  |
| その他職員                                                                                            | 2 | 2 |  |  |
| 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。 |   |   |  |  |

**(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 |    | 18  |
| 実務者研修の修了者 | 8  |    | 8   |
| 初任者研修の修了者 | 2  |    | 2   |
| 介護支援専門員   |    |    |     |

**(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   | 19 |    | 19  |
| 理学療法士       | 2  |    | 2   |
| 作業療法士       | 3  |    | 3   |
| 言語聴覚士       | 1  |    | 1   |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| 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 00 分～ 9 時 00 分) |
|---------------------------------|

|      | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
|------|------|----------------|
| 看護職員 | 人    | 人              |
| 介護職員 | 1 人  | 1 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・介護職員の割合<br>（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※<br><b>【表示事項】</b>     | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>（記入日時点での利用者数：常勤換算職員数） | : 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                                 |                                  |                                                          |
| 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       |      | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |      |     |       |     |         |     |         |     |
|             | 業務に係る資格等       |      | <input type="checkbox"/> 1 あり                               |      |     |       |     |         |     |         |     |
|             |                |      | 資格等の名称                                                      |      |     |       |     |         |     |         |     |
|             |                |      | <input type="checkbox"/> 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 |                |      |                                                             |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 事業に従事した経    | 1 年未満          |      |                                                             |      |     | 1     |     |         |     |         |     |
|             | 1 年以上<br>3 年未満 |      |                                                             |      | 4   |       |     |         |     |         |     |

|               |                |  |   |                                       |              |  |  |  |   |  |  |
|---------------|----------------|--|---|---------------------------------------|--------------|--|--|--|---|--|--|
|               | 3 年以上<br>5 年未満 |  | 2 |                                       | 5            |  |  |  |   |  |  |
|               | 5 年以上<br>10年未満 |  | 8 |                                       | 6            |  |  |  | 2 |  |  |
|               | 10年以上          |  | 9 |                                       | 13           |  |  |  | 4 |  |  |
| 従業員の健康診断の実施状況 |                |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】              |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                     |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                                                             |  |
|                                |     | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式<br><br>4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                   |  |
| 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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | 1 減額なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br>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<br>の改定                    | 条件  | 消費者物価指数及び人件費等を勘案                                                                            |  |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いて入居者または身元引受人の同意を得たうえで行う。                                                         |  |

### (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   | 83 歳                 | 歳              |
| 居室の状況  | 床面積  | 13.41 m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> |

|                                                                                                                                               |                               |          |                                         |     |     |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|-----------------------------------------|-----|-----|---|
|                                                                                                                                               | 便所                            | 1 有      | <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 | 2 無 |   |
|                                                                                                                                               | 浴室                            | 1 有      | <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 | 2 無 |   |
|                                                                                                                                               | 台所                            | 1 有      | <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 | 2 無 |   |
| 入居時点で必要な費用                                                                                                                                    | 前払金                           |          |                                         | 円   | 円   |   |
|                                                                                                                                               | 敷金                            | 100,000円 |                                         |     | 円   |   |
| 月額費用の合計                                                                                                                                       |                               | 197,640円 |                                         |     | 円   |   |
| 家賃                                                                                                                                            |                               | 81,000 円 |                                         |     | 円   |   |
| サービス費用                                                                                                                                        | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |          |                                         | 円   | 円   |   |
|                                                                                                                                               | 介護保険外※ <sup>2</sup>           | 食費       | 23,760 円                                |     |     | 円 |
|                                                                                                                                               |                               | 厨房管理費    | 33,480 円                                |     |     | 円 |
|                                                                                                                                               |                               | 管理費      | 44,000 円                                |     |     | 円 |
|                                                                                                                                               |                               | 光熱水費     | 15,400 円                                |     |     | 円 |
|                                                                                                                                               |                               | その他      | 円                                       |     |     | 円 |
| <p>※<sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※<sup>2</sup> 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   | 近傍家賃相場を勘案して算出                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 敷金   | 家賃の 1.2 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  | 共用部の管理に掛かる人件費用                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 食費   | <p>材料費、調理・事務に係る人件費。</p> <p>※食事のキャンセルは 1 ごとに可能です。キャンセルは 3 日前の 17 時までに所定の書式にてお申し出ください。それ以降のキャンセルは実費負担となりますのでご注意ください。食費の計算方法は下記の通りです。</p> <p>【計算方法】</p> <p>上記各 1 食単価（朝食 530 円、昼食 689 円、夕食 689 円）×食事回数</p> <p>※欠食の場合食費は減額となり 1 食あたりの厨房管理費（371 円）のみ徴収させていただきます。</p> |



## 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            | 13 人 |
|       | 女性            | 18 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 16 人 |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 9 人  |
|       | 85 歳以上        | 4 人  |
| 要介護度別 | 自立            | 人    |
|       | 要支援 1         | 人    |
|       | 要支援 2         | 人    |
|       | 要介護 1         | 4 人  |
|       | 要介護 2         | 5 人  |
|       | 要介護 3         | 10 人 |
|       | 要介護 4         | 7 人  |
|       | 要介護 5         | 5 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 31 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    | 79 歳 |
| 入居者数の合計 | 31 人 |



|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| 入居率※                                           | 48% |
| ※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      | 人        |
|         | 社会福祉施設   | 人        |
|         | 医療機関     | 人        |
|         | 死亡者      | 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 | 2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    |       | P Dハウス越谷／管理者    |
| 電話番号     |       | 048-984-7274    |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～17:00      |
|          | 土曜    | 9:00～17:00      |
|          | 日曜・祝日 | 9:00～17:00      |
| 定休日      |       | なし              |
| 窓口の名称    |       | 株式会社サンウェルズ 金沢本社 |
| 電話番号     |       | 076-272-8982    |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～17:00      |
|          | 土曜    |                 |
|          | 日曜・祝日 |                 |
| 定休日      |       | 土日祝日 年末年始       |
| 窓口の名称    |       | 越谷市 地域共生部 介護保険課 |
| 電話番号     |       | 048-963-9305    |

|          |       |            |
|----------|-------|------------|
| 対応している時間 | 平日    | 8:30～17:15 |
|          | 土曜    |            |
|          | 日曜・祝日 |            |
| 定休日      |       | 土日祝日 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                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 事業活動包括保険      |
|                               | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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              | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    | 年1回程度実施                                       |
|                                  |                                          | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし                                     |        |                                               |
|                                  | 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="checkbox"/> 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                                     |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 |
|          | 3 公開していない                                      |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 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  | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <div>1 入居希望者に公開</div> <div>2 入居希望者に交付</div> <div>3 公開していない</div> |
| 財務諸表の原本 | <div>1 入居希望者に公開</div> <div>2 入居希望者に交付</div> <div>3 公開していない</div> |

## 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 |                                              |   |         |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況    | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                               | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 指針の整備                                            | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 定期的な研修の実施                                        | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 担当者の配置                                           | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                                | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 指針の整備                                            | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 定期的な研修の実施                                        | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと |        |                                              |   |         |
|                     | 1                                                | あり     | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | 1 | あり 2 なし |
|                     | 2 なし                                             |        |                                              |   |         |
| 業務継続計画の策定状況等        | 感染症に関する業務継続計画                                    | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 災害に関する業務継続計画                                     | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 職員に対する周知の実施                                      | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 定期的な研修の実施                                        | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 定期的な訓練の実施                                        | 1      | あり                                           | 2 | なし      |
|                     | 定期的な業務継続計画の見直し                                   | 1      | あり                                           | 2 | なし      |

|                                                              |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                          | 1 あり（提携ホーム名：                      ）<br>2 なし                                              |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出                   | 1 あり      2 なし<br>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<br>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<br>要 |
| 高齢者の居住の安定確保に関<br>する法律第 5 条第 1 項に規定<br>するサービス付き高齢者向け<br>住宅の登録 | 1 あり      2 なし                                                                           |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5.規模及び構造設<br>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<br>の内容                                          |                                                                                          |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>性                            | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない                                         |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項                                    | あり                                                                                       |
| 不適合事項がある場合の内<br>容                                            | ・財務諸表の原本の公開は行わない<br>・体験入居については、行わない                                                      |

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                      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。