別紙様式１

**ご長寿くらぶ川口新井宿**

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| 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 | | 法人の種類 | 株式会社 |
| 名称 | （ふりがな）かぶしきがいしゃ  あーばんあーきてっく  株式会社　アーバンアーキテック |
| 事業主体の主たる  事務所の所在地 | | 〒312-0046 | 茨城県ひたちなか市勝田泉町４－１７ |
|  |
| 事業主体の連絡先 | | 電話番号 | 029-276-0660 |
| ＦＡＸ番号 | 029-275-5661 |
| ホームページアドレス | なし |
| あり：http://www.urbanarchitech.com |
| 事業主体の代表者の 職名及び氏名 | | | | 職名 | 代表取締役 |
| 氏名 | 川又　則夫 |
| 事業主体の設立年月日 | | | | 平成　　21年　　8月　　5日 | |

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 | | | | |
|  | 施設の名称 | （ふりがな）ごちょうじゅくらぶ　かわぐちあらいじゅく  　ご長寿くらぶ川口新井宿 | | |
| 施設の所在地 | 〒333-0826 | | 埼玉県川口市西新井宿２７番４ |
|  | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | | 048-420-9486 |
| ＦＡＸ番号 | | 048-420-9488 |
| ホームページ アドレス | | なし |
| あり：<http://www.urbanarchitech.com> |
| 施設の開設年月日 | | | | 平成　27年　11月　1日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | | | 職名 | 管理者 |
| 氏名 |  |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | | |
|  | 埼玉高速鉄道　新井宿駅より徒歩１０分 | | | |
| 施設の類型及び表示事項 | | 類型　サービス付き高齢者向け住宅 | | |
|  | | 《表示事項》  ○居住の権利形態：賃貸借方式  ○利用料の支払い方式：月払い方式  ○入居時の要件：入居時要支援・要介護  ○介護保険：在宅サービス利用可  ○居室区分：完全個室  ○その他：なし | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所有者 | 住所：埼玉県川口市西新井宿２４番地  氏名：鈴木　敬修 |

３．従業者に関する事項（平成　　年　　月　日現在）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
| 生活相談員 |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |
| 事務員 |  |  |  |  |  |  |
| その他従業者 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40 | | |
|  | | |
| ※　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。 | | | | | | | |
| 夜勤を行う職員の人数 | | | | | （　　　）人 | | |
| 夜勤帯平均人数（午後19時～午前　7時） | | | | | （　　　）人 | | |
|  | 最少人数（休憩者等を除く） | | | | | （　　　）人 | | |

４．サービスの内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の運営に関する方針 | | | | | | |
|  | 高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づき、サービス付き高齢者向け住宅を適切に運営するとともに、高齢者へ安全・安心な住まい提供に努める。 | | | | | |
| サービスの内容等 | | | | | | |
|  | ・状況把握サービス  一日三回の安否確認（朝食時・昼食時・夕食時）  夜間の居室巡視  ・生活相談サービス  常駐の職員にて、いつでも相談に応じます  ・食事提供サービス  一日３食の提供  　　　食事の配膳・下膳  ・緊急時の対応  　　　緊急通報への対応  　　　救急車の手配、家族への連絡  ・その他サービス  居室内のごみ回収・ごみ出し、フロントサービス（不在時の伝言、郵便物の預り）  薬の預かり、飲み忘れの声掛け | | | | | |
| 協力医療機関の名称 | | | 春日部クリニック・城東在宅医療クリニック | | |
|  | （協力の内容）　月二回の往診 | | | | |
| 協力歯科医療機関 | |  | |  | 大宮デンタルクリニック |
|  | （協力の内容）　往診 | | | | |

５．施設、設備等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 20 | | | 20 | | | | 18.55㎡ | | | |
| 一般居室相部屋 | | | | | あり | | | なし | |  | | |  | | | | ㎡ | | | |
|  | | |  | | | | ㎡ | | | |
|  | | |  | | | | ㎡ | | | |
| 一時介護室 | | | | | あり | | | なし | |  | | |  | | | | ㎡ | | | |
| 共用便所の設置数 | | | | | |  | | | | | うち男女別の対応が可能な数 | | | | | | | | | | | | 0箇所 | | | |
| うち車いす等の対応が可能な数 | | | | | | | | | | | | 1箇所 | | | |
| 個室の便所の設置数 | | | | | |  | | | | | 個室における便所の設置割合 | | | | | | | | | | | | 100％ | | | |
| うち車いす等の対応が可能な数 | | | | | | | | | | | | 20箇所 | | | |
| 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箇所 | | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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）食堂兼談話室、台所、洗濯室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | （その内容）県指定「加齢対応構造チェックリスト」に適合  （手摺り設置、段差適応範囲内、有効面積確保、エレベーターの設置等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | | | | | | | | | | | | なし | | | | 一部あり | | | | | 全居室内にあり | | | | |
| 外線電話回線の設置状況 | | | | | | | | | | | | なし | | | | 一部あり | | | | | 全居室内にあり | | | | |
| テレビ回線の設置状況 | | | | | | | | | | | | なし | | | | 一部あり | | | | | 全居室内にあり | | | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 敷地の面積 | | | 727.00㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 建物の構造 | | | | | | 木造 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | | | | 795.38㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（借家） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | なし | あり | | | | 契約期間 | | | 始 | | 平成27年11月1日 | | | | | 終 | | | 平成47年10月31日 | | | | | |
|  | 契約の自動更新 | | | | | | | なし | | | | | | | あり | | | |

６．利用者からの苦情窓口等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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応する窓口 | | | | | | | |
|  | 窓口の名称 | | | 株式会社　アーバンアーキテック | | | |
| 電話番号 | | | 029-276-0660 | | | |
| 対応している時間 | | | 平日 | 午前9：00～午後5：00 | | |
| 土曜 |  | | |
| 日曜・祝日 |  | | |
|  | 定休日等 | | 土曜・日曜・祝日 | | | |
| 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① | | | ご長寿くらぶ川口新井宿 | | | |
| 電話番号 | | | 048-420-9486 | | | |
| 対応している時間 | | | 平日 | 午前9：00～午後5：00 | | |
| 土曜 | 午前9：00～午後5：00 | | |
| 日曜・祝日 | 午前9：00～午後5：00 | | |
|  | 定休日等 | | 建物内フロントにて受付。対応時間、上記に同じ | | | |
| 窓口の名称② | | | 川口市役所　介護保険課 | | | |
| 電話番号 | | | 048-258-1110（代） | | | |
| 対応している時間 | | | 平日 | 午前9：00～午後5：00 | | |
| 土曜 |  | | |
| 日曜・祝日 |  | | |
|  | 定休日等 | | 定休日（土曜・日曜・祝日）、12月29日～1月3日 | | | |
| 窓口の名称③ | | | 埼玉県都市整備部住宅課 | | | |
| 電話番号 | | | 048-830-5585 | | | |
| 対応している時間 | | | 平日 | 午前9：00～午後5：00 | | |
| 土曜 |  | | |
| 日曜・祝日 |  | | |
|  | 定休日等 | | 定休日（土曜・日曜・祝日）、12月29日～1月3日 | | | |
| 窓口の名称④ | | | 埼玉県消費生活支援センター川口 | | | |
| 電話番号 | | | 048-261-0999 | | | |
| 対応している時間 | | | 平日 | 午前9：00～午後4：00 | | |
| 土曜 |  | | |
| 日曜・祝日 |  | | |
|  | 定休日等 | | 定休日（土曜・日曜・祝日）、12月29日～1月3日 | | | |
| 窓口の名称⑤ | | |  | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |
| 対応している時間 | | | 平日 |  | | |
| 土曜日 |  | | |
| 日曜・祝日 |  | | |
|  | 定休日等 | | 定休日（木曜・土曜・日曜・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 | | | | | | | |
|  | なし | | あり | （その内容）  当社従業員の過失により入居者がケガをした場合にその治療費を支払う。 | | | |
| 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 | | あり | （その内容）  当社従業員の過失により入居者がケガをした場合にその治療費を支払う。 | | | |
| 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 | | | | | | | |
|  | なし | | あり | 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 |

７．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 | | | | | 0円（家賃の　　0ヶ月分） | | | | | | | | | | |
| 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 | | 生活支援費用 | | 食費 | | 光熱水費 | | 共益費 | |
|  | ２F | 123000 | | 51000 | | 18000 | | 45000 | | 込 | | 9000 | |
|  | １F | 126000 | | 54000 | | 18000 | | 45000 | | 込 | | 9000 | |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | | | | | | |

平成　　　年　　　月　　　日

上記の説明を受けました。

※いずれかの署名が必要です

　　　　　　入居者　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　入居者代理人　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名