

重要事項説明書

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	一般社団法人
名称	(ふりがな) いっぱんしゃだんほうじん ふちもんど 一般社団法人 プチモンド	
主たる事務所の所在地	〒355-0221 埼玉県比企郡嵐山町大字菅谷140番地5	
連絡先	電話番号	0493-62-2552
	FAX番号	0493-62-2552
	ホームページ	https://petit-monde-hp.amebaownd.com
代表者	氏名	岡部 はるみ
	職名	代表理事
設立年月日	平成22年 6月 1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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむふちもんど 住宅型有料老人ホームプチモンド	
所在地	〒355-0221 埼玉県比企郡嵐山町大字菅谷690番地10	
主な利用交通手段	最寄駅	武蔵嵐山駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・イーグルバスで乗車3分、女性会館前停留所で下車、徒歩1分 ②自動車利用の場合 ・乗車3分
連絡先	電話番号	0493-81-4345
	FAX番号	0493-81-4345
	E-mail	putimondo@circus.ocn.ne.jp
管理者	氏名	岡部 はるみ
	職名	代表理事(施設長)
建物の竣工日	昭和・平成23年5月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成29年1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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	333.17㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (24年6月1日～54年5月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	193.77㎡
		うち、老人ホーム部分	136.35㎡(共用部89.17㎡含む)
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (準不燃材料使用)	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
2 鉄骨造			
<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造			
4 その他 ()			
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 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	8.69 m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	12.42 m ²	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	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	2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	2ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0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 ()			0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	
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者様とご家族が安心して地域で生活が継続できるように支援していきます。また、日中は通所介護サービスをご利用して頂き、連携を図り、生活の支援を連続的に行います。
サービスの提供内容に関する特色	日中は通所介護サービスをご利用して頂き、楽しい日々が送れるように支援いたします、また、夜間帯にも職員を配置しておりますので、安心して24時間の介護の提供ができます。
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	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（訪問診療の付添等）		
協力医療機関	1	名称	医療法人 蒼龍会 武蔵嵐山病院
		住所	埼玉県比企郡嵐山町太郎丸135
		診療科目	消化器・肝臓内科、循環器内科、糖尿病内科、腎臓内科、リウマチ膠原病、泌尿器科、呼吸器科、整形外科、外科、禁煙外来、ペインクリニック内科、神経内科・リハビリ科
		協力内容	訪問診療、外来受診、入院等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	高野歯科医院	
	住所	東松山市西本宿1541番地8	
	協力内容	歯科治療、口腔ケア指導	

(入居後に居室を住み替える場合)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (他の居室へ移る場合)	
判断基準の内容	トイレに近いの居室への移動や常時見守りが必要な場合は、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	① 主治医、介護支援専門員等、専門職種からの意見を確認する。 ② 必要と思われる場合は観察する期間を2週間置く。 ③ 利用者様・ご家族の意見を確認し、同意を得る。	
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	住み替え後の居室に移行	
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 あり場合がある 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) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	要介護認定を受けている方	
契約の解除の内容	入居契約書28、29、30条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書28、29、30条による。
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日3食付8,000円) 2 なし	
入居定員	5人	
その他	なし	

5. 職員体制

(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 (兼務)		
生活相談員	2	2 (兼務)		
直接処遇職員	10	2 (兼務)	8	
介護職員	9	2 (兼務)	7	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員	1		1	
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	
事務員	2	2		
その他職員				

(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	5	2	3
実務者研修の修了者			
ヘルパー2級	3		3
介護支援専門員	1	1	
無資格			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～9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		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	社会福祉主事			
		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
前年度1年間の採用者数								
前年度1年間の退職者数								
応じた業務に従事した経験年数に 職業に従事した経験年数に 職業に従事した経験年数に	1年未満							
	1年以上、3年未満			1名				
	3年以上、5年未満			1名				
	5年以上、10年未満		1名					
	10年以上	1名	6名					
	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 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	入居契約書第27条(費用の改定)参照。
	手続き	入居契約書第27条(費用の改定)第2項、第3項参照。

(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1	要介護5
	年齢	80歳	79歳
居室の状況	床面積	8.69㎡	12.42㎡
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	10万円	13万円
月額費用の合計		148,692円	183,065円
家賃		50,000円	65,000円
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	0円
		食費(30日あたり)	45,000円
		生活支援費	16,692円
		介護費用(1割負担の場合)	0円
		共益費	20,000円
		おやつ代(30日あたり)	3,000円
		デイサービス休日利用料	14,000円
その他		都度払いサービスあり	都度払いサービスあり
介護度に変更があった場合には、生活支援費も変更となります。			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	50,000円～65,000円
敷金	家賃の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。
生活支援費	要介護度に応じて16,692円～36,065円
食費	1食500円
共益費	20,000円
おやつ代	1回100円
デイサービス休日利用料	1日3,500円
その他	人件費、消耗品費等による。 利用者の個人的な選択によるサービス利用料 サービス内容・費用は別添2による。

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	0人
	女性	4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	2人
	85歳以上	2人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	1人
	要介護 2	0人
	要介護 3	3人
	要介護 4	0人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	1人
	5年以上 10年未満	2人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.7歳
入居者数の合計	4人
入居率※	80%

※ 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	2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	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0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		住宅型有料老人ホームプチモンド 苦情相談窓口
電話番号		0493-81-4345
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	
定休日		日曜日、12/30~1/3
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日、日曜日、12/29~1/3

(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 あいおいニッセイ同和損保	(その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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) 緊急時対応し、利用者様の身元引受人及び介護支援専門員並びに関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意又は加害による場合は、利用者様及び身元引受人に誠意ある対応をいたします。ただし、利用者様側の故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	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	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 <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	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
事業収支計画書	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
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開

	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	・埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針上、介護居室 1 人当たりの床面積は 13.2 m ² (面積の算定方法 バルコニー及び便所の面積を除き、内法方法) 以上と規定されているが、本施設は 8.69~12.42 m ² となっている。
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 介護居室における一人当たりの有効面積は、13.2 m ² 以上とすべきところが 8.69~12.42 m ² となっている。 <input type="checkbox"/> 2. 廊下幅は、有効幅で片廊下 1.8 m 以上とすべきところが手すりを含んで 1.51 m となっている部分がある。 <input type="checkbox"/> 3. 建物が耐火・準耐火構造ではなく、準不燃材料使用の建物になっている。

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 平成 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	あり	なし		
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		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
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		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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		
地域密着型通所介護	あり	なし	デイサービスプラザセント都	埼玉県比企郡嵐山町大字菅谷 6 1 8 番地 8
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
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		
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		

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	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
	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス				
食事介助	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	あり	○		
おむつ代	なし	○	別紙おむつ代一覧表参照。	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	○		
特浴介助	あり	○		
身辺介助（移動・着替え等）	あり	○		
機能訓練	あり	○		
通院介助	あり	○	1回 2,000円（税別）	
生活サービス				
居室清掃	あり	○		
リネン交換	あり	○		
日常の洗濯	あり	○		
居室配膳・下膳	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	○		
おやつ	あり	○	100円（税込）	
理美容師による理美容サービス	あり	○	1回 1,000円（税別）	
買い物代行	あり	○	1回 1,000円（税別）	
役所手続き代行	あり	○		
金銭・貯金管理	あり	○		
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	○	※回数年2回程度希望があれば	
健康相談	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	○		
服薬支援	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	○		
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	○	1回 2,000円（税別）	
入退院時の同行	あり	○	1回 2,000円（税別）	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	○	30分 1,000円（税別）	
入院中の見舞い訪問	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、月額サービスの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於いて、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。