

住宅型有料老人ホーム ゆう

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

| 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 名称 | 特定非営利活動法人 とくていひえいりかとどうほうじん かいごねっと 特定非営利活動法人介護ネット |
| | 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒367-0215 | 埼玉県本庄市児玉町長沖202-1番 |
| | 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0495-72-4000 |
| | | FAX番号 | 0495-72-4180 |
| ホームページアドレス | | なし あり : http:// | |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名 | 職名 | 理事長 | |
| | 氏名 | 福島 清吉 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成 17 年 9 月 22 日 | | |

| 事業主体が当該都道府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 | |
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーション ゆう | 本庄市児玉町長沖202番地1 |
| 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 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 | あり | なし | デイサービスセンター ゆう | 本庄市児玉町長沖202番地1 |
| 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> | | | | |
| 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居者生活介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ケアプラン ゆう | 本庄市児玉町長沖202番地1 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーション ゆう | 本庄市児玉町長沖202番地1 |
| 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 | デイサービスセンター ゆう | 本庄市児玉町長沖202番地1 |
| 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 | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | 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 | | |
|---|--|-----------------------|
| 施設の名称 | (ふりがな) <small>じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ゆう</small> 住宅型有料老人ホーム ゆう | |
| 施設の所在地 | 〒367-0215 | 埼玉県本庄市児玉町長沖197番地 |
| 施設の連絡先  | 電話番号 | 0495 - 72 - 4005 (代表) |
| | FAX番号 | |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり : http:// |
| 施設の開設年月日 | 平成 25 年 9 月 8 日 | |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | 職名 | |
| | 氏名 | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| JR 高崎線・本庄駅より車で 20 分、八高線・児玉駅より車で 7 分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 住宅型有料老人ホーム | |
| | 《表示事項》 <input type="checkbox"/> 居住の権利形態：利用権方式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式：月払い <input type="checkbox"/> 入居時の要件：入居時自立、要支援、要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険：在宅サービス利用可 (介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービス を利用するホームです。) <input type="checkbox"/> 居室区分：全室個室 | |

3. 従業者に関する事項（令和 1年 8月 1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 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | 1 | 1 | 0.5 |
| 介護職員 | 1 | 8 | | 1 | 10 | 4.5 |
| 栄養士 | | | | | 0 | (委託) |
| 調理員 | | 3 | | | 3 | 1.0 |
| 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。 | | | | | | |
| 夜勤を行う職員の人数 | | | | (2) 人 | | |
| 夜勤帯平均人数 (19:30~7:00) | | | | (2) 人 | | |
| 最少人数 (休憩者等を除く) | | | | (1) 人 | | |

4. サービスの内容

| | | | | |
|---|--|------|----|------|
| 施設の運営に関する方針 | | | | |
| 私たちは、お年寄り一人一人にあった暮らしを実現させます。 | | | | |
| サービスの内容等 | | | | |
| 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 | 医療法人 臣愛会 木村医院 | | | |
| (協力の内容) 緊急時の往診、定期的往診、健康相談、他の医療機関への紹介等 | | | | |
| 協力歯科医療機関 | <table border="1"> <tr> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>その名称</td> </tr> </table> | なし | あり | その名称 |
| なし | あり | その名称 | | |
| (協力の内容) 訪問歯科医院により往診での受診を受ける事が出来ます。受診の際には、手配、事務手続きの代行をします。 | | | | |

| | |
|---------------|---|
| 入居対象 | 対象・非対象の別 |
| 自立している者を対象 | 対象 |
| 要支援の者を対象 | 対象 |
| 要介護の者を対象 | 対象 |
| 留意事項 | |
| 原則高齢者を対象とします。 | |
| 体験入居の内容 | 宿泊費 3,550円/日 食事代 1,450円(3食) 5日間以内 |
| 同居者の宿泊費 | 宿泊費 3,550円/日 (管理費、日用品、光熱水費を含む) 食事代 1,450円(3食) 30日間以内 管理規定4項1号③の通り。 |
| 来訪者の宿泊費 | 宿泊費 3,550円/日 (管理費、日用品、光熱水費を含む) 食事代 1,450円(3食) 3日間以上宿泊の場合 管理規定4項2項②の通り。 |
| その他 | ペットとの同居は不可 施設内は禁煙 所定喫煙場所以外での喫煙は不可 |

5. 住み替えに関する事項

| | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|----|----|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 入居後に居室を住み替える場合 | | | |
| | 一時介護室へ移る場合 | | | |
| | 判断基準・手続について | | | |
| | (その内容) 本人、家族の希望及び入居者の身体的状況を判断。 | | | |
| | 追加的費用の有無 | <input type="radio"/> | 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 |
| | 台所の変更の有無 | | なし | あり |
| | その他の変更の有無 | | なし | あり |
| | (その内容) | | | |
| | 他の居室へ移る場合 | | | |
| | 判断基準・手続について | | | |
| | (その内容) 本人、家族の希望及び入居者の身体的状況を判断。 | | | |
| | 追加的費用の有無 | <input type="radio"/> | なし | あり |
| | 居室利用権の取扱い | | | |
| | (その内容) 移動居室利用権を再取得 | | | |
| | 入居一時金償却の調整の有無 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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 | |
| 台所の変更の有無 | | なし | あり | |
| その他の変更の有無 | | なし | あり | |
| (その内容) | | | | |
| 他の施設に移る場合の条件等 | | | | |

6. 入居者の状況（令和 1年 8月 1日）

| 入居者の状況 | | | | | | |
|---------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 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 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 5 | | | 1 | 6 |
| 85歳以上 | | 2 | 2 | 1 | 3 | 8 |
| | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | | | 合計 |
| 65歳未満 | | | 1 | | | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | |
| 入居者の平均年齢 | 83歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 4名 | | 女性 | 11名 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | 83% |
| 前年度に退去した者の人数 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | | 1 | 1 |
| 医療機関 | 1 | | 1 | | | 2 |
| 死亡者 | 1 | | | 1 | 2 | 4 |
| その他 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 死亡者 | | | | | | |
| その他 | | | | | | |
| 入居者の入居期間 | | | | | | |
| 入居期間 | 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 | 2名 | 3名 | 8名 | 2名 | 0名 | 0名 |

7. 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 | 18 | | 13.36㎡ | | | |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | ㎡ | | | |
| | | | | | | ㎡ | | | |
| | 一時介護室 | あり | なし | | | ㎡ | | | |
| | | あり | なし | | | ㎡ | | | |
| | | | | | | ㎡ | | | |
| 共用便所の設置数 | 3箇所 | | 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 | | | 3箇所 | | | |
| 個室の便所の設置数 | なし | | 個室における便所の設置割合 | | | | | | |
| | | | うち車いす等の対応が可能な数 | | | | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | | |
| | | | 1箇所 | | | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | 出入口口80cm 段差のない、手摺付浴室 浴槽は単独槽 | | | | | | | |
| 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) 洗面所、洗濯場 | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | 施設内は全てバリアフリー対応。 | | | | | | | |
| (その内容) | | | | | | | | | |
| 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 | | 1,827㎡ | | | | | | | |
| 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 | 平成25年1月1日 | 終 | 平成55年12月31日 | | | |
| | | 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 | | 493.55㎡ | | | | | | | |
| 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25年9月8日 | 終 | 平成55年9月7日 | | | |
| | | 契約の自動更新 | | | なし | | あり | | |

8. 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 | | ゆう 苦情相談窓口 | | |
| 電話番号 | | | | |
| 対応している時間 | | 平日 | 平日 AM8:30~PM5:30 | |
| | | 土曜 | 土曜 AM8:30~PM5:30 | |
| | | 日曜・祝日 | 日曜・祝日 AM8:30~PM5:30 | |
| 定休日等 | | 年末・年始(12/30~1/3) | | |
| 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 | | 埼玉県福祉部高齢介護課 施設指導担当 | | |
| 電話番号 | | 048-830-3254 | | |
| 対応している時間 | | 平日 | 平日 AM8:30~PM5:15 | |
| | | 土曜 | | |
| | | 日曜・祝日 | | |
| 年末・年始 | | 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="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり | (その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険 | | |
| 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 | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり | (その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険及び事業者総合保険(建物) | | |
| 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"/> なし | <input type="radio"/> あり | 実施した年月日 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | <input type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |

9. 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 月分) | | | | | | |
| 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 |
| 個室 | | | | | | | |
| 相部屋 | | | | | | | |
| ※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 | | | | | | |
| | 食費 | | | | | | |
| | 光熱水費 | | | | | | |
| | 管理費 | | | | | | |
| | 一時金 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 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 | | 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 | 月額 | (内訳) | | | | |
| | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 日用品 光熱水費 | 管理費 |
| 個室 | 112,000 円 | 41,500 円 | | 43,500 円 | 10,000 円 | 17,000 円 |
| 個室 (生活保護) | 107,500 円 | 37,000 円 | | 43,500 円 | 10,000 円 | 17,000 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 | 家賃は生活保護 (住宅扶助費)、地域の賃貸住宅の家賃相応に設定 (修繕、施設賃貸料等) | | | | |
| | 食費 | 朝: 350 円 昼: 550 円 おやつ: 200 円 夕食: 350 円 合計: 1,450 円×30 日=43,500 円 | | | | |
| | 日用品、光熱水費 | 日用品: トイレペーパー、ティッシュ、入浴・洗面用具など | | | | |
| | 管理費 | 利用者の日常生活全般の基本サービス、事務経費、施設管理費 | | | | |
| | その他 | 実費: 理髪、おむつ代等 | | | | |
| 一時金方式・月払い方式共通 | | | | | | |
| 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 | | あり | | |
| 算定 根拠 | | | | | | |
| 料金改定の手続 | | | | | | |
| 施設が所在する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上で改定するものとします。 入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。 | | | | | | |

10. 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：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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。