

重要事項説明書

記入年月日	平成29年12月15日
記入者名	三上 菊江
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) けいゆうかい 恵雄会	
主たる事務所の所在地	〒350-0804 埼玉県川越市下広谷1113-22	
連絡先	電話番号	049-233-9133
	FAX番号	049-233-9135
	ホームページアドレス	'http://www.kawatsuru-g.jp
代表者	氏名	相原 吉雄
	職名	理事長
設立年月日	昭和 平成 6年 9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) うえのだいなーしんぐほーむ 上野台ナーシングホーム	
所在地	〒356-0017 埼玉県ふじみ野市上野台2丁目15番23号	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上 線 上福岡 駅
	交通手段と所要時間	徒歩 10分

連絡先	電話番号	049-261-7011
	FAX番号	049-261-7012
	ホームページアドレス	'http://www.kawatsuru-g.jp
管理者	氏名	三上 菊江
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 26年4月28日
事業の開始日		昭和・平成 26年 6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	1173001007
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 26年 6月 19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	2652.74 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 (平成 29年 10月 5日～平成 30年 9月 30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	4,854.32 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,763.77 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											
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td colspan="2">① あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2"> ① あり (平成29年10月5日～平成30年9月30日) 2 なし </td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td colspan="2">① あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	① あり 2 なし		契約期間	① あり (平成29年10月5日～平成30年9月30日) 2 なし		契約の自動更新	① あり 2 なし			
抵当権の設定	① あり 2 なし												
契約期間	① あり (平成29年10月5日～平成30年9月30日) 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	18.26 m ²	112	介護居室個室							
	タイプ2	有/無	有/無	m ²									
タイプ3	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	0ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所									
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所									
	共用浴室	7ヶ所	個室	7ヶ所									
			大浴場	ヶ所									
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所									
			リフト浴	ヶ所									
			ストレッチャー浴	ヶ所									
その他 ()			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	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を社会の発展に貢献された方として敬愛する ・健全で快適な生活環境を創造する ・高齢者福祉の増進に寄与する
サービスの提供内容に関する特色	格安な利用料金で、住まい、食事、生活相談を提供致します。終身での入居が可能な体制を整えています。
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の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり ② なし	
	夜間看護体制加算	1 あり ② なし	
	医療機関連携加算	1 あり ② なし	
	看取り介護加算	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

	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり ② なし
		(I)ロ	1 あり ② なし
		(II)	1 あり ② なし
		(III)	1 あり ② なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	② 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 ()	
協力医療機関	1	名称	南古谷病院
		住所	川越市久下戸 110
		診療科目	内科、外科、整形外科 他
		協力内容	入居者体調不良時の受診、入院対応
	2	名称	帯津三敬病院
		住所	川越市大字大中居 545
		診療科目	内科、外科、整形外科 他
		協力内容	入居者体調不良時の受診、入院対応
協力歯科医療機関		名称	青山歯科医院
		住所	ふじみ野市中央 1-2-8
		協力内容	入居時並びに定期による訪問健診及び訪問歯科診療

(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 ③ その他 (他居室へ移る場合)
判断基準の内容	常時見守りが必要となった場合等、心身の状況によりホームが指定する居室への住み替えとなる場合がある。
手続きの内容	契約書の変更。
追加的費用の有無	1 あり ② なし

居室利用権の取扱い	移動後の居室へ利用権が移行する。	
前払金償却の調整の有無	1 あり ② なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり ② なし
	便所の変更	1 あり ② なし
	浴室の変更	1 あり ② なし
	洗面所の変更	1 あり ② なし
	台所の変更	1 あり ② なし
	その他の変更	1 あり
	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 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 14 条	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 14 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	1 あり (内容:) ② なし	
入居定員	112 人	
その他		

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
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0

生活相談員	2	2		2.0
直接処遇職員	40	39	1	38.3
介護職員	35	34	1	34.1
看護職員	5	5		4.2
機能訓練指導員	2	2		0.2
計画作成担当者	2	2		2.0
栄養士				
調理員	委託			
事務員	3	3		3.0
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				時間
※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	1	1	
介護福祉士	13	13	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	2	2	

(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	2	2	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			

柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～ 10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	6人	6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 (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※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 ④ 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.9 : 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	

(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		介護福祉士					
				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		3	1	7	3					1	
前年度1年間の退職者数		1		7	3						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	4		6	2					1	
	1年以上 3年未満			5	1	1					
	3年以上 5年未満	1		7		1				1	
	5年以上 10年未満			19							
	10年以上			1							
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	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定し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。
	手続き	あらかじめ入居者及び身元引受人等に通知します。

(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	
	年齢	90歳	歳
居室の状況	床面積	18.26㎡	㎡
	便所	① 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 2 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		108,150円	円
家賃		43,000円	円
共益費		18,800円	円
光熱水費		0円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用		介護保険の自己負担分 円
	介護保険外	食費	46,350円 円
		生活支援費	0円 円
		上乗せ介護費	0円 円
		その他	0円 円

※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用

※ 消費税について、表示金額は総額表示

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	なし
家賃	近隣家賃相場による 月額 43,000円
共益費	光熱水費、人件費、消耗品等による 月額 18,800円
光熱水費	なし

特定施設入居者生活介護の費用	介護報酬告示上の額による
食費	業務委託料による。 1日3食、おやつ付き30日の場合46,350円 (内訳)朝食309円、昼食・おやつ669円、夕食567円
生活支援費	なし
上乗せ介護費	なし
その他	なし

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護保険負担割合による
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乗せサービス)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠		
想定居住期間(償却年月数)		
償却の開始日		
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(初期償却額)		
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

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	42人
	女性	70人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	8人
	75歳以上 85歳未満	29人
	85歳以上	73人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	15人
	要支援2	11人
	要介護1	38人
	要介護2	23人
	要介護3	16人
	要介護4	6人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	21人
	6ヶ月以上 1年未満	14人
	1年以上 5年未満	77人
	5年以上 10年未満	0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	86.1歳
入居者数の合計	112人
入居率※	100%
※ 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	47人
	死亡者	19人
	その他	1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)

窓口の名称		上野台ナーシングホーム
電話番号		049-261-7011
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		なし
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、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5562
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、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30～12:00、13:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日、日曜日、祝日
窓口の名称		埼玉県消費生活支援センター
電話番号		049-247-0888
対応している時間	平日	9:30～16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日、日曜日、祝日、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		ふじみ野市消費生活センター
電話番号		049-263-0110
対応している時間	平日	10:00～12:00、13:00～16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日、日曜日、祝日、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	① あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業総合保険
	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	① あり	(その内容) 緊急時には、救急車を呼ぶなど救急対応した後、速やかに県及び入居者家族に対して連絡をする等必要な措置を講ずる。
	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	随時
		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 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 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 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	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

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 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	1 あり (提携ホーム名:)	

【表示事項】	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 3 該当なし
合致しない事項がある場合の内容	
「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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別を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。

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	別紙による	別紙による
通所リハビリテーション	あり	なし	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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		
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	あり	別紙による	別紙による
<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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添2

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							なし	あり	
	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）			包含*2	都度*2	料金(税込)*3	備考
			なし	あり	なし				
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	料金は別紙参照	
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	○			医療費等については実費負担	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年1回希望者に実施、料金は検査項目による	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			管理費に含む	
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	○			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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。