

( 別 紙 )

別紙様式

重 要 事 項 説 明 書  
令和 5年 7月 1日現在

記入者名	会田 信男	記入年月日	令和5年 7月 1日
		所属・職名	おおぜの郷 管理者

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	法人等の種類	なし	あり	営利法人
	名 称	えいわかぶしきがいしゃ 英和株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒340-0801			
	埼玉県八潮市大字八條50番地			
事業主体の連絡先	電話番号	048-933-2111		
	FAX番号	048-935-9350		
	ホームページアドレス	なし		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	村川麻実		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	平成14年6月14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	
事業所等の名称	おおぜのさと おおぜの郷
事業所等の所在地	〒340-0822
	埼玉県八潮市大字大瀬1658番地1
事業所等の連絡先	電話番号 048-999-0003
	FAX番号 048-999-0004
	ホームページ なし
	アドレス
施設の開設年月日	平成 26年 2月 1日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 会田 信男
	職名 管理者
施設までの主な利用交通手段	
つくばエクスプレス八潮駅南口 京成バス金町駅行 潮止橋南下車 徒歩10分 JR常磐線 金町駅 京成バス八潮駅南口行 潮止橋南下車 徒歩10分	
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム
居住の権利形態	賃貸方式
利用料の支払い方式	月払い方式
入居時の要件	入居時 要介護・要支援・自立
介護保険	介護保険上に準ずる。
介護居室区分	全室個室
一般型特定施設である有 料老人ホームの介護に関 する職員体制	要介護者 3:1 以上
	要支援者 9:1 以上
その他	なし

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者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		
生活相談員		2			2	1
看護職員		1	2		3	2.2
介護職員	13	1	12		26	20.9
機能訓練指導員		1			1	0.2
計画作成担当者		1			1	0.2
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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	3	1	5	
介護職員基礎研修				
訪問介護員 1級				
2級	8	1	6	
3級				
介護支援専門員		1		

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師		1		
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

管理者の他の職務との兼務の有無 なし

管理者が有している当該業務に係る資格等	○なし	あり
---------------------	-----	----

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 3 : 1以上

#### 4. サービスの内容

##### 施設の運営に関する方針

- ・お客様第一に考え、自分らしい暮らし・安心してゆとりある生活を目指して、真心でかなえます。
- ・おおぜの郷では「新しい家族と仲間をお迎えする」ことをテーマに快適に暮らしたいと思う高齢者の方に心の安らぎと温かい生活を提供します。

##### 介護サービスの内容、利用定員等

個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	○あり
※専従の機能訓練指導員が、必要な利用者ごとに目標・実施方法・評価等を含む個別機能訓練計画（特定施設等サービス計画中に記載）に基づき個別機能訓練を行うための管理期間に係る加算		
介護職員処遇改善加算・特定処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無	なし	○あり
※介護職員が特定施設入居者生活介護サービスを行うための加算		
若年性認知症入居者受入加算	なし	○あり
※若年認知症の方やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の方を受け入れ本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する事について評価する加算		
退院・退所時連携加算	なし	○あり
※病院等を退院した方を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価した加算		
口腔衛生管理体制加算	なし	○あり
※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を評価した加算		
サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）の有無	なし	○あり
※入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進		
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	○なし	あり
※看護職員が自宅でのオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図るための加算		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	○なし	あり

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)

追加的費用の有無	○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
-----------	-----	----

台所の有無	○なし	あり
-------	-----	----

その他の変更の有無	○なし	あり
-----------	-----	----

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無	○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
-----------	-----	----

台所の有無	○なし	あり
-------	-----	----

その他の変更の有無	○なし	あり
-----------	-----	----

(その内容)

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		1	1			2
65歳以上75歳未満		1			1	2
75歳以上85歳未満	1	2	4	2		9
85歳以上	5	4	2	5	3	19
	自立	要支援21	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		1				1
85歳以上		1	1			2

入居者の平均年齢 86.1歳

入居者の男女別人数 男性 9人 女性 26人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 83%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	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	2	3	4	1	3	13
死亡者			1		1	2
その他				1		1
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関			1			1
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	8	2	17	8		

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する窓口

窓口の名称	おおぜの郷 苦情受付		
電話番号	048-999-0003		
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	
定休日等	年中無休		

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	埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談専門		
電話番号	048-824-2568		
対応している時間	平日	8:30~17:00	
	土曜	定休	
	日曜・祝日	定休	
定休日等	年末年始		

行政機関その他苦情受付機関

八潮市役所 ふれあい福祉部長寿介護課 048-996-2111 (代) (内443・449)

本人の希望による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

損害賠償責任保険の加入状況			
なし	<input type="radio"/> あり	(その内容) 東京海上日動保険・事業活動包括保険 事業活動補償、財物損害補償(財産・保管物)、傷害補償、人格権侵害補償、	
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	<input type="radio"/> あり	(その内容) 埼玉県福祉部福祉鑑査課介護保険施設指導担当へ報告	

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)  
入居者1人ひとりの状況に合わせた生活を送って頂けるように、入居者様本位のサービスを提供

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	なし      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	なし      あり

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		○なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		○なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
契約事務手数料 0万円			
名称		契約事務手数料	
解約時返還金の算定方法		なし	
保全措置の実施状況			
○なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
○なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	



6. その他

埼玉県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」

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

説明を受け、了承いたしました。

入居者氏名 \_\_\_\_\_

(代理人) 署名 \_\_\_\_\_