

別紙様式1

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	営利法人	
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ はなわしゃかいふくし 株式会社 はなわ社会福祉	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒367-0242	埼玉県本庄市児玉町田端4 2 1 番地 2 5	
	電話番号	0495-72-8908	
事業主体の連絡先	F A X 番号	0495-72-8908	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり： http://www.geosities.jp/hanawashakaifukusil/	
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	清水 由紀子	
事業主体の設立年月日	平成 23 年 8 月 4 日		

事業主体が埼玉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>				
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	はなわデイサービス デイサービスセンター一期一会	児玉郡神川町新田 146-3 本庄市児玉町吉田林 976-4
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	はなわ居宅介護支援	児玉郡神川町新田 146-3
<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	はなわデイサービス デイサービスセンター一期一会	児玉郡神川町新田 146-3 本庄市児玉町吉田林 976-4
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		

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) ゆうりょうろうじんほーむ いちごいちえ 有料老人ホーム 一期一会	
施設の所在地	〒367-0211	埼玉県本庄市児玉町吉田林字山王山976番4
施設の連絡先	電話番号	
	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26年7月1日	
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	井沢 美香
施設までの主な利用交通手段		
<input type="checkbox"/> 上信越新幹線本庄早稲田駅下車 タクシー 20分 <input type="checkbox"/> 関越自動車道 本庄・児玉インターチェンジ 車 18分		
施設の類型及び表示事項	類型: 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態: 利用権方式 利用料の支払方式: 月払方式 入居時の要件: 入居時 自立・要支援・要介護 介護保険: 在宅サービス利用可 居室区分: 全室個室	
介護保険事業所番号		
 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日) 		
 事業の開始(予定)年月日 		
 指定の年月日 		
 指定の更新年月日 		

3. 従業者に関する事項

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	0.1
生活相談員		1			1	0.9
看護職員		1			1	1.0
介護職員	1		3		4	4.0
機能訓練指導員						0
計画作成担当者						0
栄養士						0
調理員						0
事務員			1		1	0.5
その他従業者						0

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間

※ 栄養士及び調理員は、食事業務を外部委託しているため配置をしておりません。

※ 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				
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
訪問介護員2級	1		3	
訪問介護員3級				
介護支援専門員				

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				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 (PM17:00時～翌AM9:00時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	1

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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
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						
※ 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						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級						
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
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						
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					あり	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	資格等の名称			
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						

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし		あり

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
個々の残存機能や能力に応じた生活支援や日常生活での生活及び介護支援 個々のプライバシーの保護 個別の心身の状況に合わせた支援及びケアサービスの提供			
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	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
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	・堀川病院（内科、消化器科、外科、整形外科、形成外科、 肛門科、放射線科、リハビリテーション科） ・関口外科医院（外科、内科、小児科）		
（協力の内容） ・利用者の発病及び診療治療の必要が生じた時にその解決のため協力する。			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 西川歯科医院
（協力の内容） ・口腔衛生の管理、助言			
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
ー非該当ー			

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) 非該当		
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) 非該当		
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
従前居室どの仕様の変更		
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)		
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
従前居室どの仕様の変更		
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)		

その他 ()	なし	あり
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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項	60歳以上の自立、要支援及び要介護者を対象とします。	
契約の解除の内容	契約書28条のとおり	
体験入居の内容	無料(1日を限度とする)	
入居定員	30名	
その他		

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						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
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

入居者の男女別人数

男性

女性

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

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						
医療機関						
死亡者						
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						

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				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	30		14.49 m ²			
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²			
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²			
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²			
	一時介護室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²			
	共用便所の設置数	6		うち男女別の対応が可能な数					
			うち車いす等の対応が可能な数		2				
個室の便所の設置数			個室における便所の設置割合		0				
			うち車いす等の対応が可能な数		0				
浴室の設備状況	浴室の数	2		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴		
				1	0	0	1		
その他、浴室の設備に関する事項 <input type="checkbox"/> バリアフリー、 <input type="checkbox"/> 手摺等設置									
食堂の設備状況									
入居者等が調理を行う設備状況				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
その他、共用施設の設備状況									
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) <input type="checkbox"/> 娯楽室、 <input type="checkbox"/> 洗濯室							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) <input type="checkbox"/> 手摺の設置・ <input type="checkbox"/> 段差解消									
緊急通報装置の設置状況			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 全居室内にあり				
外線電話回線の設置状況			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 全居室内にあり				
テレビ回線の設置状況			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 全居室内にあり				
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		2,112.00 m ²							
事業所を運営する法人が所有			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> あり				
抵当権の設定					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
貸借(借地)									
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	平成25年8月1日	終	平成65年7月31日			
			契約の自動更新		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		
施設の建物に関する事項									
建物の構造		<input type="checkbox"/> 木造平屋建て							
建物の延床面積		902.83 m ²							
事業所を運営する法人が所有			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> あり				
抵当権の設定					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
貸借(借家)									
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始			終			
			契約の自動更新		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		

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	お客様係		
電話番号	0495-77-3522		
対応している時間	平日	AM9:00~PM 5:00	
	土曜	同上	
	日曜・祝日	同上	
定休日等	無し		
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		
電話番号	048-830-3254		
対応している時間	平日	AM 8:30~PM 5:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険	
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事			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故発生の際は、県福祉部高齢介護課に報告後、指示を仰ぐ	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 入居者個々にきめ細やかな対応 自宅にいる時と同じ様な生活支援体制			
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="checkbox"/> 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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

5. 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	105,000 円 (家賃の 3ヶ月分)		
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
※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		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
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						
要介護状態に応じた金額設定						
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	高熱水費	管理費
全室一律	95,500	35,000	—	42,000	5,000	13,500
※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 35,000円	近隣賃貸住宅家賃を参考に設定				
	食費 42,000円	1ヶ月(30日として) (1,400円/日) 朝食=350円、昼食+おやつ=450円、夕食=600円				
	管理費 13,500円	状況把握・生活相談・調理・洗濯・清掃等の家事サービスに係る人件費 (直接サービス担当者 135,000円 × 3.5名 ÷ 30名 = 15,750円)				
	光熱水費 5,000円	居室及び共用部を含む (電気基本料 780円 + 平均使用量 2,220円) (水道基本料 440円 + 平均使用量 1,560円)				
一時金方式・月払い方式共通						
介護保険サービスの自己負担額						
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。					
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)				なし		あり
内容						
利用料	円(月額・日額)					
算定根拠						
支払い方法	月単位(日割り計算の有無 あり・なし)					
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	サービス一覧表のとおり					
料金改定の手続						
入居契約書第27条に基づく						

6. 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。

