

重要事項説明書

記入者名	亀山利久	記入年月日	平成26年6月5日
		所属・職名	代表取締役

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)かぶしきかいしゃ かめやましや 株式会社 亀山社
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒367-0053	埼玉県本庄市中央1-6-10
事業主体の連絡 先	電話番号	0495-71-4665
	FAX番号	0495-71-4667
	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	代表取締役
	氏名	亀山利久
事業主体の設立年月日	平成16年2月19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	ほのぼの館	本庄市児玉町児玉
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		
<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	ほのぼの館	本庄市児玉町児玉
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		

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ はなはな 住宅型有料老人ホーム はなはな	
施設の所在地	〒367-0212	埼玉県本庄市児玉町児玉2445-1
施設の連絡先	電話番号	0495-71-4665
	FAX番号	0495-71-4667
	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27年1月10日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者
	氏名	亀山利久
施設までの主な利用交通手段		
車、電車(JR 八高線 児玉駅から200m、徒歩5分)		
施設の類型及び表示事項	<施設の類型> 住宅型有料老人ホーム <表示事項> ○居住の権利形態: 利用権方式 ○利用料の支払い方式: 月払い方式 ○入居時の要件: 入居時自立・要支援・要介護 ○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) ○居室区分: 全室個室(一般居室)	

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	1
生活相談員						
看護職員	1				1	1
介護職員			5		5	3
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
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 37.5

※ 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			5	
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 (18時～8時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員 1	1	
介護職員 5	2	1

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			
一人一人の高齢者に対し、優しく、丁寧に接し、心地よい生活環境を作る。			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/>	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	鈴木外科病院		
(協力の内容)			
訪問診療、定期診療、緊急時診療、入院			
協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	その名称
			パールデンタル歯科
(協力の内容)			
歯科診療、入れ歯作成			
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			
個々の居室			

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)		

その他(他の居室へ移る場合)	なし	あり
----------------	----	----

判断基準・手続について

入居者に対し、より適切なサービスを提供するため、必要と判断する場合には、次に掲げる手順を経て他の居室に移動して頂く場合があります。

- ① 事業者の指定する医師の意見を聴取する
- ② 入居者及びその家族の意見を聴取する
- ③ 居室の住み替えにより入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、次に手続気を書面で行うものとする
 - a 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける
 - b 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。
 - c 入居者の同意を得る。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合にあっては、身元引受人等の同意を得る。

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)

従前の居室利用権が変更後の居室に移転します

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)

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 概ね 65 歳以上の方

契約の解除の内容

(事業者からの契約解除)

- 1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。
 - 一 入居申し込みに虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき
 - 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき
 - 三 第 19 条の規定に違反したとき
 - 四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき
- 2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。
 - 一 契約解除の通告について 90 日の催告期間をおく

- 二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける
 - 三 解除勧告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。
 - 3 本条1項第四によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。
 - 一 医師の意見を聴く
 - 二 一定の観察期間をおく
- (入居者からの解約)
- 1 入居者は、事業者に対して30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。
 - 2 入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとします。

体験入居の内容	2泊3日まで 4500円/日
入居定員	15人
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	15		14.49㎡
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			㎡
						㎡
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			㎡
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			㎡
						㎡
	一時介護室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			㎡
共用便所の設置数	5	うち男女別の対応が可能な数			5	
		うち車いす等の対応が可能な数			4	
個室の便所の設置数	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				
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	テーブル、いす					
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) 職員室、健康管理室、談話室				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全館バリアフリー						
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	995.42㎡					
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27年1月	終	平成57年1月
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	木造平屋建て					
建物の延床面積	401.62㎡					
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	苦情相談受付	
電話番号	0495-71-4665	
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	9時～17時
	日曜・祝日	9時～17時
定休日等	年末12月30日～年始1月4日	

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	8:30分～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等	土曜・日曜・祝日・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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
-----------------------------	-----------------------------	--------

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

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
-----------------------------	-----------------------------	--------

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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

第三者による評価の実施状況

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	84,000 円 (家賃の 2 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	建設費、減価償却費、借入金利子等をベースに近傍類以の家賃を参考として算定。	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 人件費、消耗品費等をベースに算定。	
	食費	複数の業者からの見積金額及び配膳下膳に係る人件費等をベースに算定。	
	光熱水費	管理費に含む	
	管理費	施設運営の為の人件費、事務費、消耗品費及び維持管理費として算定。	
	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	なし					
要介護状態に応じた金額設定	なし					
料金プラン						
プラン名称	月額	104,000 (内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
		42000		42000		20000
※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	建設費、減価償却費、借入金利子等をベースに近傍類似の家賃を参考として算定。
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 人件費、消耗品費等をベースに算定。
	食費	複数の業者からの見積金額及び配膳下膳に係る人件費等をベースに算定。
	光熱水費	管理費に含まれる
	管理費	施設運営のための人件費、事務費、消耗品費及び維持管理費として算定。

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	サービス提供のための人件費及び物件費等を勘案して設定。		

料金改定の手続

施設が所在する地方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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 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。