

重要事項説明書

		記入年月日	平成27年7月1日
記入者名	林 健次	所属・職名	イリーゼ川口宮町・ホーム長

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) はせがわかいごさーびすかぶしきがいしや 長谷川介護サービス株式会社	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒170-6057	東京都豊島区東池袋 3-1-1 サンシャイン 60 57 階	
	電話番号	03-5956-3929	
事業主体の連絡先	FAX番号	03-5391-3721	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://www.irs.jp	
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	長谷川 芳博	
事業主体の設立年月日	平成 18 年 11 月 1 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	イリーゼ新座 訪問介護セン ター (他3か所)	新座市栗原 1-14-23
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	イリーゼ川口 デイサービス センター (他2ヶ所)	川口市石神 1573-10
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	イリーゼ川口 ショートステ イ	川口市石神 1573-10
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	イリーゼふじ みの (他8ヶ所)	富士見市羽沢 3-14-15
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	イリーゼ浦和さ いど小規模多機 能型居宅介護事 業所	さいたま市緑区道祖 土 2-12-15
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	イリーゼグルー プホーム浦和さ いど	さいたま市緑区道祖 土 2-12-15
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	イリーゼ新座 居宅介護支援 事業所 (他3ヶ所)	新座市栗原 1-14-23
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	イリーゼ新座 訪問介護セン ター (他3か所)	新座市栗原 1-14-23
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ川口 デイサービス センター (他2ヶ所)	川口市石神 1573-10
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ川口 ショートステイ	川口市石神 1573-10
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼふじ みの (他8ヶ所)	富士見市羽沢 3-14-15
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼ浦和さ いど小規模多機 能型居宅介護事 業所	さいたま市緑区道祖 土 2-12-15
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	イリーゼグルー プホーム浦和さ いど	さいたま市緑区道祖 土 2-12-15
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

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) いりーぜかわぐちみやちょう イリーゼ川口宮町
施設の所在地	〒332-0028
	埼玉県川口市宮町16-12
施設の連絡先	電話番号 048-240-6151
	FAX番号 048-240-6152
	ホームページ なし
	アドレス <input checked="" type="checkbox"/> : http://www.irs.jp
施設の開設年月日	平成26年4月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名 ホーム長
	氏名 林 健次
施設までの主な利用交通手段	
JR「川口駅」徒歩約21分(約1.8km)	
施設の類型及び表示事項	<ul style="list-style-type: none"> ○類型：介護付有料老人ホーム ○居住の権利形態：利用権方式 ○利用料の支払い方式：月払い方式 ○入居時の要件：自立・要支援・要介護 ○介護保険：(介護予防) 特定施設入居者生活介護 ○居室区分：介護居室(全室個室) ○介護にかかわる職員体制：2.5:1以上
介護保険事業所番号	1170206211
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	平成26年4月1日
指定の年月日	平成26年4月1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	1
生活相談員	1				1	1
看護職員	1		3	1	5	2.5
介護職員	10		11		21	17.9
機能訓練指導員				1	1	0.2
計画作成担当者	1				1	1
栄養士	(委託)				(委託)	(委託)
調理員	(委託)		(委託)		(委託)	(委託)
事務員						
その他従業者	1				1	1

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 39時間 35分

※ 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	2		1	
介護職員基礎研修	5			
訪問介護員1級			1	
訪問介護員2級	2		9	
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 (20時 ～ 翌7時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	—	—
介護職員	2名	2名

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	1				1	1
看護職員	1		3	1	5	2.5
介護職員	10		11		21	17.9
機能訓練指導員				1	1	0.2
計画作成担当者	1				1	1
その他従業者	1				1	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						39時間 35分
※ 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	2		1			
介護職員基礎研修	5					
訪問介護員1級			1			
訪問介護員2級	2		9			
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						
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	資格等の名称 介護福祉士			
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					2.5 : 1 (以上)	

従業員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		4	11	19	1	
前年度1年間の退職者数		2	5	8		
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数			3	7		
1年以上3年未満の者の人数			1	3	1	
3年以上5年未満の者の人数		1	3	3		
5年以上10年未満の者の人数			3	4		
10年以上の者の人数		3	1	2		
	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
前年度1年間の採用者数		1	1			
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		1	1			
従業員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			
① ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティあふれる企業を目指す事。 ② 地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献する事。 ③ お客様第一主義を念頭に、お客様の要求を満たす事。			
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	医療法人社団裕人会 前川クリニック		
（協力の内容） 訪問診療（月2回）、緊急時対応（24時間対応可能）、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力医療機関	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	医療法人社団協友会 東川口病院
（協力の内容） 外来受診（時間外含む）、入院治療、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	医療法人社団裕人会 前川クリニック
（協力の内容） 訪問歯科診療、他の医療機関紹介、口腔ケア指導等（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
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			
各居室（全室介護居室）			

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)

全室介護居室のため該当なし

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)

全室介護居室のため該当なし

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(住み替えあり)		なし	あり
判断基準・手続について			
(その内容) 適切なサービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更していただくことがあります。 入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。			
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) 利用権は旧居室から新居室へ移る			
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)			
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 歳以上で自立・要支援・要介護の方		
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・入居者の行動が他の入居者又は従業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ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ない時		
体験入居の内容	7泊8日以内の日程で体験入居が出来ます。 1泊2日 10,800円(税込)		
入居定員	53名		
その他	月払い利用料の計算起算日から三月以内において、契約終了となった場合、受領済みの月額利用料の金額から次にあげる費用を控除した残額を居室の明け渡しを受けた日の翌々月末に返還します。 ① 日割計算に基づく契約書第23条から第25条に定める費用 ② 契約書第30条に定める原状回復費用		

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	4	4	1	2	1	12
85歳以上	9	5	10	4	1	29
	自立	要支援1	要支援2	申請・区分変更中		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		2	1			3
85歳以上		4	1			5
入居者の平均年齢	86.7 歳					
入居者の男女別人数	男性	11		女性	38	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						92.4%

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		2	3	2	1	8
その他	1			2	2	5
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等		1				1
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他			1			1

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	10	18	21			

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	53		18.00 m ²			
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
	介護居室個室	あり	なし			m ²			
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²			
	一時介護室	あり	なし			m ²			
共用便所の設置数	4		うち男女別の対応が可能な数			0			
			うち車いす等の対応が可能な数			4			
個室の便所の設置数	53		個室における便所の設置割合			100%			
			うち車いす等の対応が可能な数			53			
浴室の設備状況	浴室の数 4		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴			
			1	1	1	0			
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況	162.37 m ² (機能回復訓練室兼用)								
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 健康管理室、洗濯室、リビング、多目的室、ロビー、駐車場					
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 廊下、居室、共用施設に手摺り設置。車椅子での移動可能。									
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		1,066.65 m ²							
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	終			
				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		鉄筋コンクリート造 4階建て							
建物の延床面積		2,077.76 m ²							
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26年3月19日	終	平成56年3月18日	
				契約の自動更新		なし		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	長谷川介護サービス株式会社	
電話番号	03-5956-3929 (代表)	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00 (施設にて対応)
	日曜・祝日	9:00~18:00 (施設にて対応)
定休日等	なし	

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	川口市介護保険課	
電話番号	048-258-1110 (代表)	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日等	土曜日・日曜日・祝日	

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	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日等	土曜日・日曜日・祝日	

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) 東京海上日動火災株式会社 対人対物：1億円
----	--	---------------------------------

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) 入居契約書に準じます
----	--	----------------------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)
お一人おひとりの個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場を考え、されたい介護で対応させて頂いております。

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

なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日	26年11月23日	
		当該結果の開示状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
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	光熱水費	管理費
	182,000	74,000		54,000		54,000
※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	74,000円 地代家賃、建築費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近隣家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。				
	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	1日：1,800円×30日 食材費、人件費、設備備品を含む。 ※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として、翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。				
	光熱水費	管理費に含むため不要。				
	管理費	54,000円[税込] 事務部門の人件費、事務費、共有施設等の維持管理費。				
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	※要介護度に応じた介護費用の自己負担割合を徴収する。					
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	別添1「介護サービス等の一覧表」の通り <ul style="list-style-type: none"> 協力医療機関以外の病院付添い（540円/10分） 指定範囲を超える買物代行（540円/10分） その他：個別対応サービス（540円/10分） 排泄用品廃棄料（使用量に係らず一律1,080円/月） 介護用品・消耗品等は実費 要介護度別料金体系 別添2参照 					
料金改定の手続						
運営懇談会の意見を聴き、同意を得て行う。						

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：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「料金表」

※ _____ 印

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____ 印

※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。

○

○

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備 考
介護サービス	なし あり あり あり あり あり あり あり	なし あり あり あり あり あり あり あり	なし あり あり あり あり あり あり あり	おむつ代は実費 (別添資料参照) 週3回目からお客様の希望により10分540円 週3回目からお客様の希望により10分540円 お客様の希望により10分540円
居宅サービス	なし あり あり あり あり あり あり あり	なし あり あり あり あり あり あり あり	なし あり あり あり あり あり あり あり	週3回目からお客様の希望により1回540円 週2回目からお客様の希望により1回540円 週3回目からお客様の希望により1回540円 体調不良時は無料、その他お客様の希望により1回540円 応相談 体調不良時以外の居室配膳時は1回540円 指定日での対応、実費負担 指定日での対応、実費負担 お客様の希望により10分540円 お客様の希望により10分540円 金銭のお預かりはしない
健康管理サービス	なし あり あり あり あり	なし あり あり あり あり	なし あり あり あり あり	年2回実施、実費負担
入退院時・入院中のサービス	なし あり あり あり あり	なし あり あり あり あり	なし あり あり あり あり	協力医療機関は無料、その他お客様の希望により10分540円 お客様の希望により10分540円 お客様の希望により10分540円

Q.

Q.