

重要事項説明書

		記入年月日	平成 27 年 4 月 20 日
記入者名	細渕 修	所属・職名	株式会社アイリスケアセンター・代表

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 あいりすけあせんたー 株式会社 アイリスケアセンター	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒349-1124	埼玉県久喜市佐間 787-5	
事業主体の連絡先	電話番号	0480-53-0111	
	FAX番号	0480-53-0112	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://www3.ocn.ne.jp/~proud1/	
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	細渕 修	
事業主体の設立年月日	平成 19 年 6 月 21 日	指定	平成 19 年 10 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	アイリスアセンター	久喜市佐間 787-5
訪問入浴介護	あり	なし	アイリスアセンター	久喜市佐間 787-5
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	アイリスアセンター	久喜市佐間 787-5
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	アイリスアセンター	久喜市佐間 787-5
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	アイリスアセンター	久喜市佐間 787-5
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	アイリスアセンター	久喜市佐間 787-5
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) ゆうりょうろうじんほーむぷらうどびら栗橋 有料老人ホームプラウドビラ栗橋	
施設の所在地	〒349-1124	埼玉県久喜市佐間 787-5
施設の連絡先	電話番号	0480-53-0111
	FAX番号	0480-53-0112
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://www3.ocn.ne.jp/~proudl/
施設の開設年月日		平成 22 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	大山 充互
施設までの主な利用交通手段		
JR 及び東武日光線栗橋駅から徒歩 20 分		
施設の類型及び表示事項	類似・住宅型有料老人ホーム <表示事項> <input type="checkbox"/> 居宅の権利形態 : 利用権式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式 : 一時金方式 <input type="checkbox"/> 入居時の要件 : 入居時要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険 : 在宅サービス利用可 <input type="checkbox"/> 居室区分 : 全室個室	
介護保険事業所番号	訪問介護 1170203721 通所介護 1170900763	
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 22 年 7 月 1 日	
指定の年月日	平成 22 年 7 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				1	1
介護職員	2			6		3.5
機能訓練指導員		1			1	0.25
調理員		3				2
事務員	1					0.75
その他従業者		1				0.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			40時間			
<p>※ 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。</p>						
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					
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級	2	3			2	
訪問介護員3級						
介護支援専門員	2					
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 (17時～8時30分)		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					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		
3年以上5年未満の者の人数			1		1	
5年以上10年未満の者の人数				3		
10年以上の者の人数	1		1			
	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						
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					
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			
<p>本事業は入居者様の意思・人格を尊重し常に入居者様の立場に立ったサービスを提供します。 またスタッフは、入居者様が快適に生活できるよう業務に励み、お一人お一人に合った日常生活の提供をサポート致します。 業務上知り得た個人・家族の情報については一切漏洩致しません。 地方の方々とも深い交流の輪を広げ、楽しく豊かな毎日が過ごせるように一同努力に励みます。</p>			
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 checked="" type="checkbox"/>	なし
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし
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	東鷲宮病院		
<p>（協力の内容） 往診の為、月2回来所、健康診断、日常の健康相談等。</p>			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし
		<input checked="" type="checkbox"/>	あり
		その名称 野村歯科医院	
<p>（協力の内容） 診療、必要に応じて常時対処していただけるようになっております。</p>			
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			
<p>一般居室にてサービス事業者による介護を受けられます。 また本人の心身の状況に合った施設への入居を積極的に配慮して手続きを進めます。</p>			

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)		
ケアマネージャーの指示及び医師の指導により決定。		
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 ()	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	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として満 60 歳以上の方 ・入居者の身元引受人を原則 1 名定めて頂きます。 身元引受人を立てない場合には、入所をお断りする事がございます。 【身元引受人当の条件・義務】 ・入居者の身元引受人(1名)は、法定相続人が就任するものとしますが、法定相続人がいない場合は事業者の承諾を得て他の方が就任することが出来ます。 ・入居契約に基づく入居者の事業者に対する債務については、入居者と連帯して履行の責を負うこととなります。 ・管理運営規定に定めるところに従い、事業者と協議し、必要な時には入居者の身柄を引き取るものと致します。 ・入居者が介護状態にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状態を定期的にご連絡させていただきます。 ・入居契約が解除された場合、入居者を引き取ることとなります。 また入居者が亡くなられた場合には、遺体及び遺留品を引き取るものと致します。 	
契約の解除の内容	<p>入居利用契約書(契約の終了)により何らかの理由により、30 日前に乙または家族・身元引受人が契約解除の申し入れを行う事により、本契約を解除・終了することが出来ます。</p> <p>入居利用契約書(事業者からの契約解除)より</p> <p>(1)甲は乙が次の各号の 1 に該当し、かつその事がこの契約における甲・乙間の信頼関係を著しく害するものである時は、乙に対して、2 か月間の予告期間を置いて、この契約の解除を通知することが出来るものとします。</p> <p>一、他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがある時</p>	

	<p>二、家賃・管理費及びその費用等の支払いを怠って、その滞納額が39万に達した時</p> <p>三、甲の了承を得ないで、第三者の同居及び居室の造作、模様替え等の行為を行った場合</p> <p>四、第36条に規定する通知(身元引受人の変更に関する通知)を怠った時</p> <p>五、建物または付帯設備を故意または重大な過失により、破損、破壊、滅失した時</p> <p>六、その他この条項に違反したとき</p> <p>(2)乙は前項の規定により甲が契約の解除を通知した場合は、その予告期間経過後延滞なくその居室を明け渡さなければならない。</p>
体験入居の内容	1泊3食付 7,350円
入居定員	16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	1					1
75歳以上85歳未満				2		2
85歳以上	3	3	4		1	11
	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		1	1			2
入居者の平均年齢	86.75					
入居者の男女別人数	男性	5		女性	11	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						94.1%
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	1	2	13			

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	16	19.87 m ²
	一般居室相部屋	あり	なし		m ²
					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
					m ²
共用便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数			2
		うち車いす等の対応が可能な数			1
個室の便所の設置数	全居室	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			16
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		4			
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況	食堂 28 m ² ダイニングテーブル・椅子・洗面台が設置されております。				
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) リネン室・足湯(温泉)		
バリアフリーの対応状況					
(その内容) 車椅子対応全室					
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	2145 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	木造				
建物の延床面積	727.07 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	終
			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	株式会社 アイリスケアセンター		
電話番号	0480-53-0111		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日		
定休日等	土曜日・日曜日		
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	埼玉県高齢者福祉課		
電話番号	048-830-3254		
対応している時間	平日	8:00~17:00	
	土曜	8:00~17:00	
	日曜・祝日		
定休日等	日曜日・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			
なし	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こと			
なし	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)			
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアスタッフを24時間体制で配置し全室ナースコール完備し対応します。 ・静かで広々とした居住空間を確保、各人の趣味を奨励し、生きがいを持って日々安心して暮らせる潤いのある環境を創出します。 ・豊富な献立による食事を提供します。 ・常に清潔に保ち快適な気分で過ごせるようにします。 ・入浴は天然温泉を使用し、機能回復運動の一環とします。 			
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	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			
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	390,000 円		
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	1日3食 おやつ1回	
	光熱水費	5,000 円	
	管理費	20,000 円	
	一時金	なし	
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	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	別紙参照。					
料金改定の手続						

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	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		
<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) ① 定例運営懇談会を原則年2回開催して下さい。	

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。