

(別 紙)

別紙様式

住宅型有料老人ホーム 重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|------------|
| 記入者名 | 木村 高仁 | 記入年月日 | 平成27年1月1日 |
| | | 所属・職名 | 有限会社 仁・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 | 法人等の種類 | 有限会社 |
| | 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃ じん 有限会社 仁 |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒341-0003 | 埼玉県三郷市彦成2丁目336番地 |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 048-950-2282 |
| | FAX番号 | 048-950-2283 |
| | ホームページアドレス | http://www.miyako-group.jp |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 木村 高仁 |
| | 職名 | 取締役 |
| 事業主体の設立年月日 | 平成18年4月24日 | |
| 事業主体が当該都道府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 |
| ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護・介護予防訪問介護 ・訪問看護・介護予防訪問看護 ・通所介護・介護予防通所介護 | 有限会社 仁 | 埼玉県三郷市彦成2丁目336番地 |

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 | (ふりがな) なんびょうけあはうすじん 難病ケアハウス仁 | |
| 事業所等の所在地 | 〒341-0003 | 埼玉県三郷市彦成2丁目336番地 |
| 事業所等の連絡先 | 電話番号 | 048-950-2282 |
| | FAX番号 | 048-950-2283 |
| | ホームページアドレス | http://www.miyako-group.jp |
| 施設の開設年月日 | 平成18年7月1日 | |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 木村 高仁 |
| | 職名 | 取締役 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 武蔵野線 新三郷駅で下車 三07新三郷北循環 行きのバスにのり 小学校前 (彦郷小) にて下車 それより徒歩1分 | | |

| | |
|-------------|---|
| 施設の類型及び表示事項 | 《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：どなたでも入居可 ○介護保険：在宅サービス利用可 ○居室区分：個室9室・2人部屋4室・3人部屋2室・4人部屋1室 ○その他： |
|-------------|---|

3. 従業員に関する事項（平成27年 1月 1日現在）

| 職種別の従業員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 | 0.5 |
| 介護支援専門員 | | 1 | | | 1 | 0.2 |
| 介護職員 | | | | | | |
| レク部門 生活相談員 | | 1 | | | 1 | 0.3 |
| 事務員 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 清掃職員 | | | 4 | | 4 | 2 |
| 厨房職員 | | | 4 | | 4 | 2 |
| 生活サービス職員 | | 1 | | | 1 | 0.5 |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 40時間 | | | | | | |
| ※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数 | | | | | | |
| 夜勤を行う職員の人数 | | 最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数） | | | 0 | |
| | | | | | 0 | |

4. サービスの内容

| | |
|--|--------------------|
| 施設の運営に関する方針 | |
| 家庭的な雰囲気づくり・確かなサービスをモットーに入居者が楽しく生活できる施設運営を目標としています。 | |
| サービスの内容、協力医療機関 | |
| 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 | 駒クリニック立石 |
| (協力の内容) | |
| 週1回の往診・点滴の指示・薬の処方・検査・入院 | |
| 協力歯科医療機関 | 提携等の有無 有 その名称 深井歯科 |
| (協力の内容) | |
| 入居者さんの歯科に関するケア | |

| | |
|------------|-----------------------|
| 入居対象 | 対象・非対象の別 |
| 自立している者を対象 | 対象 |
| 要支援の者を対象 | 対象 |
| 要介護の者を対象 | 対象 |
| 留意事項 | |
| 契約の解除の内容 | 永眠か、家族の希望により他施設に移動の場合 |
| 体験入居の内容 | ご希望の方は事務所までご連絡ください。 |
| 入居定員 | 27人 |
| その他 | |

5. 住み替えに関する事項

| | |
|------------------|------------------------------------|
| 入居後に居室等を住み替える場合 | |
| 一時介護室へ移る場合 | |
| 判断基準・手続について | |
| (その内容) | 病状が重くなり、その居室でのケアが困難と判断した場合 |
| 追加的費用の有無 | 有 |
| 居室利用権の取扱い | |
| (その内容) | 但し、こちら側の理由により移動された場合は、追加料金は発生しません。 |
| 入居一時金償却の調整の有無 | 有 |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | 有 |
| 従前居室との仕様の変更 | |
| 便所の変更の有無 | なし |
| 浴室の変更の有無 | なし |
| 洗面所の変更の有無 | なし |
| 台所の有無 | なし |
| その他の変更の有無 | |
| (その内容) | |
| 他の居室へ移る場合 | |
| 判断基準・手続について | |
| (その内容) | 病状が重くなり、その居室でのケアが困難と判断した場合 |
| 追加的費用の有無 | 有 |
| 居室利用権の取扱い | |
| (その内容) | 但し、こちら側の理由により移動された場合は、追加料金は発生しません。 |
| 入居一時金償却の調整の有無 | 有 |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | 有 |
| 従前居室との仕様の変更 | |
| 便所の変更の有無 | 無 |
| 浴室の変更の有無 | 無 |
| 洗面所の変更の有無 | 16 部屋のうち 1 部屋あり |
| 台所の有無 | 無 |
| その他の変更の有無 | 無 |
| (その内容) | |
| 他の施設に移る場合の条件等 | |

6. 入居者の状況（平成26年 7月 1日現在）

| 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 | | | | | 4 | 4 |
| 65歳以上75歳未満 | | 1 | | | 9 | 10 |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| 85歳以上 | | | | 2 | 3 | 5 |
| | 自立 | 要支援1 | 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 | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | |
| 入居者の平均年齢 | 74 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 14 | | 女性 | 12 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | | | 96% |
| 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 | | | | | 8 | 8 |
| その他 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 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 | 3 | 4 | 13 | 6 | | |

7. 施設設備の状況

| 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 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | |
| 居室の状況 | 区 分 | 有・無 | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 |
| | 一般居室個室 | あり | 9 | | 13.01㎡~16.24 |
| | 一般居室夫婦部屋 | なし | | | ㎡ |
| | 一般居室相部屋 | あり | 4 | 2 | 13.63㎡~17.86 |
| | | | 2 | 3 | 23.88㎡~27.26 |
| | | | 1 | 4 | 27.12㎡ |
| 一時介護室 | なし | | | ㎡ | |
| 共用便所の設置数 | うち男女別の対応が可能な数 | | | なし | |
| | うち車椅子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 | | | なし | |
| | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | なし | |
| 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 手すり、スロープ、ナースコール | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 3F 11席 | 1F 11席 | | | |
| 厨房の有無 | | | | あり | |
| 入居者が調理できるキッチン等の有無 | | | | なし | |
| その他、共用施設の有無 | | | | | |
| (その内容) 受付・駐車場・食堂・シアタールーム・機能訓練室 | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | |
| (その内容) 廊下・トイレに手すり設置。エレベーターあり。車いすでの移動可能 | | | | | |
| 緊急通報装置(ナースコール)の設置状況 | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | |
| 敷地の面積 | | | | 700.02㎡ | |
| 事業所を運営する法人所有の有無 | | | | なし | |
| 抵当権の設定の有無 | | | | あり | |
| 貸借(借地) | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | |
| 契約の自動更新の有無 | | | | | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | | 858.82㎡ | |
| 事業所を運営する法人所有の有無 | | | | なし | |
| 抵当権の設定の有無 | | | | あり | |
| 貸借(借家) | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | |
| 契約の自動更新の有無 | | | | | |

8. 苦情窓口及び賠償等

| | | | |
|---|----------------------------------|--|------------|
| 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 | 苦情受付窓口 | | |
| 電話番号 | 048-950-2282 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 | |
| | 土曜 | 休み | |
| | 日曜・祝日 | 休み | |
| 定休日等 | 土日祝祭日 12月29日~1月3日 休み | | |
| 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 | 三郷市地域包括支援センター | | |
| 電話番号 | 048-953-7882 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 | |
| | 土曜 | 休み | |
| | 日曜・祝日 | 休み | |
| 定休日等 | 土日祝祭日 12月29日~1月3日 休み | | |
| 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="radio"/> | (その内容) 三井住友海上の損害賠償責任保険に加入。サービス提供上の事故により入居者の生命、身体に損害が発生した場合、不可抗力の場合を除き賠償されます。 | |
| その他、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 checked="" type="radio"/> | (その内容) 三郷市高齢者福祉課に事故報告し、必要な指導を受け適切に対応します。 | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) 家族的なサービスを提供し、もともとの住まいと同様な生活環境づくりに努めます。 | | | |
| 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 | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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"/> | <input type="radio"/> | 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 |

9. 利用料金

| | | | | |
|--|----------------|----------------|-----------------|--------|
| 年齢により入居金の料金が異なる場合の有無 | | 無 | | |
| 入居金に関する費用 | | | | |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 入居の場合 | | 0円 | 0円 | 0円 27戸 |
| 償却開始 | 入居をした月の償却開始の有無 | 無 | | |
| | 上記以外 | (その内容) | | |
| 初期償却率 (%) | | | | |
| 償却年月数 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | |
| 保全措置の有無及びその内容 | | 無 | (その内容) | |
| ②利用者の選択によるサービス利用料の有無 | | 有 | | |
| 「有」の場合、その内容及び利用料 有料介護サービス 訪問介護 1時間4.000円 生活援助 1時間2.000円 入院付添費用 30分1.500円 30分2.500円 (看護師の場合) | | | | |
| 一時金に対する留意事項等の有無 | | | | |
| 無 | | (「あり」の場合、その内容) | | |
| 月額の利用料 | | | | 円 |
| 共益費の有無 | | 有 | 23.000円 | |
| (「あり」の場合、その用途) ガス・水道・電気・クリーニング・修繕費 | | | | |
| 食費の有無 | | 有 | 27.000円~29.000円 | |
| (「あり」の場合、その内容) 食材費・人件費 通常食・キザミ食 27.000円 トロミ食 29.000円 | | | | |
| 雑用費の有無 | | 有 | 15.000円~25.000円 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料の有無 | | | | |
| 個別的な選択による介護サービス | | 有 | | |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) 有料介護サービス 訪問介護 1時間4.000円 生活援助 1時間2.000円 入院付添費用 30分1.500円 30分2.500円 (看護師の場合) | | | | |
| 家賃相当額の有無 | | 有 | 30,000~65,000円 | |
| その他に必要な月額利用料の有無 | | 有 | | |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) 在宅酸素使用者 5.000円~10.000円 人工呼吸器用外部バッテリー2.000円 じょく創予防マット2.200円 | | | | |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | | | | なし |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | | |

10. 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の有無 | | | |
| (その内容) | | | |
| 近隣で指定されている介護保険事業者の内容 | | | |
| 介護サービスの種類 | 事業所名 | 所在地 | 電話番号 |
| | | | |
| 関係する許認可等の窓口 | | | |
| 許認可等の内容 | 関係機関名 | 所在地 | 電話番号 |
| 建築確認 | 越谷建築安全センター | 〒343-0813 埼玉県越谷市越ヶ谷4丁目2番82号 | 048-964-5260 |
| 消防設備・防災計画 | 三郷市消防本部 予防課予防係 | 〒341-0026 埼玉県三郷市幸房1155 | 048-952-1211 |
| 有料老人ホームの届出 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 施設指導担当 | 〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 | 048-830-3254 |

添付書類：「サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。

埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項

- 居室はすべて個室
- 居室における一人当たりの有効面積は、介護居室に準じ、13.2㎡以上
- 居室のある区域の廊下幅は、手すりの間の有効幅で中廊下 2.7m以上（片廊下 1.8m以上）

別 添

サ ー ビ ス 一 覧 表

施設名 (難病ケアハウス仁)

| 介護サービス | 介護保険・医療保険に て実施するサービス | | 利用料・一部実費で 実施するサービス | | 備 考 |
|--------------------|-------------------------|----|-----------------------|----|-----|
| | あり | なし | あり | なし | |
| 食事介助 | あり | なし | あり | なし | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | あり | なし | |
| おむつ代 | あり | なし | あり | なし | |
| 入浴 (一般浴) 介助・清拭 | あり | なし | あり | なし | |
| 特浴介助 (移動・着替え等) | あり | なし | あり | なし | |
| 身辺介助 (協力医療機関) | あり | なし | あり | なし | |
| 機能訓練 (協力医療機関以外) | あり | なし | あり | なし | |
| 通院介助 (協力医療機関以外) | あり | なし | あり | なし | |
| 生活サービス | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | あり | なし | |
| リネン交換 | あり | なし | あり | なし | |
| 日常の洗濯 | あり | なし | あり | なし | |
| 居室配膳・下善 | あり | なし | あり | なし | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | なし | あり | なし | |
| 買い物代行 (通常の利用区域) | あり | なし | あり | なし | |
| 買い物代行 (上記以外の区域) | あり | なし | あり | なし | |
| 役所手続き代行 | あり | なし | あり | なし | |
| 金銭・貯金管理 | あり | なし | あり | なし | |
| 健康管理サービス | | | | | |
| 定期健康診断 | あり | なし | あり | なし | |
| 健康相談 | あり | なし | あり | なし | |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | あり | なし | |
| 服薬支援 | あり | なし | あり | なし | |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | あり | なし | あり | なし | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | |
| 移送サービス | あり | なし | あり | なし | |
| 入退院時の同行 (協力医療機関) | あり | なし | あり | なし | |
| 入退院時の同行 (協力医療機関以外) | あり | なし | あり | なし | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | あり | なし | |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | なし | あり | なし | |

