

(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 | 若林 秀幸 | 記入年月日 | 平成27年7月1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 | 法人等の種類 | なし | あり |
| | 名称 | 営利法人 (ふりがな) かぶしきがいしゃ しょーめぞん 株式会社 ショーメゾン | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒380-0940 | | |
| | 長野県長野市鶴賀河原302番地2 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 026-224-3150 | |
| | FAX番号 | 026-291-8589 | |
| | ホームページアドレス | なし | |
| | | あり : http://www.shomezon.jp | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 若林 秀幸 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成23年4月1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 |
| | 通所介護・介護予防通所介護 | ソレイユ 輝輝 | 埼玉県熊谷市男沼65番地1 |

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) それいゆ きらきら ソレイユ 輝輝 | | |
| | 事業所等の所在地 | 〒360-0242 | |
| | 埼玉県熊谷市男沼65番地1 | | |
| 事業所等の連絡先 | 電話番号 | 048-598-5733 | |
| | FAX番号 | 048-598-5734 | |
| | ホームページアドレス | なし | |
| | | あり : http://shomezon.jp | |
| 施設の開設年月日 | 平成26年 4月 1日 | | |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 増井 進吾 | |
| | 職名 | 施設長 | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | |
| | JR熊谷駅から朝日交通バスにて妻沼行政事務所前下車にて徒歩15分 上信越道花園ICから18km | | |

| | |
|-------------|--|
| 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：65歳以上で要支援・要介護 ○介護保険：在宅サービス利用可 ○居室区分：全室個室（25室） ○その他： |

3. 従業員に関する事項（平成27年7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 | | | | 0.1 |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | 5 | | 1 | | | 6 |
| 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で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。 | | | | | | |
| 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） | | | | | 1 |
| | 平均時の人数 | | | | | 1 |

4. サービスの内容

| | |
|--|--|
| 施設の運営に関する方針 | |
| 要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて日常生活ができるよう、必要な支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びに利用者家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とする。 | |
| 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 | 医療法人財団 明理会 太田福島総合病院 医療生協さいたま 熊谷生協病院 |
| (協力の内容) | 緊急時の対応 定期的な訪問健康相談、訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | 提携等の有無 あり その名称 すみれ歯科医院 |
| (協力の内容) | 定期的な訪問歯科 |

| 入居対象 | 対象・非対象の別 |
|---|---|
| 自立している者を対象 | 非対象 |
| 要支援の者を対象 | 対象 |
| 要介護の者を対象 | 対象 |
| 留意事項 | |
| 入居契約書第28条第1項第4号により、施設における支援では対応が困難な状況となった場合は、事業者並びに入居者・身元引受人にて協議を行い、誠意をもって対応することといたします。 | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第28条を参照 |
| 体験入居の内容 | 室料：1,500/日 食費：450円/朝・550円/昼・500円/夕（1,500円/日） |
| 入居定員 | 25名 |
| 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) | |
| 追加的費用の有無 | |
| 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 | |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | |
| 従前居室との仕様の変更 | |
| 便所の変更の有無 | |
| 浴室の変更の有無 | |
| 洗面所の変更の有無 | |
| 台所の有無 | |
| 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) | 入居者に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、提供する場所を施設内において変更する場合があります。 |
| 追加的費用の有無 | 必要に応じてあり |
| 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 |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし |
| 従前居室との仕様の変更 | |
| 便所の変更の有無 | |
| 浴室の変更の有無 | |

| | |
|--|--|
| 洗面所の変更の有無 | |
| 台所の有無 | |
| その他の変更の有無 (その内容) | |
| 他の施設に移る場合の条件等 入居契約書第28条第1項第4号により、ホームにおける支援では対応が困難な状況となった場合は、事業者並びに入居者・身元引受人にて協議を行い、誠意をもって対応することといたします。 | |

6. 入居者の状況（平成 27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 | | 2 | 2 | | | 4 | |
| 65歳以上75歳未満 | 4 | 2 | 2 | 1 | | 9 | |
| 75歳以上85歳未満 | | 4 | 1 | | | 5 | |
| 85歳以上 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | |
| | 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 | | 2 | | | | 2 | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | | |
| 85歳以上 | | 1 | | | | 1 | |
| 入居者の平均年齢 | 74.3歳 | | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 10 | | 女性 | 15 | | |
| 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 | | | 1 | | 2 | 3 | |
| 医療機関 | | | 1 | 1 | | 2 | |
| 死亡者 | | | | | | | |
| 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 | | 2 | | | | 2 | |
| 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 | 10 | 12 | 3 | | | | |

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 | 25室 | | 14.91m ² | |
| | 一般居室夫婦部屋 | | 室 | 人 | m ² | |
| | 一般居室相部屋 | | | | m ² | |
| | 一時介護室 | | | | m ² | |
| 共用便所の設置数 | 3カ所 | うち男女別の対応が可能な数 | | | 2カ所 | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 2カ所 | |
| 個室の便所の設置数 | 25カ所 | 個室における便所の設置割合 | | | 100% | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 25カ所 | |
| 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カ所 | | 1カ所 | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | | | | | | |
| | 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) | | | | | |
| | 相談室、談話室、洗濯室、駐車場 | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| | (その内容) | | | | | |
| | 廊下・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(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 | | | | | 2,963.84m ² |
| | 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 | | | | | なし |
| 貸借 (借地) | | | | | | |
| | なし | あり | 契約期間 | 始 | 2014年 | 終 |
| | 契約の自動更新の有無 | | | | | あり |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | |
| | 建物の延床面積 | | | | | 994.95m ² |
| | 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 | | | | | なし |
| 貸借 (借家) | | | | | | |
| | なし | あり | 契約期間 | 始 | 2014年 | 終 |
| | 契約の自動更新の有無 | | | | | あり |

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 | ソレイユ 輝輝 | | |
| 電話番号 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~20:00 | |
| | 土曜 | 9:00~20:00 | |
| | 日曜・祝日 | 9:00~20:00 | |
| 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 | ① 埼玉県福祉部高齢介護課 ② 埼玉県消費者生活支援センター熊谷 ③ 熊谷市「市民相談室」 | | |
| 電話番号 | ① 048-830-3254 ② 048-524-0999 ③ 048-524-7321 | | |
| 対応している時間 | 平日 | ① | 8:30~17:15 |
| | | ② | 9:00~16:00 |
| | | ③ | 9:30~12:00、13:00~16:00 |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日等 | ①~③土曜・日曜・祝日・12/29~1/3 | | |
| サービスの提供により賠償 | | | |
| 損害賠償責任保険の加入状況 | | | |
| なし | あり | (その内容) | |
| | | | |
| 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 | あり | (その内容) 入居者身元引受人との話し合いにより、解決すべき方法を検討する機会を設ける。 | |
| | | | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) 身体的介護とともに精神的介護についても充実させ、生き甲斐を持ち、できるだけ長く自立した生活ができるような支援を工夫します。また、常に「和顔愛護」の心がけを忘れずに利用者自身が心安らかに生活を送ることができるホームの実現を目指します。 | | | |
| 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 |

9. 利用料金

| | | | |
|---|--------------------|--------|-------|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合の有無 | | | |
| 一時金に関する費用 | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）の有無 | | | |
| 名称 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月の償却開始の有無 | | |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | % | | |
| 償却年月数 | ヶ月 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の有無及びその内容 | (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」の場合、その内容及び利用料 | | | |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月の償却開始の有無 | | |
| | サービス提供を開始した月の償却の有無 | | |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | % | | |
| 償却年月数 | ヶ月 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の有無及びその内容 | (その内容) | | |
| ③その他に要する一時金の有無 | | | |
| 無 | | | |
| (「有」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 名称 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の有無及びその内容 | (その内容) | | |

| | | |
|-------------------------|----|--|
| 一時金に対する留意事項等の有無 | | |
| | | (「あり」の場合、その内容) |
| 月額の利用料 | | 120,000円 |
| 共益費の有無 | あり | 15,000円 |
| | | (「あり」の場合、その用途) 500円×30日(建物及び付帯施設、共用施設の維持・管理費) |
| 食費の有無 | あり | 45,000円 |
| | | (「あり」の場合、その内容) 1,500円×30日(食堂にて3食を30日間喫食した場合) |
| 光熱水費の有無 | なし | 円 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料の有無 | | あり |
| 個別的な選択による介護サービス | | あり |
| | | (「あり」の場合、その内容及び利用料) 管理規程第11条に定める別表Ⅳ-1のとおり |
| 家賃相当額の有無 | あり | 60,000円 |
| その他に必要な月額利用料の有無 | | なし |
| | | (「あり」の場合、その内容及び利用料) |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | | 円 |
| | | (「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 | | なし | |
| | | (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 |
| 通所介護 | デイサービスセンター暖暖 | 長野県上田市中野418-1 | 0268-39-7715 |
| 訪問介護 | 訪問介護事業所暖暖 | 長野県上田市中野418-1 | " |
| 通所介護 | デイサービスセンター輝輝 | 埼玉県熊谷市男沼65-1 | 048-598-5733 |
| 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 |
| 開発行為 | | | |
| 建築確認 | | | |
| 消防設備・防災計画 | | | |
| 有料老人ホームの届出 | | | |

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。