

住宅型・健康型有料老人ホーム

重要事項説明書

		記入年月日	平成27年4月 1日
記入者名	荒谷 比美子	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) かぶしきがいしゃこうさい 株式会社 光彩	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒367-0244	埼玉県児玉郡神川町 24-4	
事業主体の連絡先	電話番号	0495-74-1116	
	FAX番号	0495-74-1117	
	ホームページ	なし	
	アドレス	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	荒谷 比美子	
事業主体の設立年月日		平成25年2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	訪問介護ペンタス	同一建物内
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	デイサービス ペンタス	同一建物内
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	訪問介護ペンタス	同一建物内
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	デイサービス ペンタス	同一建物内
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) しるばーほーむ ペンたす シルバーホームペンタス	
施設の所在地	〒367-0244	埼玉県児玉郡神川町大字八日市上居裏 24-4
施設の連絡先	電話番号	0495-74-1116
	F A X 番号	0495-74-1117
	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 4 月 1 日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者
	氏名	江原 美智代
施設までの主な利用交通手段		
八高線丹荘駅より車で5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：入居時自立・要支援・要介護 ○介護保険：在宅サービス利用可能（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	

3. 従業者に関する事項（平成 年 月 日）

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					1.0
生活相談員	1			1		1.0
看護職員		2				0.5
介護職員		5				3.0
栄養士						
調理員						
事務員		1				0.5
その他従業者						
機能訓練指導員		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>						
夜勤を行う職員の人数					(2) 人	
夜勤帯平均人数 (19時～ 7時)					(2) 人	
最少人数 (休憩者等を除く)					(2) 人	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
利用者の人格を尊重し、利用者の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援する。			
サービスの内容等			
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	吉沢病院		
(協力の内容) 年2回の健康診断、利用者の求めに応じた往診			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	その名称
(協力の内容)			

5. 住み替えに関する事項

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)		
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いただく場合があります。		
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、次に手続きを書面にて行うものとします。		
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、入居者が判断できない状況にある場合にあつては、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) 従前の居室利用権は移動後の居室に移転します。		
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)
							他の施設に移る場合の条件等

6. 入居者の状況（平成 年 月 日）

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						

7. 施設、設備等の状況

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				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	34		14.46~14.85 m ²			
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
	一時介護室	あり	なし			m ²			
		あり	なし			m ²			
		あり	なし			m ²			
共用便所の設置数	9	うち男女別の対応が可能な数							
		うち車いす等の対応が可能な数			9				
個室の便所の設置数	0	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 3	個浴		大浴槽	特殊浴槽	リフト浴			
		3							
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況									
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) メールボックス、ランドリー、電話、駐車場							
バリアフリーの対応状況									
(その内容)									
居室、廊下等共用部、浴室									
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	2,913 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	平成26年10月	終	平成51年9月			
			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	鉄骨造平屋建								
建物の延床面積	1252.32 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10月	終	平成51年9月			
			契約の自動更新	なし		あり			

8. 利用者からの苦情窓口等

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応する窓口			
窓口の名称	シルバーホーム ペンタス 苦情相談室		
電話番号			
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝日		
定休日等	日曜、祝日、12/31~1/3		
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	8:30~17:15	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土、日、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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 事業包括賠償責任に加入	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 事業包括賠償責任に加入	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 利用者の人格を尊重し、利用者の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援する。			
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

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	50,000 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		
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
	その他		
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	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
	70,000 円	25,000 円		33,000 円		12,000 円

※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	借入金利子及び近傍家賃等を勘案して設定
	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	朝食¥300・昼食¥400・夕食¥300・おやつ¥100 業務委託費及び人件費等を勘案して設定
	光熱水費	管理費に計上
	管理費	建物及び付帯設備の維持管理のため光熱水費、ホームを運営するための人件費、事務費等を勘案して設定

一時金方式・月払い方式共通

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	個別サービスに伴う人件費、燃料費、事務費を勘案して設定
----------	-----------------------------

料金改定の手続

入居契約書第 27 条の規程に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聞いて改定します。
入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。

10. 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 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。