

重要事項説明書

		記入年月日	平成 年 月 日
記入者名		所属・職名	施設長

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) かぶしきがいしゃ はなわしゃかいふくし 株式会社 はなわ社会福祉	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒367-0242	埼玉県本庄市児玉町田端4 2 1 番地 2 5	
事業主体の連絡先	電話番号	0495-72-8908	
	F A X 番号	0495-72-8908	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: http://www.geosities.jp/hanawashakaifukusi1/	
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	清水 由紀子	
事業主体の設立年月日		平成 23 年 8 月 4 日	

事業主体が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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	はなわデイサービス デイサービスセンター一期一会	児玉郡神川町新田 146-3 本庄市児玉町吉田林 976-4
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
複合型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	はなわ居宅介護支援	児玉郡神川町新田 146-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	はなわデイサービス デイサービスセンター一期一会	児玉郡神川町新田 146-3 本庄市児玉町吉田林 976-4
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> 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 有料老人ホーム ふれあいⅡ	
施設の所在地	〒367-0211	埼玉県本庄市児玉町吉田林 402 番 2
施設の連絡先	電話番号	
	F A X 番号	
	ホームページ	
	アドレス	
施設の開設年月日		平成 年 月 日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	内田かほり
施設までの主な利用交通手段		
<input type="checkbox"/> J R 八高線児玉駅下車 タクシー10分 <input type="checkbox"/> 新幹線本庄早稲田駅下車タクシー10分 <input type="checkbox"/> 関越自動車道 本庄児玉インターチェンジ 車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 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払方式：月払方式 入居時の要件： 自立・要支援・要介護 介護保険：在宅サービス利用可（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：個室 10 室	
介護保険事業所番号		
 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		
指定の年月日		
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	0.1
生活相談員		1			1	0.9
看護職員						0
介護職員（生活支援員）	1		2		3	2.8
機能訓練指導員						0
計画作成担当者						0
栄養士						0
調理員						0
事務員			1		1	0.5
その他従業者						0

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間/人（8時間/日 ×5日）

※ 栄養士及び調理員は、食事業務を外部委託しているため配置をしておりません。

※ 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	1			
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				

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 (PM17:00 時～翌 AM9 : 00 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	1

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						
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						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
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			
個々の残存機能や能力に応じた生活支援や日常生活での生活及び介護支援 個々のプライバシーの保護 個別の心身の状況に合わせた支援及びケアサービスの提供			
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	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	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	・上里内科クリニック（内科）		
（協力の内容） ・利用者の発病及び診療治療の必要が生じた時にその解決のため協力する ・医師の訪問による健康診断及び健康相談			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 西村歯科医院
（協力の内容） ・口腔衛生の管理、助言 ・利用者が緊急の治療のため訪院した場合は優先的に診療する。			
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			
- 非該当 -			

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) 非該当		
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) 非該当		
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)		
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 (他の居室へ移る場合)		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		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	60歳以上の自立、要支援及び要介護者を対象とします。		
契約の解除の内容	契約書28条のとおり		
体験入居の内容	無料 (1日を限度とする)		
入居定員	10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						
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						

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			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	10		13.39~15.78 m ²
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²
	一時介護室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²
共用便所の設置数	2	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			1	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			0		
	うち車いす等の対応が可能な数			0		
浴室の設備状況	浴室の数 1	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1	0	0	0	
その他、浴室の設備に関する事項 バリアフリー、手摺等設置						
食堂の設備状況						
入居者等が調理を行う設備状況		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		
その他、共用施設の設備状況						
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 食堂/娯楽室、洗濯室、相談・応接室				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 手摺の設置・段差解消造						
緊急通報装置の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input type="checkbox"/> 全居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	全居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input type="checkbox"/> 全居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積	1355.33 m ²					
事業所を運営する法人が所有	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input type="checkbox"/> あり			
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> なし		あり			
貸借(借地)						
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終		
		契約の自動更新		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
施設の建物に関する事項						
建物の構造	鉄骨造平屋建て					
建物の延床面積	867.21 m ² のうち 329.32 m ²					
事業所を運営する法人が所有	<input type="checkbox"/> なし	一部あり	<input type="checkbox"/> あり			
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> なし		あり			
貸借(借家)						
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終		
		契約の自動更新		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	お客様係		
電話番号			
対応している時間	平日	AM9:00~PM 5:00	
	土曜	同上	
	日曜・祝日	同上	
定休日等	無し		

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	埼玉県福祉部高齢者福祉課		
電話番号	048-830-3254		
対応している時間	平日	AM 8:30~PM 5:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	年末年始 (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) 日本生命株式会社「施設賠償責任保険」 事業者は、故意または過失により入居者の生命、身体又は財産に損害を与えた場合損害賠償責任保険約款に基づき速やかに損害の賠償を行います。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合にはこの限りではありません。
----	-------------------------------------	---

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="checkbox"/>	(その内容) 事故が発生した場合は、直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び埼玉県等関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意又は過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除又は軽減される場合があります。
----	-------------------------------------	--

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 入居者個々にきめ細やかな対応
自宅にいる時と同じ様な生活支援体制

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="checkbox"/>	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

<input checked="" type="checkbox"/>	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	105,000 円 (家賃 35,000 円の 3 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		
	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		
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	生活支援費及び管理費	その他リネン
全室	98,980 税込	35,000	—	45,360	5,000	12,000	1,620
※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 35,000	近隣賃貸住宅家賃を参考に設定
	食費 45,360円	複数業者からの委託料の見積額、配下膳に関わる人件費を基にして1ヶ月(30日として) (1,400円/日) 朝食=432円、昼食=540円、夕食=540円
	生活支援費及び管理費 12,000円	状況把握・生活相談・調理・洗濯・清掃等の家事サービスに係る人件費 施設の修繕・補修・器具の取替等の維持管理費
	光熱水費 5,000円	居室及び共用部を含む (電気基本料 780円+平均使用量 2,220円) (水道基本料 440円+平均使用量 1,560円)
	その他(リネン) 1,620円	リネン(式布団、掛布団、シーツのレンタル)週2回の交換(ベットメイク)

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			
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	サービス提供に係る人件費により算定 費用・内容の詳細は管理規程別表IV「サービス一覧表」のとおり	

料金改定の手続

入居契約書第27条に基づく

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：「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。