

重要事項説明書

		記入年月日	平成27年7月
記入者名	山下 真	所属・職名	鶴ヶ島ナーシングホーム

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	医療法人	
	名称	(ふりがな) いりょうほうじん りいゆうかい 医療法人 恵雄会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒350-0804	埼玉県川越市下広谷 1113-22	
事業主体の連絡先	電話番号	049-233-9133	
	FAX番号	049-233-9135	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: http://kawatsuru-g.jp	
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	理事長	
	氏名	相原 吉雄	
事業主体の設立年月日	平成6年9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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	川鶴ナーシングホーム訪問介護事業所	川越市下広谷 1108-2
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	川鶴クリニック	川越市下広谷 1113-22
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	川鶴ナーシングホームデイサービスセンター 川鶴ナーシングホーム デイサービスセンター	川越市下広谷 1108-2 川越市上広谷 6番地 13
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	介護老人保健施設ケアハイフ・川越 介護老人保健施設富士見の里 介護老人保健施設さくらのみ	川越市古谷本郷 1475-1 富士見市みどり野 3-1 ふじみ野市福岡新田 4-1
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	介護老人保健施設ケアハイフ・川越 介護老人保健施設富士見の里 介護老人保健施設さくらのみ	川越市古谷本郷 1475-1 富士見市みどり野 3-1 ふじみ野市福岡新田 4-1
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	鶴ヶ島ナーシングホーム	鶴ヶ島市上広谷 60 番地 13
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
複合型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ケアハイフ・川越居宅介護支援事業所 川鶴ナーシングホーム居宅介護支援事業所	川越市古谷本郷 1475-1 川越市下広谷 1108-2
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	川鶴ナーシングホーム訪問介護事業所	川越市下広谷 1108-2
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	川鶴クリニック	川越市下広谷 1113-22
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	川鶴ナーシングホームデイサービスセンター 川鶴ナーシングホーム デイサービスセンター	川越市下広谷 1108-2 川越市上広谷 6番地 13
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	介護老人保健施設ケアハイフ・川越 介護老人保健施設富士見の里 介護老人保健施設さくらのみ	川越市古谷本郷 1475-1 富士見市みどり野 3-1 ふじみ野市福岡新田 4-1

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	介護老人保健施設ケアハイフ・川越 介護老人保健施設富士見の里 介護老人保健施設さくらの里	川越市吉谷本郷 1475-1 富士見市みどり野 3-1 ふじみ野市福岡新田 4-1
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	鶴ヶ島ナーシングホーム	鶴ヶ島市上広谷 60 番地 13
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	介護老人保健施設ケアハイフ・川越 介護老人保健施設富士見の里 介護老人保健施設さくらの里	川越市吉谷本郷 1475-1 富士見市みどり野 3-1 ふじみ野市福岡新田 4-1
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) つるがしまなーしんぐほーむ 鶴ヶ島ナーシングホーム	
施設の所在地	〒350-2203	埼玉県鶴ヶ島市上広谷 60 番地 13
施設の連絡先	電話番号	049-299-5051
	FAX番号	049-286-5006
	ホームページ	なし
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://kawatsuru-g.jp
施設の開設年月日		平成 25 年 8 月 1 日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	山下 真
施設までの主な利用交通手段		
東武東上線「鶴ヶ島駅東口」より徒歩 15～20 分		
施設の類型及び表示事項	<p>【類型】 介護付有料老人ホーム</p> <p>【表示事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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：埼玉県指定介護保険特定施設 ○居室区分：全室個室 ○介護にかかわる職員体制：3：1 以上 	
介護保険事業所番号	1 1 7 6 2 0 0 6 1 4	
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 25 年 8 月 1 日	
指定の年月日	平成 25 年 8 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	0.5
生活相談員	1	1			1	1.0
看護職員		3			3	3.0
介護職員	12				12	12.0
機能訓練指導員		3 (看護職員兼務)			3 (看護職員兼務)	3.0
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士						
調理員						
事務員		1			1	1.0
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						
実務者研修						
介護職員初任者研修	3					
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		2				
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 (16時30～9時30)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	2		2			

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	2				2	2.0
看護職員		3			3	3.0
介護職員	12				12	12.0
機能訓練指導員		3			3	3.0
計画作成担当者	1				1	1.0
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						
実務者研修						
介護職員初任者研修	3					
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		2				
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 社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員			
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					3 : 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			
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を社会の発展に貢献された方として敬愛する。 ・健全で快適な生活環境を創造する。 ・高齢者福祉の増進に寄与する。 			
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"/>	あり
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"/>	あり
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"/>	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	川鶴クリニック		
(協力の内容) ・診療科目：内科、泌尿器科他 ・協力内容：医師の訪問による健康相談、訪問診療（医療費等は利用者自己負担）			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	その名称 南古谷病院
(協力の内容) ・入居時並びに定期による訪問健診及び訪問歯科診療（医療費等は利用者自己負担）			
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			
当該居室。			

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)

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) 常時見守りが必要となった場合等心身の状況等により、ホームが指定する居室へ住み替えとなる場合がある。			
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) 居室の利用権が移行する。			
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			
契約の解除の内容	本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難である場合		
体験入居の内容	1泊2日 2,060円		
入居定員	40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				なし	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	1	/	20.89㎡			
				2		19.20㎡			
				3 3		18.20㎡			
				4		18.16㎡			
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		/	㎡			
	介護居室個室	あり	なし		/	㎡			
	介護居室相部屋	あり	なし		/	㎡			
一時介護室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		/	㎡				
共用便所の設置数	6	うち男女別の対応が可能な数			6				
		うち車いす等の対応が可能な数			6				
個室の便所の設置数	40	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			40				
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	1					
その他、浴室の設備に関する事項 パネルヒーター完備									
食堂の設備状況	二階から四階まで各一箇所								
入居者等が調理を行う設備状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし			あり					
その他、共用施設の設備状況									
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	(その内容)							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 床面の段差解消、廊下への手摺の設置など									
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり						
外線電話回線の設置状況	<input checked="" 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	なし	一部あり	<input checked="" 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	886.22㎡								
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり						
抵当権の設定			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
貸借(借地)									
<input checked="" type="checkbox"/> 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	鉄筋コンクリート造4階建								
建物の延床面積	1,754.99㎡								
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり						
抵当権の設定			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
貸借(借家)									
<input checked="" type="checkbox"/> 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	鶴ヶ島ナーシングホーム		
電話番号	049-299-5051		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝日	9:00~18:00	
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	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	土曜、日曜、祝日、12/29~1/3を除く		
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会		
電話番号	048-824-2568		
対応している時間	平日	8:30~12:00、13:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜、日曜、祝日を除く		
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"/> あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業総合保険	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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) 関連法人事業所等における医療・福祉のバックアップ体制により、終身での入居が可能な体制を整えます。			
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="checkbox"/> 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
敷金	0円 (家賃の 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			

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	<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 type="checkbox"/> なし		
<input checked="" 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

※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。

私は、有料老人ホームの入居にあたり、重要な事項の説明を受けました。

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印