

(別 紙)

別紙様式

重 要 事 項 説 明 書

記入者名	浦壁 弘樹	記入年月日	平成27年 8月 1日
		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	法人等の種類	なし あり 医療法人
	名称	(ふりがな) いのくりにつく いのクリニック
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒360-0014	熊谷市箱田1丁目12番24号
	電話番号	048-528-8300
事業主体の連絡先	FAX番号	048-526-3900
	ホームページ ドレス	なし あり : http://www003.upp.so-net.ne.jp/ino/
	事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名 井埜 利博 職名 理事長
事業主体の設立年月日	平成15年3月14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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	いのクリニック	熊谷市箱田1-12-24
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	いのクリニック	熊谷市箱田1-12-24
通所介護	あり	なし		
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>				
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居者生活介護	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		
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	いのクリニック	熊谷市箱田1-12-24
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	いのクリニック	熊谷市箱田1-12-24
介護予防通所介護	あり	なし		
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		
介護予防特定福祉用具販売	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		
事業所等の名称	(ふりがな)じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ののはな 住宅型有料老人ホーム	
事業所等の所在地	〒360-0014 熊谷市箱田1丁目12番22号	
事業所等の連絡先	電話番号	048-528-8322
	FAX番号	048-526-3900
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://www003.upp.so-net.ne.jp/ino/
施設の開設年月日	平成20年2月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	浦壁 弘樹
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR高崎線 熊谷駅下車 妻沼聖天前行きバス 西箱田停留所 徒歩3分		
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム	
介護保険事業者番号		
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、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. 従業員に関する事項

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
生活相談員		1			1	0.5
看護職員						
介護職員			4		4	2.7
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
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	
※ 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。						
従業員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		1	1			
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1級						
2級				4		
3級						
介護支援専門員						
従業員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	

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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
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				
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
2級				
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				

管理者の他の職務との兼務の有無

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
---------------------	----	----	--------

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

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				1		
前年度1年間の退職者数			1	2		
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				1		
3年以上5年未満の者の人数				1		
5年以上10年未満の者の人数				2		
10年以上の者の人数			1		1	
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
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"> ・入居者の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ったサービスの検討、計画、提供に努めるものとする。 ・入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、心身の機能維持の回復を図るものとする。 ・地域、居宅サービス事業者、保険医療サービス、福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。 			
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	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	埼玉県厚生連 熊谷総合病院		
(協力の内容)	主に外科系の傷病の相談・検査・治療・入院等の緊急時の対応など		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人 佐藤歯科医院
(協力の内容)	歯科検診および義歯の調整など		
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			

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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり

その他			
判断基準・手続について (その内容)		なし	あり
追加的費用の有無 居室利用権の取扱い (その内容)		なし	あり
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		なし	あり
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
台所の有無		なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)		なし	あり
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・車椅子利用者可だが、自走できること。 ・排泄（トイレ）は自身でできること。 ・常時見守り等が必要な方は不可。（帰宅願望強く、徘徊ありなど） 		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・常時見守り等が必要になった方。（病状、認知症の進行など） ・入院期間が3ヵ月以上になった方。 ・死亡時 		
体験入居の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・3日～1週間程度の体験入居 管理費・食費・居室利用料は日割り計算して徴収させていただきます。 例、2泊3日：13500円・6泊7日：31500円		
入居定員			9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		2				2
85歳以上			1	3	1	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	1	1				2

入居者の平均年齢 89.3歳

入居者の男女別人数 男性 1名 女性 8名

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 100%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	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				1		1
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者				1		1
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	5名	1名		

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
居室の状況	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
	区分					
	一般居室個室	あり	なし	室数	人数	1の居室の床面積
				9		13.4m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
						m ²
介護居室個室	あり	なし			m ²	
					m ²	
介護居室相部屋	あり	なし			m ²	
					m ²	
一時介護室	あり	なし			m ²	
					m ²	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数				0	
	うち車椅子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	
	うち車椅子等の対応が可能な数				0	
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		0	0	0
		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					
その他、共用施設の設備状況					なし	あり
	なし	あり	(その内容)			
バリアフリーの対応状況	(その内容)					
緊急通報装置	の設置状況					
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 611.14m 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	あり			
	なし	あり	契約期間	始	終	
	契約の自動更新					
	なし	あり	なし			
施設の建物に関する事項	建物の延床面積 1160.45m 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	あり			
	なし	あり	契約期間	始	終	
	契約の自動更新					
	なし	あり	なし			

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	乃の花 苦情相談窓口	
電話番号	048-528-8322	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
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 高齢者福祉課	
電話番号	048-830-3254	
対応している時間	平日	8:30~17:45
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土・日曜日、祝祭日、年末年始	

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

損害賠償責任保険の加入状況

なし	あり	(その内容)
----	----	--------

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	あり	(その内容) 所管する埼玉県高齢者福祉課へ報告します
----	----	-------------------------------

介護サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)

できるだけ入居者それぞれの個人と自由を尊重し、介護サービスは最小限にとどめる。
必要な場合には、訪問介護や通所介護などを利用することを勧める。

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

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり
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）		なし	あり
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	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	最低の額	最高の額	最多価格帯
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	なし	あり
	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			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス）		なし	あり
（「あり」の場合、その内容及び利用料）			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
名称		なし	あり
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	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			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 （「あり」の場合、その内容及び利用料）	なし	あり
--	----	----

名称	
----	--

一時金の償却に関する事項

償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	（その内容）	

初期償却（％）	
---------	--

償却年月数	
-------	--

解約時返還金の算定方法	
-------------	--

保全措置の実施状況	なし	あり	（「あり」の場合、その内容）
-----------	----	----	----------------

④その他に要する一時金 （「あり」の場合、その内容及び利用料）	なし	あり
------------------------------------	----	----

名称	
----	--

解約時返還金の算定方法	
-------------	--

保全措置の実施状況	なし	あり	（「あり」の場合、その内容）
-----------	----	----	----------------

一時金に対する留意事項等	
--------------	--

なし	あり	（「あり」の場合、その内容）
----	----	----------------

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	30,000円+消費税
(「あり」の場合、その用途)			
食費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	40,000円+消費税
(「あり」の場合、その内容)			
光熱水費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	管理費に含む
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
個別的な選択による介護サービス	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	50,000円
その他に必要な月額利用料			
	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(「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			
	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

6. 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	
<input type="radio"/> なし	
<input type="radio"/> 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 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。