

## 重要事項説明書

	記入年月日	平成27年9月1日
記入者名	染谷 啓一	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	<del>なし</del>	あり	医療法人
	名称 医療法人社団恭美会	(ふりがな) いりようほうじんしゃだんきょうびかい		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 120-0003	東京都足立区東和二丁目16番3号		
	電話番号	03-3605-3333		
事業主体の連絡先	FAX番号	03-3605-3379		
	ホームページ	<del>なし</del>		
	アドレス	あり	<a href="http://homepage3.nifty.com/nishikawa_clinic/">http://homepage3.nifty.com/nishikawa_clinic/</a>	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	川村 富美子		
	職名	理事長		
事業主体の設立年月日	平成8年8月8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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	<del>あり</del>	なし		
訪問入浴介護	<del>あり</del>	なし		
訪問看護	<del>あり</del>	なし		
訪問リハビリテーション	<del>あり</del>	なし		
居宅療養管理指導	<del>あり</del>	なし		
通所介護	<del>あり</del>	なし		
通所リハビリテーション	<del>あり</del>	なし		
短期入所生活介護	<del>あり</del>	なし		
短期入所療養介護	<del>あり</del>	なし		
特定施設入居者生活介護	<del>あり</del>	なし		
福祉用具貸与	<del>あり</del>	なし		
特定福祉用具販売	<del>あり</del>	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
夜間対応型訪問介護	<del>あり</del>	なし		
認知症対応型通所介護	<del>あり</del>	なし		
小規模多機能型居宅介護	<del>あり</del>	なし		
認知症対応型共同生活介護	<del>あり</del>	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<del>あり</del>	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<del>あり</del>	なし		
居宅介護支援	<del>あり</del>	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防訪問入浴介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防訪問看護	<del>あり</del>	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	<del>あり</del>	なし		
介護予防居宅療養管理指導	<del>あり</del>	なし		
介護予防通所介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防通所リハビリテーション	<del>あり</del>	なし		
介護予防短期入所生活介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防短期入所療養介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防福祉用具貸与	<del>あり</del>	なし		
介護予防特定福祉用具販売	<del>あり</del>	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<del>あり</del>	なし		
介護予防支援	<del>あり</del>	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	<del>あり</del>	なし		
介護老人保健施設	<del>あり</del>	なし		
介護療養型医療施設	<del>あり</del>	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) らふえすたよしかわ		
	ラフェスタ吉川		
施設の所在地	〒 342-0056 埼玉県吉川市大字平沼963番地		
施設の連絡先	電話番号	048-961-8401	
	FAX番号	048-961-8402	
	ホームページ アドレス	なし	
あり		<a href="http://www.lafesta-yoshikawa.com">http://www.lafesta-yoshikawa.com</a>	
施設の開設年月日			平成26年6月1日
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	染谷 啓一	
	職名	施設長	
施設までの主な利用交通手段			
JR武蔵野線[吉川]駅 北口より 徒歩20分			
施設の類型及び表示事項	介護付（特定施設入居者生活介護）サービス付き高齢者向け住宅		
介護保険事業所番号	1176400628		
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	平成26年6月1日		
指定の年月日	平成26年6月1日		
指定の更新年月日	指定年月日から起算して6年間の満了する日。		

### 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

##### サービス付き高齢者向け住宅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	備考
	専従	非専従	専従	非専従			
施設長		1			1	1	
生活相談員	1				1	1	
看護職員	2		2		4	2.5	
介護職員	10		5	1	16	14.5	
機能訓練指導員	1				1	1	
計画作成担当者	1				1	1	
栄養士	0				0	0	
調理員	0				0	0	
事務員	1				1	1	
その他従業者	0				0	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

##### 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	3			
介護職員基礎研修	1			
訪問介護員 1 級	1			
2 級	8		2	
介護初任者研修			2	
介護支援専門員	1			

##### 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				
言語聴覚師				
看護師及び准看護師				
柔道整復師	1			
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	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	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	備考
	専従	非専従	専従	非専従			
生活相談員	1				1	1	
看護職員	2		2		4	2.5	
介護職員	10		5	1	16	14.5	
機能訓練指導員	1				1	1	
計画作成担当者	1				1	1	
その他従業者	1				1	1	

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40 時間

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	3			
介護職員基礎研修	1			
訪問介護員1級	1			
訪問介護員2級	8		2	
介護初任者研修			2	
介護支援専門員	1			

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				
言語聴覚師				
看護師及び准看護師				
柔道整復師	1			
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

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 ヘルパー2級
---------------------	----	----	------------------

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

本事業は、入居者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。職員は、利用者が快適に生活できるよう援助すると共に、心身の特性を踏まえて、能力に応じて自立した日常生活ができるよう、サービス計画を立て介護・援助致します。更に、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供ができるよう努め、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。

##### 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	<del>なし</del>	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	<del>あり</del>
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	<del>あり</del>
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	<del>なし</del>	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	西川クリニック		
(協力の内容)	入居者様の健康管理を、月2回以上の訪問にて対応する。		
	医療法人社団 協友会 吉川中央総合病院		
(協力の内容)	入居者様の外来通院・入院・緊急時などに対応する。		

協力歯科医療機関	<del>なし</del>	あり	西川クリニック
(協力の内容)	入居者様の口腔ケア管理を、月2回以上の訪問にて対応する。		

##### 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	入居している居室及び共用施設にて介護いたします。
--------------	--------------------------

入居後に居室を住み替える場合	なし	<del>あり</del>
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	<del>あり</del>
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
変更していただいた居室に利用権が移ります。		
入居一時金償却の調整の有無	なし	<del>あり</del>
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	<del>あり</del>
従前居室との仕様の変更	なし	<del>あり</del>
便所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
浴室の変更の有無	なし	<del>あり</del>
洗面所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
台所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
その他の変更の有無	なし	<del>あり</del>
(その内容)		
他の専用居室（介護居室）へ移る場合	なし	<del>あり</del>
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	<del>あり</del>
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	<del>あり</del>
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	<del>あり</del>
従前居室との仕様の変更	なし	<del>あり</del>
便所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
浴室の変更の有無	なし	<del>あり</del>
洗面所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
台所の有無	なし	<del>あり</del>
その他の変更の有無	なし	<del>あり</del>
(その内容)		



	その他	なし	<del>あり</del>
	判断基準・手続について		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	なし	<del>あり</del>
	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	<del>あり</del>
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	<del>あり</del>
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
	浴室の変更の有無	なし	<del>あり</del>
	洗面所の変更の有無	なし	<del>あり</del>
	台所の有無	なし	<del>あり</del>
	その他の変更の有無	なし	<del>あり</del>
	(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	<del>なし</del>	あり
	要支援の者を対象	<del>なし</del>	あり
	要介護の者を対象	<del>なし</del>	あり
	留意事項	<p>原則として60歳以上で自立の方。要支援および要介護の方。  医療機関で常時、高度治療を受ける必要がない方。  但し、医師により他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合はこの限りではありません。  自傷他害等の恐れがなく、他の入居者と円滑な共同生活が可能の方。  健康保険、介護保険に加入されている方。</p>	
	契約の解除の内容	利用者または身元引受人等からの解約	
	体験入居の内容	7泊8日(1日8,640円食事付)	
	入居定員	38室 43名	
	その他		



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			<del>なし</del>	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	<del>あり</del>	なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	一般居室相部屋	<del>あり</del>	なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	専用居室個室	あり	<del>なし</del>	30	1	18.72 m <sup>2</sup>
				1	1	21.02 m <sup>2</sup>
				2	1	23.71 m <sup>2</sup>
	専用居室相部屋	あり	<del>なし</del>	2	2	27.14 m <sup>2</sup>
				1	2	30.41 m <sup>2</sup>
				1	2	31.20 m <sup>2</sup>
1				2	32.74 m <sup>2</sup>	
一時介護室	あり	<del>なし</del>	1	1	9.94 m <sup>2</sup>	
共用便所の設置数		1ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な数		1ヶ所	
個室の便所の設置数		38ヶ所	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		38ヶ所	
浴室の設備状況		浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
			1	1	1	1
その他、浴室の設備に関する事項 使用時間等を管理者へ報告し、予約後の使用とする。						
食堂の設備状況		各階に利用者専用共同キッチンを設置し、使用時間等を管理者へ報告し、予約後の使用とする。				
		入居者等が調理を行う設備状況		<del>なし</del>	あり	
その他、共用施設の設備状況						
		<del>なし</del>	あり	(その内容) 各階に浴室・一階に機能訓練室・健康管理室		
バリアフリーの対応状況						
館内バリアフリー対応						
緊急通報装置 (ナースコール) の設置状況		<del>なし</del>	<del>一部あり</del>		各居室内にあり	
外線電話回線の設置状況		<del>なし</del>	<del>一部あり</del>		各居室内にあり	
テレビ回線の設置状況		<del>なし</del>	<del>一部あり</del>		各居室内にあり	
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			862.52 m <sup>2</sup>			
事業所を運営する法人が所有		なし	<del>一部あり</del>		あり	
抵当権の設定		<del>なし</del>		あり		
貸借 (借地)						
<del>なし</del>		あり	契約期間	始 平成26年6月1日	終 平成46年5月31日	
			契約の自動更新		<del>なし</del>	あり
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積			1365.12m <sup>2</sup>			
事業所を運営する法人が所有		なし	<del>一部あり</del>		あり	
抵当権の設定		<del>なし</del>		あり		

貸借（借家）					
なし		あり		契約期間	始 平成26年6月1日 終 平成46年5月31日
				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	ラフェスタ吉川 受付窓口		
電話番号	TEL 048-961-8401 FAX048-9961-8402		
対応している時間	平日	09:00～17:00	
	土曜	09:00～17:00	
	日曜・祝日	09:00～17:00	
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	吉川市役所 いきいき推進課 苦情・相談窓口		
電話番号	TEL 048-982-5118（直通） FAX 048-981-5392		
対応している時間	平日	09:00～17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜・日曜・祝祭日		
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情・相談窓口		
電話番号	TEL 048-824-2568（代表） FAX 048-824-2561		
対応している時間	平日	09:00～17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜・日曜・祝祭日		

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）責任賠償保険加入予定	
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）一般事例に基づき対応する。	

サービスの提供内容に関する特色等

（その内容）
--------

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	<del>あり</del>
入居時に関する費用			
①居室に要する費用（敷金礼金等の専用居室、共用部分の利用のための費用）		<del>なし</del>	あり
名称	契約時費用		
一人の入居の場合 (18.72㎡)Aタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	110,000円	15,000円	30戸
一人の入居の場合 (21.02㎡)Bタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	130,000円	15,000円	1戸
一人の入居の場合 (23.71㎡)Cタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	140,000円	15,000円	2戸
二人の入居の場合 (27.14㎡)Dタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	150,000円	15,000円	2戸
二人の入居の場合 (30.41㎡)Dタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	160,000円	15,000円	1戸
二人の入居の場合 (31.20㎡)Dタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	170,000円	15,000円	1戸
二人の入居の場合 (32.74㎡)Dタイプ	敷金	火災保険料	戸数
	180,000円	15,000円	1戸
費用の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	<del>あり</del>
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)	なし		
償却年月数	なし		
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	<del>あり</del>	(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	<del>あり</del>
(「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		なし	<del>あり</del>
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	<del>あり</del>
	サービス提供を開始した月	なし	<del>あり</del>
	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	<del>あり</del>	(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	<del>あり</del>	
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	<del>あり</del>
	サービス提供を開始した月		なし	<del>あり</del>
	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	<del>あり</del>	（「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	<del>あり</del>	
名称				
解約時返還金の算定方法				
保全措置の実施状況				
なし	<del>あり</del>	（「あり」の場合、その内容）		
一時金に対する留意事項等				
なし	<del>あり</del>	（「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			
共益費	<del>なし</del>	あり	47,250 円
(「あり」の場合、その用途) A・B・Cタイプ 47,250円 , D・E・F・Gタイプ 94,500円 事務管理・共有設備等に関する維持管理費等			
食費	<del>なし</del>	あり	37,800 円
(「あり」の場合、その内容) A・B・Cタイプ 37,800円 , D・E・F・Gタイプ 75,600円 ・1日3食配膳提供 (30日喫食した場合=1食/420円×3食=1日/1,260円) ・食事を中止する場合、2日前午前中に受付までご連絡してください。			
光熱水費	なし	<del>あり</del>	円
(「あり」の場合、その内容)			
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	なし	<del>あり</del>	
「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			
	なし	あり	
個別的な選択による介護サービス	<del>なし</del>	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ・介護保険自己負担分(夜間看護体制加算含)			
家賃相当額	<del>なし</del>	あり	55,000～90,000 円
その他に必要な月額利用料	<del>なし</del>	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 自立入居の場合、基本サービス費として月額32,400円徴収。			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料	<del>なし</del>	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ・2年毎の契約更新手続き時に、火災保険料15,000円が必要です。・理美容費・通信費 ・介護衛生用品費(おむつ代等)・新聞購読費・医療費、薬剤費・協力医療機関以外への通院介助・レクリエーション参加費等、個別のご希望による実費負担分			

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	
なし	
<del>あり</del>	(その内容)

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 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。