

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	平成23年3月3日
記入者名	奥山大輔	所属・職名	責任者

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
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ きゅありんくす 有限会社 Cure-Links	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒277-0041		
	千葉県柏市逆井藤ノ台 23-5		
事業主体の連絡先	電話番号	04-7170-5337	
	FAX番号	04-7170-5338	
	ホームページ アドレス	なし	あり
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	川口 和恵	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成16年4月30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	県の台訪問介護ステーション	柏市逆井藤ノ台 23-5
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		
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所者生活介護	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	県の台訪問介護ステーション	柏市逆井藤ノ台 23-5
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		
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	県の台訪問介護ステーション	柏市逆井藤ノ台 23-5
<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) ふじのだいがーでんひるず 藤の台ガーデンヒルズ	
施設の所在地	〒277-0041	千葉県柏市逆井藤ノ台 23-5
施設の連絡先	電話番号	04-7176-3400
	F A X 番号	04-7170-5338
	ホームページ	なし
	アドレス	あり： http://www.
施設の開設年月日		平成 16 年 4 月 30 日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	川口和恵
	職名	代表取締役
施設までの主な利用交通手段		
東武野田線 逆井駅下車 徒歩 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：建物賃貸方式 ○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 ○居室区分：全室個室 ○介護にかかわる職員体制：（※介護付の場合に記載）	
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、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	1
生活相談員						
看護職員						
介護職員		2			2	2
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		3			3	1.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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		2				
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級		1				
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	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			0	6		
前年度1年間の退職者数			0	7		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			0	1		
1年以上3年未満の者の人数			0	4		
3年以上5年未満の者の人数			0	5		
5年以上10年未満の者の人数			0	4		
10年以上の者の人数			0	0		
	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	
障害を抱えながらも、いつまでも笑顔でいられるよう全力でサポートする	
介護サービスの内容、利用定員等 25名	
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし <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"/> なし <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"/> なし <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	くわのクリニック
(協力の内容) 往診と緊急時の電話相談	
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり その名称 訪問歯科デンタルハート
(協力の内容) 定期往診	
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	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		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	入居中に自立となった場合は入居継続可能（基本的には要支援～要介護の方を優先して入居していただいています。		
契約の解除の内容	1 2ヶ月以上の賃料他諸経費の支払いを怠ったとき 2 賃料他諸経費の支払いをしばしば遅延し、その遅延が本契約における賃貸人と借借人との信頼を著しく害すると認められたとき 3 その他本契約に違反したとき		
体験入居の内容	一泊2食付で8,000円 (空き部屋がある場合のみ利用可能)		
入居定員	25名		
その他			

入居者の状況

入居者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満			1	1		2
65歳以上75歳未満	1	2	4		1	8
75歳以上85歳未満	3		1	2		6
85歳以上		3	3	2		8
	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		1				1
85歳以上						
入居者の平均年齢	81歳					
入居者の男女別人数	男性	8名		女性	17名	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						10割
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数						
	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		1	2			3
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	1	6	8	10		

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	25	F 12.15 m 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
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
					m ²	
一時介護室	あり	なし			m ²	
共用便所の設置数	5	うち男女別の対応が可能な数		なし		
		うち車椅子等の対応が可能な数		5		
個室の便所の設置数	なし	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	
		0	1	0	0	
その他、浴室の設備に関する事項 大型浴槽用						
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)						
バリアフリーの対応状況 トイレ、浴室に入る際、スロープ						
(その内容)						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
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		683.92 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	終		
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		704.22 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	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	藤の台ガーデンヒルズ		
電話番号	04-7176-3400		
対応している時間	平日	9時～18時	
	土曜	9時～18時	
	日曜・祝日	9時～18時	
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	千葉県健康福祉部高齢者福祉課施設福祉推進室		
電話番号	043-223-2350		
対応している時間	平日	9時～17時	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土日、祝日、年末年始		
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) あいおい損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しており、サービス提供上の事故等に賠償される。	
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)	
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		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
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	人の入居の場合	円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	人の入居の場合	円	円	円	戸
一時金の算定根拠					
(その内容)					
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、利用料及び算定根拠)					
「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
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		なし	あり
(「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠)			
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	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠)			
100万			
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="checkbox"/> あり	15,000円
(「あり」の場合、その用途) 事務管理、備品・消耗品費			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	52,500円
(「あり」の場合、その内容) 朝食・昼食・夕食を30日間食した場合の費用			
光熱水費	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	円
利用者の個別的な選択による介護サービスりようりょう			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/> 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			
		なし	あり
個別的な選択による介護サービス		なし	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="checkbox"/> あり	6～10万円
その他に必要な月額利用料		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 共益費 25,000円 共用施設の維持管理費			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			