

住宅型有料老人ホーム

「J's ハウス川越新宿」重要事項説明書

		記入年月日	令和3年 7月 1日
記入者名	西村 新	所属・職名	J's ハウス川越新宿・管理者

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	法人の種類	医療法人社団
	名称	(ふりがな) いりょうほうじんずいゆうかい 医療法人瑞友会
事業主体の主たる事務所の所在地	〒350-1136	埼玉県川越市大字下新河岸39-1
事業主体の連絡先	電話番号	049-249-6550
	FAX番号	049-249-6551
	ホームページ	なし
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> : http://www.zuiyukai.jp/
事業主体の代表者の	職名	理事長
職名及び氏名	氏名	諏訪多 順二
事業主体の設立年月日	平成17年8月24日	

事業主体が川越市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"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC101
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC102
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC102
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし		
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC101
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC101
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC101
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	まごころ介護サービス	川越市砂706-2 パークハイツサイキC101
<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		
施設の名称	(ふりがな) じえいずはうすかわごえあらじゅく J'sハウス川越新宿	
施設の所在地	〒350-1124	川越市新宿町6丁目29番地14
施設の連絡先	電話番号	049-249-8686
	FAX番号	049-249-8687
	ホームページ	なし
	アドレス	<input type="checkbox"/> あり
施設の開設年月日		平成25年 9月 1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	西村 新
施設までの主な利用交通手段		
<input type="checkbox"/> 東武東上線「川越駅」から約2km(徒歩約20分)		
施設の類型及び表示事項	類型／住宅型有料老人ホーム	
	《表示事項》 <input type="checkbox"/> 居住の権利形態：利用権方式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式： 賃料その他費用は毎月の請求による月払い方式（口座より自動引落） <input type="checkbox"/> 入居時の要件：自立・要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険：介護保険による在宅サービス利用 <input type="checkbox"/> 居室区分：個室30室・二人居室3室 <input type="checkbox"/> その他：	

3. 従業者に関する事項（令和3年 7月 1日現在）

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	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員						
介護職員						
栄養士						
調理員			2		2	0.5
事務員	1		1		2	1.7
その他従業者			2		2	0.6
生活支援員			2		2	0.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				37.5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。						
夜勤を行う職員の人数				(0) 人		
夜勤帯平均人数（20時～6時内で実働6時間）				(0) 人		
最少人数（休憩者等を除く）				(0) 人		

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>1、ご入居様が個々の生き甲斐を持った生活を送り、自分らしさを大切にした毎日を慈しんで頂けるようご支援いたします。</p> <p>2、ご入居様一人ひとりの主体性を重要視し、生活・医療・介護の面から日々の暮らしをサポートいたします。</p>			
サービスの内容等			
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況			あり
協力医療機関の名称		医療法人瑞友会 新河岸腎クリニック 〒350-1136 埼玉県川越市大字下新河岸39番地1	
(協力の内容) 利用者への健康相談、健康診断。			
協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	その名称 医療法人社団 秀芳会 コスモス歯科医院
(協力の内容) 利用者への訪問歯科診療。			

5. 住み替えに関する事項

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) 住宅型の為、一時介護室はご入居者の自室。 退院後や日常生活上で一時的な介護が必要となった場合は、 ①指定する医師の意見を聞き、医療機関を併設している施設へ一時入所 ②ご入居者の意思を確認 ③身元引受人もしくはご家族等の意見を聞き対応 以上の手続を経て、一時的に介護施設または居室にて介護が必要となった場合は、 外部型訪問介護サービスにて対応。		
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) 住宅型であるためご逝去以外は居室利用権についてはご入居者にあり。		
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		
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) 既存設置備品につき、故障等が生じない限り変更無し。		
他の居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 家族状況（入居後2人部屋希望時）により空き室があれば変更も検討。		
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) 住み替えにより個室利用権を消滅し、新たな利用権を設定。		
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) 個室と2人部屋では室内全体の仕様が異なる。		
他の施設に移る場合の条件等 24時間体制にて医療機関及び看護・介護の必要が生じた場合。		

6. 入居者の状況（令和3年 7月 1日）

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	1	3			2	7
65歳以上75歳未満	1	6	2	2	2	13
75歳以上85歳未満	3	4	1	1		9
85歳以上	1		1			2
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	1		1			2
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	69.4歳					
入居者の男女別人数	男性	25		女性	8	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						100%
前年度に退去した者の人数（R2.4.1～R3.3.31）						
	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		1				1
医療機関	1	1	3	1		6
死亡者	2	2				4
その他						
	自立	要支援1	要支援2	障害		合計
自宅等						
社会福祉施設	1					1
医療機関						
死亡者				1		1
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	4	4	22	3		

7. 施設、設備等の状況

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	30	6	15.0~19.11㎡			
	一般居室相部屋	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	3		28.21㎡			
	一時介護室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡			
		あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡			
		あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡			
共用便所の設置数	5 (従業員用3含む)	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	33	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			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				
		3	0	0	0				
その他、浴室の設備に関する事項 2~4階に共用シャワーユニットを設置									
食堂の設備状況	1階(48.26㎡)に配置。								
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	玄関、エントランスホール、食堂、1F洗面室、各階談話室/【2~3F】洗濯室・脱衣室・シャワーユニット・汚物処理スペース							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全館バリアフリー対応。									
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		なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	930.54㎡								
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり					
貸借(借地)									
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	2013年4月1日	終	2033年3月31日			
			契約の自動更新	なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり			
施設の建物に関する事項									
建物の構造	鉄骨造陸屋根4階建								
建物の延床面積	1328.19㎡								
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり					
貸借(借家)									
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	2013年4月1日	終	2033年3月31日			
			契約の自動更新	なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり			

8. 利用者からの苦情窓口等

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	医療法人 瑞友会 窓口責任者：施設長／西村 新 ※ ご入居者様からの苦情内容は守秘義務を課し、速やかに対応。 尚、苦情申出による差別的な待遇は一切行わない。		
電話番号	049-249-8686		
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	日曜・祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）		
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	① 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 ② 川越市福祉部高齢者いきがい課		
電話番号	① 048-824-2568（直通） ② 049-224-8811（代表）		
対応している時間	平日	① ②9:00～17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜・日曜・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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	開設時加入。サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	介護サービスは介護保険による居宅サービスとなるため、介護中の事故に関する損害賠償はサービスを提供した各事業所にて対応とする。	
サービスの提供内容に関する特色等			
日々の介護サービスは介護保険による居宅サービス事業所での対応。生活支援サービスのみ提供。			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし あり

9. 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
入居準備金			
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 管理費(光熱費含) 生活支援サービス
個室			
2名居室			
※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		
	食費		
	光熱水費・管理費		
	一時金		
	その他		
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原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	なし		
要介護状態に応じた金額設定	なし		
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	管理費 (光熱費含)	生活支援 サービス
	個室	166,500円	60,000円		48,900円	36,000円	21,600円
	2名居室	274,200円	90,000円		97,800円	54,000円	32,400円
※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	退去率と一定期間の空室発生や一入居者あたりの販売管理費、原状回復費用等を踏まえた開設費用及び賃料、修繕費を勘案して設定					
	食費	「30日計算」朝食510円、昼食560円、夕食560円					
	管理費（光熱費含）	共用施設、設備の維持管理費、水道光熱費、事務管理費					
	生活支援サービス	介護保険対象外のサービス、日常生活に必要な支援のための人件費等					
	その他	「J'sハウス川越新宿」サービス一覧参照					
一時金方式・月払い方式共通							
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	あり					
算定 根拠	職員が代行するための人件費等						

10. 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) 廊下幅員、居室面積	

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。