

住宅型有料老人ホーム

重要事項説明書

		記入年月日	令和7年4月1日
記入者名	廣澤 勇文	所属・職名	エーデルワイス管理者

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	営利法人	
	名称	(ふりがな) かぶしきがいでいしゃ あたたかいて 株式会社 あたたかい手	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒369-0217	埼玉県深谷市山河 573-1	
事業主体の連絡先	電話番号	048-577-7685	
	F A X 番号	048-577-7686	
	ホームペー	なし	
	ジアドレス	☒ : http:// www.atatakaite.net/index.html	
事業主体の代表者の		職名	代表取締役
職名及び氏名		氏名	伊藤 捷雄
事業主体の設立年月日		平成 18 年 1 月	

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	あり	なし	訪問介護センターあ たたかい手	深谷市今泉 593-3
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	デイサービスセンタ ーあたたかい手 デイサービスセンタ ーミモレット デイサービスセンタ ー ステラヒルズ	深谷市今泉 593-3 深谷市上柴町東 5-3-5 深谷市上柴町 5-4-10
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＞				
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	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	訪問介護センター あたたかい手	深谷市今泉 593-3
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		
介護予防日常生活支援総合事業 通所型サービス	あり	なし	デイサービスセンタ ーあたたかい手 デイサービスセンタ ーミモレット デイサービスセンタ ー ステラヒルズ	深谷市今泉 593-3 深谷市上柴町東 5-3-5 深谷市上柴町 5-4-10
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		
<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) えーでるわいす エーデルワイス	
施設の所在地	〒366-0801	埼玉県深谷市上野台 3207-4、3208-7
	電話番号	048-598-5712
	F A X 番号	048-598-5713
	ホームページ	なし
	アドレス	あり http://www.atatakaite.net/edelweiss.html
施設の開設年月日		平成 27 年 9 月
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者
	氏名	廣澤 勇文
施設までの主な利用交通手段		
J R 深谷駅より車で 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 《表示事項》 ○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：在宅サービス利用可(介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービス利用するホームです。) ○居室区分：全室個室	

3. 従業者に関する事項（令和7年4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	0	1	0	0	1	1. 0
看護職員	0	0	0	0	0	
相談員	0	0	0	0	0	
介護職員	0	6	0	5		9. 2
その他従業者	0	0	4	0	0	1. 4
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				4 0		
※ 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				(1) 人		
夜勤帯平均人数 (16 時～ 9 時)				(1) 人		

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
入居者の方が持つ能力に応じ自立した生活を送れるように、お手伝いいたします。			
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			なし
協力医療機関の名称		なすはらクリニック	
(協力の内容) 入居者の健康管理 他の医療機関への入院・転院紹介			
協力歯科医療機関	なし	☒ あり	その名称 ・只見歯科医院 ・やなせ歯科医院
(協力の内容) 口腔ケア指導			

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			
他の居室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容) ・身体状況等に応じて ・一度退去の手続きをしていただいて、新たに利用権契約書にてご契約を結んでいただきます。			
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) ご契約中の居室を一度退去の手続きをしていただいて、住み替えになった居室にて新たにご契約をしていただきます。			
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)			

6. 入居者の状況（令和7年4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
6 5 歳未満	0	0	0	0	0	0
6 5 歳以上 7 5 歳未満	0	0	0	0	0	0
7 5 歳以上 8 5 歳未満	2	3	2	5	2	14
8 5 歳以上	3	7	2	2	0	14
	自立	要支援 1	要支援 2	申請中		合計 28
6 5 歳未満	0	0	0	0		0
6 5 歳以上 7 5 歳未満	0	0	0	0		0
7 5 歳以上 8 5 歳未満	0	0	0	0		0
8 5 歳以上	0	0	0	0		0
入居者の平均年齢	8 5 . 6					
入居者の男女別人数	男性	1 1		女性	1 7	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					1 0 0 %	
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	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	1	1	1	3
医療機関	0	3	2	1	0	6
死亡者	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援 1	要支援 2			合計 9
自宅等	0	0	0			0
社会福祉施設	0	0	0			0
医療機関	0	0	0			0
死亡者	0	0	0			0
その他	0	0	0			0
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	6	2	1 2	8	—	—

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	☐	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	28		14.44 m ²			
	一般居室相部屋	あり	☐ なし			m ²			
	一時介護室	あり	☐ なし			m ²			
		あり	なし			m ²			
					m ²				
		あり	なし		m ²				
共用便所の設置数	10	うち男女別の対応が可能な数				10			
		うち車いす等の対応が可能な数				10			
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合				0			
		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		
		1							
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		なし				☒ あり			
その他、共用施設の設備状況									
☐ なし	☒ あり	(その内容) 受付、駐車場、食堂兼多目的ホール(機能訓練にも使用)、健康管理室、静養室							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 玄関を除き館内全てバリアフリー									
緊急通報装置の設置状況		なし		一部あり		☒ 全居室内にあり			
外線電話回線の設置状況		☐ 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		☒ 全居室内にあり			
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		2097.92 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	平成27年		終	平成52年		
		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		木造平屋建て							
建物の延床面積		992.20 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	平成27年		終	平成52年		
		契約の自動更新		なし		☒ 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		エーデルワイス		
電話番号		048-598-5712		
対応している時間		平日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0	
		土曜	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0	
		日曜・祝日		
定休日等		日曜		
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 埼玉県福祉部高齢者福祉課 048-830-3254 ② 埼玉県消費生活支援センター熊谷 048-524-0999 ③ 深谷市消費生活センター 048-571-2805		
電話番号		① 048-830-3254 ②048-524-0999 ③048-571-2805		
対応している時間		平日	① 8 : 30~17 : 15 ②9 : 30~16 : 00 ③10 : 00~12 : 00 13 : 00~16 : 00 (木曜を除く)	
		土曜		
		日曜・祝日		
定休日等		日曜・祝日・12/29~1/3		
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	☒	(その内容) 事業者は、故意又は過失により入居者の生命、身体又は財産に損害を与えた場合、損害賠償責任保険約款に基づき速やかに損害賠償を行います。ただし、入居者側にも故意又は過失がある場合には、この限りではありません。		
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	☒	(その内容) 事故が発生した場合には、直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び埼玉県等関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意又は過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意を持って対応します。ただし、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除又は軽減される場合があります。		
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				
☒	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				
☒	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	

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
敷金	0 円（家賃の ヶ月分）		
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		116,550（円）（夏季・冬季 119,700）（円）	
プラン名称	月額	(内訳)	
	計	家賃相当額	共益費
プラン A		40,000	5,000
夏季・冬期			8,150
		*翌月分を毎月 28 日に口座自動振り込み方式か指定口座に振り込みにて支払う	
		喫食数に基づき月末締めで、翌月 28 日に口座自動振り込み方式か指定口座に振り込みにて支払う ◎欠食の届け出は 7 日前までをお願いします	
※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	近隣の家賃相場より	
	食費	複数の業者からの業務委託見積金額及び配膳下膳に係る人件費等をベースに算定	
	光熱水費	共益費に含む	
	生活支援サービス費	施設運営のための人件費、事務費として算定	
	共益費	消耗品費、冷暖房費（夏季(7.8.9 月)、冬季(12.1.2 月)は 3,150 円/月加算）及び維持管理費として算定	
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	なし	あり
算定根拠	サービス提供のための人件費及び物件費等を勘案して設定。		
料金改定の手続			
	施設が所在する地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いた上で改定するものとします。		

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)		

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

令和 年 月 日

利用権契約にあたり、下記利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 株式会社 あたたかい手
所在地 埼玉県深谷市山河 573-1
代表者 代表取締役 伊藤 捷雄 印

事業所名 エーデルワイス
所在地 埼玉県深谷市上野台 3 2 0 7 - 4
説明者 廣澤 勇文 印

私は、契約書及び本書面により、事業者からの通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印

代理人 住所
氏名 印

続柄 1、家族 ()
2、その他 ()
3、成年後見人 ()