

重要事項説明書

	記入年月日	2018/11/1
記入者名	広木 澄枝	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 <input checked="" type="radio"/> あり
		(その他の場合、その名称) 株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ けあれじでんす 株式会社 ケアレジデンス
事業主体の主たる事務所の所在地		〒 311-4143
		水戸市大塚町字清水1661番地
事業主体の連絡先	電話番号	029-252-6615
	FAX番号	029-254-5802
	ホームページアドレス	
		あり : http://www.careresi.jp
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	大久保 泰子
	職名	代表取締役 社長
事業主体の設立年月日	1984/10/1	

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)		
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五軒町	水戸市五軒町3-4-7
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	ケアレジデンス水戸元吉田館	水戸市元吉田町223
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	ケアレジデンス水戸本館	水戸市大塚町1661番地
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	ケアレジデンス水戸居宅介護支援事業所	水戸市大塚町1661番地
<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)		
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	デイサービスセンター五軒町	水戸市五軒町3-4-7
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	ケアレジデンス水戸元吉田館	水戸市元吉田町223
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	ケアレジデンス水戸本館	水戸市大塚町1661番地
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	ケアレジデンス水戸在宅介護支援事業所	水戸市大塚町1661番地
<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) けあれじでんすみとともよしだかん ケアレジデンス水戸元吉田館	
施設の所在地	〒310-0836	水戸市元吉田町223番地
施設の連絡先	電話番号	029-309-3301
	FAX番号	029-309-3305
	ホームページアドレス	なし あり : http://www.careresi.jp
施設の開設年月日		2005/5/1
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	広木 澄枝
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR常磐線水戸駅下車 南口より関東鉄道バス利用 荒谷一本松バス停下車 徒歩5分 常磐自動車道 水戸ICより8Km		
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム	
介護保険事業所番号	0870102340	
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	2005/5/1	
指定の年月日	2005/5/1	
指定の更新年月日	2011/9/1	
指定の更新年月日	2017/9/1	

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	0.5
生活相談員	1				1	1
看護職員	1	1			2	1.6
介護職員	12		3		15	14
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者		1			1	0.3
栄養士	1				1	1
調理員	3		3		4	4.2
事務員			2		2	1.4
その他従業者			4		4	1.6
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	8			1		
実務者研修						
介護職員初任者研修	1			2		
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	1					
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 (19時～7時)	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人）				2	
	平均時の人数				3	

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	1				1	1
看護職員	1	1			2	1.6
介護職員	12		3		17	14
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者		1			1	0.3
その他の従業者			6		6	3

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	8		1	
実務者研修				
介護職員初任者研修	1		2	
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	1			
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 介護支援専門員
---------------------	----	------	-------------------

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 1.7 : 1.0

従業者の当該報告に係る介護サービスの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		3			
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数			1			
1年以上3年未満の者の人数			2		1	
3年以上5年未満の者の人数			4			
5年以上10年未満の者の人数			5	3		
10年以上の者の人数	2					
	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	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
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		1			1	
従業者の健康診断の実施状況				なし	(あり)	

4. 介護サービスの内容に関する事項

事業所等の運営に関する方針			
<p>1、株式会社ケアレジデンスが開設する指定居宅サービスに該当する特定施設入居者生活介護が管理運営に関する事項を定め、指定特定施設入居者生活介護の提供にあたる従業者が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>2、従業者は要介護者等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出来るよう、入浴、排泄、食事の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う。また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>			
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	北水会記念病院		
(協力の内容)	往診・緊急時の対応		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 水戸デンタルクリニック
(協力の内容)	往診(随時)		
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	特になし		
契約の解除の内容	<p>入居申し込み書等に虚偽の記載をして不正に入居したとき。 管理費、食費、その他の費用の支払いをしばしば延滞するとき。 承諾を得ないで第三者を同居させたとき。 目的施設、附属設備、備品等を故意又は重大な過失により汚損、破損又は消失したとき。 他の利用者の生命に危害を及ぼす行動をとり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。但し、特定の病因などに基づくものであり医療機関において適切な治療を受けている場合はこの限りではない。</p>		
体験入居の内容	1ヶ月間体験入居可能		
入居定員	31		
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						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満	1		1	1	1	4
85歳以上	6	7	3	6	2	24
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満	1					1
85歳以上	1	1				2

入居者の平均年齢 89.2

入居者の男女別人数 男性 7 女性 24

入居率 100.0%

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		2				2
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	2	1	20	5	3	

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	(なし)			m ²
	一般居室相部屋	(なし)			m ²
					m ²
					m ²
	介護居室個室	(あり)	31		18.9 m ²
	介護居室相部屋	(なし)			m ²
					m ²
				m ²	
一時介護室	(なし)			m ²	
				m ²	
				m ²	
共用便所の設置数	1	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	31	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		31	
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		特になし			
食堂の設備状況	キッチン、冷蔵庫、洗面台				
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) サンプルーム、生きがいルーム		
バリアフリーの対応状況					
(その内容) 居室、廊下、他共有部の段差を解消					
緊急通報装置の設置状況	なし		あり	(各居室にあり)	
外線電話回線の設置状況	なし		あり	(各居室にあり)	
テレビ回線の設置状況	なし		あり	(各居室にあり)	
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積			2022.42		
事業所を運営する法人が所有			なし	(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			1615.73		
事業所を運営する法人が所有			なし	(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

事業所又は事業所を運営する法人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	苦情相談窓口		
電話番号	029-309-3301		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝日	9:00~18:00	
定休日等	特になし		

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	茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課		
電話番号	029-301-1565		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等			

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	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容)
----	-------------------------------------	--------

介護サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)	どこからでも日の光が差し込んでくる円形のつくりであたたかい雰囲気の中、利用者の生活歴を尊重しながら利用者本位の対応、またケアプランにそった個別対応を心掛けています。
--------	--

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="radio"/> なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし あり

第三者による評価の実施状況

<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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	入居金		
	最低の額	最高の額	最多価格帯
1人の入居の場合 一括払い方式	4,800,000 円	7,200,000 円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
1人の入居の場合 分割払い方式	5,100,000 円	7,500,000 円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
	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) 日割りにて償却いたします	
償却金額（1ヶ月当たり）	114,200円		
償却年月数	42ヶ月		
解約時返還金の算定方法	一括払い方式	(入居金) - (償却金額/月×入居経過月数)	
	分割払い方式	(納付済み入居金) - (償却金額/月×入居経過月数)	
保全措置の実施状況	なし	(あり)	(その内容) 株式会社 筑波銀行の債務保証
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		(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、その内容及び利用料)			
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			
④その他に要する一時金		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
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	(あり)	88,900 円
(「あり」の場合、その使途)		設備管理費、事務管理費、居室水道光熱費	
食費	なし	(あり)	59,400 円
(「あり」の場合、その内容)		食材費、調理費	
光熱水費	なし	(あり)	14,160 円
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	(あり)	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		配置基準以上の人員配置費用その他	31,200 円
「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)	あり	円
その他に必要な月額利用料		なし	(あり)
(「あり」の場合、その内容及び利用料)		おむつ代、クリーニング代、本人希望の購入品、理美容料金等は別途実費負担	
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

6. 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」

※ _____ 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。