

## ケアレジデンス水戸新館重要事項説明書

		記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	照山 卓	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 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">あり</span> 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	
	茨城県水戸市大塚町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	なし あり : <a href="http://www.careresi.jp/">http://www.careresi.jp/</a>
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
事業主体の設立年月日	1984年10月1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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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	ケアレジデンス水戸新館イサセンター	水戸市大塚町1741番地
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番地
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	ケアレジデンス水戸居宅介護事業所	水戸市大塚町1661
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	ケアレジデンス水戸新館イサセンター	水戸市大塚町1741番地

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 ンス水戸 元吉田館	水戸市元吉田223番 地
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 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		
<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しんかん ケアレジデンス水戸新館	
施設の所在地	〒311-4143	茨城県水戸市大塚町1741番地
施設の連絡先	電話番号	029-255-3336
	FAX番号	029-255-3340
	ホームページ	なし
	アドレス	あり: <a href="http://www.careresi.jp/">http://www.careresi.jp/</a>
施設の開設年月日	1992年2月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	照山 卓
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR常磐線赤塚駅より車で10分 (約3Km)		
双葉台2丁目バス停より徒歩1分 (約80m)		
施設の類型及び表示事項		
類型	介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)	
居住の権利形態	利用権方式	
利用料の支払方法	一時金方式	
入居時の要件	入居時自立・要支援・要介護	
介護保険	茨城県指定介護保険特定施設 茨城県指定介護予防施設	
介護居室区分	個室 (夫婦部屋あり)	
介護に関わる職員体制	2.0対1	
介護保険事業所番号	0870100757	
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	2000/4/1	
指定の年月日	2000/4/1	
指定の更新年月日	2014/4/2	

### 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	2				2	1.9
看護職員	1		3		4	2.2
介護職員	21		13		34	27.6
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1	1			2	1.5
栄養士	3				3	3.0
調理員	1		4		5	3.7
事務員			3		3	2.3
その他従業者	3		21		23	13.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40.0
※ 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。						
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						
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						
人数	夜勤帯平均人数 (16時～9時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	3		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
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	2				2	1.9
看護職員	1		3		4	2.2
介護職員	21		12		33	27.6
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1	1			2	1.5
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						40.0
※ 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。						
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						
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						
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						65%

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	1		1	4		
前年度1年間の退職者数	2		5	5		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			2	3		
1年以上3年未満の者の人数	1		8	1	2	
3年以上5年未満の者の人数			6	1		
5年以上10年未満の者の人数			6	1		
10年以上の者の人数		3	2	3		
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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	1					
10年以上の者の人数				2		
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		
高齢者のニーズに敏感に対応していこうという一貫したポリシーに基づき、生活支援、余暇活動、食入浴等の介護サービス、リハビリテーション等さらに施設の安全管理までのサービスを心がけております。		
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	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
医療関連加算の有無	なし	あり
生活機能向上連携加算	なし	あり
介護職員処遇改善加算の有無	なし	あり
看取り介護加算の有無	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	医療法人社団北水会 北水会記念病院	
(協力の内容)		
① 内科診療のための医師派遣(週2回)訪問診療、看護指導、他の医療機関への紹介		
② 入院加療を要する場合の入院受け入れ及び看護職員に対する指導、助言		
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称 双葉台歯科医院 外山歯科医院		
(協力の内容)		
受診の受け入れと、外来受診が不可能な方に対する訪問診療		
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		
個々の居室にて行う		

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	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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 (その内容)	なし	あり
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	なし	
契約の解除の内容	① 入居申し込みに虚偽の記載をし、不正に入居したとき ② 管理費その他の費用の支払をしばしば延滞するとき ③ 承認を得ないで第三者を同居させたとき ④ 転賃、譲渡等の禁止規定に違反したとき ⑤ 行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護では防止出来ないとき又、入居者の方が契約を解除しようとするときは、30日以上予告期間が必要です	
体験入居の内容	1泊から1ヶ月まで可能（ただし介護保険は利用できません）個室1日（3食付）20,000円（消費税込）	
入居定員	70名	
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	0	0	0	1	1
65歳以上75歳未満	0	1	0	0	0	1
75歳以上85歳未満	1	0	1	2	0	4
85歳以上	10	9	9	6	4	38
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	0	0	0			0
65歳以上75歳未満	1	0	1			2
75歳以上85歳未満	2	0	0			2
85歳以上	8	1	3			12

入居者の平均年齢 88.05

入居者の男女別人数 男性 20 女性 39

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 95%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	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	1					1
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者			1	3	3	7
その他		1				1
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者	1		2			3
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	5	28	13	8	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	<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		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 <input type="checkbox"/> なし				m <sup>2</sup>	
	一般居室相部屋	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				m <sup>2</sup>	
						m <sup>2</sup>	
						m <sup>2</sup>	
	介護居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	62		70	m <sup>2</sup>
	介護居室相部屋	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					m <sup>2</sup>
							m <sup>2</sup>
					m <sup>2</sup>		
一時介護室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	1	6	m <sup>2</sup>		
					m <sup>2</sup>		
					m <sup>2</sup>		
共用便所の設置数	5	うち男女別の対応が可能な数		1			
		うち車椅子等の対応が可能な数		5			
個室の便所の設置数	62	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					
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴		
		62	1	1	2		
その他、浴室の設備に関する事項							
食堂の設備状況	2F、3F、4F テーブル、椅子、洗面台配置、レクリエーション等多目的に使用						
入居者等が調理を行う設備状況			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
その他、共用施設の設備状況							
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) ロビー、アクティビティーホール、サンルーム、クラブルーム					
バリアフリーの対応状況							
(その内容)							
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり				
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり				
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり				
施設の敷地に関する事項							
敷地の面積		6,215 m <sup>2</sup>					
事業所を運営する法人が所有	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 一部あり	あり				
抵当権の設定		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
貸借 (借地)							
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	平成4年	終		
					平成33年		
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				鉄筋コンクリート造			
建物の延床面積				4,645㎡（地上4階建）			
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	
				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		ケアレジデンス水戸新館苦情相談窓口	
電話番号		029-255-3336	
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		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		公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号		03-3564-1531	
対応している時間		平日	10:00～17:00
		土曜	定休日
		日曜・祝日	定休日
定休日等		土、日、祝祭日、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）	
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	
		平成24年2月15日	
		実施した評価機関の名称	
		川原経営	
		当該結果の開示状況	
		なし	
		あり	

## 5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式		選択方式				
敷金	なし		(家賃のヶ月分)				
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		介護費用	食費	光熱水費	管理費
		計					
A (西)	9,500,000	232,200		1人当り 54,000円	1人当り 59,400円	水道： 管理費に含む 電気： 実費	118,800
A (東)	10,000,000	232,200					118,800
B (西)	15,000,000	232,200					118,800
B (東)	16,000,000	232,200					118,800
C (西)	16,000,000	232,200					118,800
C (東)	17,000,000	232,200					118,800
D (東)	20,000,000	232,200					118,800
2人入居	25,000,000	356,400					129,600
S (西)	28,000,000	232,200					118,800
2人入居	33,000,000	356,400					129,600
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定 根拠	介護費用	※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。  介護等の人員が介護保険給付による収入でカバーできない入居者の個人的な要望又は選択により、個人的なサービスを提供するための費用。					
	食費	厨房管理費 (32,400円) 栄養士その他食事部門の人件費、設備・備品代 (調理具・食器等) 食材費 (27,000円) ※2食欠食より返金あり					
	光熱水費	水道料金は、管理費に含まれる。 居室における電気料金は、実費負担。					
	管理費	事務管理部門の人件費、水道料金、事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設 (居室及び共用施設) の維持管理費です。					
	NHK料金	テレビご利用の方のみ					

		一時金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 用途：入居一時金は、目的施設（居室及び共用施設）を利用する家賃相当額に充当します。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品の受領に該当しません。</li> <li>・ 内訳：※事業費（施設の土地代・建設費、大規模修繕等修繕費、借入利息、管理事務費等）※土地・建物の賃借料</li> <li>・ 算定方法：入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）（以下、指針及び事務連絡という。）で示された算式に基づき算定します。その算定方法は管理規程又は別紙で示します。</li> </ul>
--	--	-----	---

一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日の翌日		
初期償却率（％）	なし		
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	入居一時金ごとに異なる		
権利金等（※）の額	なし		
（※）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）	72ヶ月		

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
<p>償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。償却期間を超える場合：返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。</p> <p>入居一時金－（入居一時金×入居経過月数÷72ヶ月）</p> <p>※償却起算月及び契約終了月の未利用日数は、日割り計算で返還します。</p>			
保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）公益社団法人全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入
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			
入居日の翌日から三月以内に契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合、受領済みの一時金を全額返金する。但し、利用期間に係る利用料を下記の算定方法に基づき受領する。			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 算定方法 入居一時金－（日数単価×入居日からの利用実日数）</li> </ul>			
一時金の支払方法			
契約締結後に一括			

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	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	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費

※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	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	
	光熱水費	
	管理費	

一時金方式・月払い方式共通		
介護保険サービスの自己負担額		
内容	※ 要介護度に応じて利用料の1割を負担する。 (一定以上所得の場合は、2割ないし3割を負担する。)	
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)	なし	あり
内容		
利用料	( <u>月額</u> ・ 日額 )	
算定根拠		
支払い方法	月単位(日割りの有無 あり ・ <u>なし</u> )	
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	<u>なし</u>	あり
算定根拠		
料金改定の手続		
自治体の消費者物価指数や職員の人件費を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、改定する。		

## 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	<u>あり</u>	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<u>なし</u>		
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。