

せせらぎの里

重要事項説明書

| | | | |
|------|------|-------|------------|
| | | 記入年月日 | 平成30年10月2日 |
| 記入者名 | 服部秀次 | 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="checkbox"/> あり 株式会社 |
| | 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ りあん 株式会社 リアン | |
| 事業主体の主たる 事務所の所在地 | 〒509-7205 | | |
| | 岐阜県恵那市長島町中野19番地4 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0573-25-0551 | |
| | FAX番号 | 0573-25-5188 | |
| | ホームページアドレス | http://seseragi-sato.com/ | |
| 事業主体の代表者の 氏名及び職名 | 氏名 | 曾我 綾子 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成24年6月20日 | | |

事業主体が岐阜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 | 訪問介護事業所 せせらぎの里 | 恵那市長島町永田519番2 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ステーション リアン | 恵那市長島町中野8-4篠原歯科ビル1F |
| 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 せせらぎの里 | 恵那市長島町永田519番2 |
| 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 | 訪問介護事業所 せせらぎの里 | 恵那市長島町永田519番2 |
| 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 | 訪問看護ステーション リアン | 恵那市長島町中野8-4篠原歯科ビル1F |
| 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 せせらぎの里 | 恵那市長島町永田519番2 |
| 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 | | |
| 介護老人保険施設 | 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじん ほーむ せせらぎのさと 住宅型有料老人ホーム せせらぎの里 | |
| 施設の所在地 | 〒509-7204 岐阜県恵那市長島町永田519番2 | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 0573-25-7117 |
| | FAX番号 | 0573-25-8510 |
| | ホームページアドレス | http://seseragi-sato.com/ |
| 施設の開設年月日 | 平成25年7月1日 | |
| 施設の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 服部 秀次 | 職名 施設長 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 車の場合：中央自動車道「恵那インター」より車で3分 電車の場合：JR中央本線「恵那駅」より車で5分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 住宅型有料老人ホーム | |

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人 | | | | 1人 | 1人 |
| 生活相談員 | | | 1人 | | 1人 | 0.5人 |
| 看護職員 | | | | 5人 | 5人 | 3人 |
| 介護職員 | 1人 | | 20人 | | 21人 | 2人 |
| 事務員 | 2人 | 1人 | | | 3人 | 2人 |
| その他従業者 | | | 2人 | | 2人 | 0.5人 |
| 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 | | | | 16人 | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | |
| 2級 | | | | 5人 | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| 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(20時~7時) | | 最少時人数(休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 0人 | | 0人 | | | |
| 介護職員 | 2人 | | 2人 | | | |

| 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 | | 3人 | | 1人 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2人 | | 5人 | | |
| 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 | | | | 1人 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | 6人 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | 13人 | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | 1人 | | 1人 |
| | 事務員 | | その他従業者 | | | |
| | 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 | 1人 | | | 1人 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務従事した経験年数 | | | | | | |
| 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 |

* 前年度は平成29年4月1日～平成30年3月31日

4. サービスの内容

| | | | |
|--|--|----|--------------|
| 施設の運営に関する方針 | | | |
| 入居者生活支援の提供に当たり、事業所の生活相談員等は、サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の見守りサービスを行うことにより、入居者が自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 | | | |
| 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 | 河上クリニック | | |
| (協力の内容) | 診療科目：内科、循環器内科、小児科 往診医の派遣、日常の健康相談、年2回の健康診断の実施 | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | その名称：恵那歯科医師会 |
| (協力の内容) | 往診医の派遣 | | |
| 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 | | | |
| 自立時も要介護時も個人の居室にて実施する。 | | | |
| 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 | 自立の方及び介護保険の要支援もしくは要介護の認定を受けている方 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>下記の場合は90日間の予告において契約を解除することができる。但し契約の解除においては、利用者の事情を斟酌し、身元保証人を含めた協議の上で決定することとする。</p> <p>① 入居者申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。</p> <p>③ 入居契約書第19条の規定に違反したとき</p> <p>④ ホームの土地の定期借地契約期限平成45年6月30日が到来したとき。</p> <p>⑤ 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。</p> | | |
| 体験入居の内容 | 無 ※但し、1か月以内の解約時は、料金を日割り計算します。 | | |
| 入居定員 | 41名（41室） | | |
| 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 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | 1人 | 1人 | | 1人 | | 3人 |
| 75歳以上85歳未満 | 1人 | | 2人 | 2人 | 2人 | 7人 |
| 85歳以上 | 2人 | 5人 | 7人 | 7人 | 4人 | 25人 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | 1人 | | | 1人 |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | |
| 85歳以上 | | 1人 | | | | 1人 |

入居者の平均年齢 86.9歳

入居者の男女別人数 男性 12人 女性 25人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）

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人 | 1人 | | | | 2人 |
| 社会福祉施設 | | | 2人 | 2人 | | 4人 |
| 医療機関 | | | | 2人 | 1人 | 3人 |
| 死亡者 | 3人 | | 4人 | 8人 | 8人 | 23人 |
| その他 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | |
| 社会福祉施設 | | 1人 | | | | 1人 |
| 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 | 8人 | 2人 | 27人 | | | |

入居者様状況は平成30年7月1日現在

* 前年度は平成29年4月1日～平成30年3月31日

| 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 | 41室 | 41名 | 15.40m ² | | | |
| 共用便所の設置数 | 6箇所 (職員共用2か所) | | うち男女別の対応が可能な数 | | | | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 6箇所 | | | |
| 個室の便所の設置数 | 1箇所 | | 個室における便所の設置割合 | | | 5% | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 1か所 | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | | |
| | | | 4 | 0 | 2箇所 | | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 食堂及び談話室として114.54m ² (1か所) | | | | | | | | |
| 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) 洗濯室(6.44m ²)洗濯脱衣室(10.24m ² ,6.16m ²)、倉庫(13.41m ²)、静養室(26.6m ²)、相談室(10.45m ²)、事務室(22.68m ²) | | | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | |
| (その内容)全設備車椅子対応可能 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 2998.42m 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 | 2013.07.01 | 終 | 2063.06.30 | | |
| | | | 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 | | | | 鉄骨造2階建て | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | | 1550.67m 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 | 施設長・生活相談員・介護サービス計画担当者 | | |
| 電話番号 | 0573-25-7117 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 | |
| | 土曜 | 8:30~17:00 | |
| | 日曜・祝日 | 8:30~17:00 | |
| 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 | ①恵那市 医療福祉部 高齢福祉課 ②岐阜県国民健康保険団体連合会 | | |
| 電話番号 | ①0573-26-2111 ②058-273-1111 | | |
| 対応している時間 | 平日 | ① 8:30~17:15 ② 9:00~17:00 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日等 | 土、日祝日 | | |
| 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) 三井住友海上火災保険「福祉事業者総合賠償責任保険」の補償範囲 | |
| 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事 | | | |
| なし | あり | (その内容) 施設の緊急対策マニュアルに沿い、医療機関と連絡をとり適切に処理する。家族及び、身元保証人へ速やかに連絡し、対処方法を相談する。 | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) 個別ケアを重視するとともに、隙間のないケア、また年を重ねることによる身体機能、状態の低下、精神的な不安の軽減を目指す。 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | |
| | | 実施した評価期間の名称 | |
| | | 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 | 月払い方式 | 選択方式 | | |
| 敷金 | 100,000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 | | 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 | 食 費 | サービス費 | 管理費 |
| 通常プラン | 169,760円 | 65,000円 | 51,840円 | 25,920円 | 27,000円 |
| 特別室プラン | 174,760円 | 70,000円 | 51,840円 | 25,920円 | 27,000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 | 本有料老人ホームは、建築等の借入金、約350,000千円、金利が70,000千円(20年、金利2.0%)で合計420,000千円の費用がかかっており、これを15年償却で想定し、41人の満室時の人数での分担を考えると、1月当たりの分担額は、420,000千円÷180ヶ月(15年)÷41人=56,910円となります。また、月額地代も400千円/月発生するので、これも41人で分担すると分担額は9,756円となります。従って家賃は、56,910円+9,756円=66,666円を基準とし、これを65,000円と致しました。 | | | |
| | 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 | 一日当たり1,728円×30日で試算しています。 1,728円の内訳は、下記の通りで設定致します。 朝食 350円 昼食 650円 夕食 600円 合計 1,600円+8%=1,728円/日 | | | |
| | サービス費 | 運営に係るソフト(人件費)に係る費用。年間想定人件費を1ヶ月ごとに割戻し、41名の入居者で割った金額を根拠とする。 年人件費 19,564,000円÷12ヶ月÷41人=39,764円。従って、サービス費は 25,920円と設定する。 (介護職員：@1,000円×24時間×365日+看護職員：@1,400円×8時間×365日×2名+事務職員：@900円×8時間×365日=19,564,000円) | | | |
| | 管理費 | 運営に係るハード(光熱費等)の費用。 総務省の家計調査(平成18年度)によれば、60歳以上の単身世帯の平均水道光熱費用は11,866円/月となっています。 これに加えて共用部分の冷暖房費、セキュリティ費、システム維持費等で毎月60万程度の費用がかかるので、60万÷41人=14,634円を一人当たり加算し、合計27,000円を基準と致しました。 | | | |
| 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 | ※要介護度に応じて介護費用の1割または2割または3割を徴収する。 | | | | |
| 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 | 別紙：「介護サービス等の一覧表」を参照 | | | | |
| 料金改定の手続 | | | | | |
| 入居契約第27条の規定に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聞いて改定します。 | | | | | |

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 |
| 岐阜県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。

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的及び場合

事業者が、利用者に関わる生活状況確認のため、該当する医師や介護支援専門員及び介護サービス提供者との情報交換において必要な場合に使用する。

2. 使用にあたっての条件

ア 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が有料老人ホームの各種サービスを行うために必要な、利用者やその家族個人に関する情報

イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

4. 使用開始日

平成 年 月 日

利用者 氏名 印

家族 氏名 印

住宅型有料老人ホームせせらぎの里

施設長 殿