

有料老人ホームかりん明和

重要事項説明書

契約者： _____ 様

記入者名	西村 幸彦	記入年月日	令和元年7月1日
		所属・職名	代表取締役社長

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	法人の種類	なし	あり	株式会社
	名称	(ふりがな) かふしきかいしゃきっせいかい 株式会社吉清会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒516-0018	伊勢市黒瀬町中尾 904 番地 13		
事業主体の連絡先	電話番号	0596-53-1500		
	FAX番号	0596-53-1511		
	E-mail	karin_meiwa@kissei.org		
	ホームページアドレス	なし		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	西村 幸彦		
	職名	代表取締役社長		
事業主体の設立年月日	平成 23 年 4 月 5 日			

事業主体が県内で実施する他の介護サービス (有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む)					
介護サービスの種類		事業所の名称	所在地	入居者の利用数	
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	訪問介護かりんめい和	明浜町平尾 499-15	27名
訪問入浴介護	あり	なし			名
訪問看護	あり	なし	訪問看護かりんめい和	明浜町平尾 499-15	27名
訪問リハビリテーション	あり	なし			名
居宅療養管理指導	あり	なし			名
通所介護	あり	なし			名
通所リハビリテーション	あり	なし			名
短期入所生活介護	あり	なし			名
短期入所療養介護	あり	なし			名
特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
福祉用具貸与	あり	なし			名
特定福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
夜間対応型訪問介護	あり	なし			名
認知症対応型通所介護	あり	なし			名
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			名
複合型サービス	あり	なし			名

居宅介護支援	あり	なし	居宅介護かりん明和	明和町平尾 499-15	27名
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	あり	なし			名
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			名
介護予防訪問看護	あり	なし			名
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			名
介護予防通所介護	あり	なし			名
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			名
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			名
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			名
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			名
＜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			名
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
介護予防支援	あり	なし			名
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし			名
介護老人保健施設	あり	なし			名
介護療養型医療施設	あり	なし			名

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) ゆうりょうろうじんほーむかりんめいわ 有料老人ホームかりん明和	
施設の所在地	〒515-0311	多気郡明和町平尾字野田 499 番地 15
施設の連絡先	電話番号	0596-53-1500
	FAX番号	0596-53-1511
	E-mail	karin_meiwa@kissei.org
	ホームページ アドレス	なし あり
施設の開設年月日	平成29年2月7日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	富安利治
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
南勢バイパス 三重ハートセンター下車、徒歩20分・車3分		
施設の種類及び表示事項	住宅型有料老人ホーム	
介護保険事業所番号		
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		

指定の年月日	
指定の更新年月日	

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	0.8
生活相談員			1		1	0.15
看護職員			6		6	1.08
介護職員			17	2	19	4.47
機能訓練指導員				1	1	0.2
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士	2				2	2.0
調理員	2		1		3	2.8
事務員	1		3		4	1.4
その他従業者			3		3	1.4

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		1	1	
介護福祉士		8		
実務者研修				1
介護職員初任者研修		10	2	
介護支援専門員		2		

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 看護職員 0 (オンコールにて対応)
介護職員 3

人数 夜勤帯平均人数 (10時～翌朝8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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 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				
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				
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 あり 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 社会福祉施設の長
---------------------	----	----	--------------------

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

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		4		26		
前年度1年間の退職者数		3		21		
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数				6		
1年以上3年未満の者の人数		3		3		
3年以上5年未満の者の人数		2		4		1
5年以上10年未満の者の人数				4		

10年以上の者の人数	1		2	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
	機能訓練指導員		計画作成担当者	
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			1	
3年以上5年未満の者の人数	1			
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	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>私どもは、「人生の最後の大切な時間」を人間らしく過ごせるような施設づくりを目指します。介護老人が、笑い声のする家庭的な雰囲気の中で介護を受け、完全な「看取り」が出来るようにします。</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	田中病院、榎谷内科医院、木村クリニック		
(協力の内容)	定期往診及び緊急時の対応		
診療科目	内科、神経内科		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 宇治山田歯科医院
(協力の内容)	口腔ケア		
要介護時における居室の住替えに関する事項	利用者施設が合意した場合、住替えの可能性あり		
要介護時に介護を行う場所	各個室乃至二人部屋にて介護を行う。		
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		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)			
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		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)			

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)			

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	自傷他傷の恐れある老人、頻りに徘徊を繰り返す老人、他人へ多大なる迷惑を及ぼす 可能性ある認知症老人などは入所をお断りすることがあります。		
契約の解除の内容	別添を参照		
体験入居の内容	体験入居はなし		
入居定員	74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
65歳以上75歳未満	1	1			1	3
75歳以上85歳未満	3	2		1	4	10
85歳以上	2	2	9	8	4	25
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
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	85.44 歳					
入居者の男女別人数	男性	15		女性	23	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						51.35%
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）						13名
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者						36名
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				1		1
社会福祉施設			3	4	2	9
医療機関	1			1	3	4
死亡者		1	3	2	4	10
その他		1	1	2	1	5
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他						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	19	7	12			38

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	34	13.50㎡
	一般居室相部屋	あり	なし	20	27.00㎡
	介護居室個室	あり	なし		㎡
	介護居室相部屋	あり	なし		㎡
	一時介護室	あり	なし		㎡
	共用便所の設置数	21	うち男女別の対応が可能な数		4
		うち車椅子等の対応が可能な数		9	
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合		0	
		うち車椅子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
		4	0	2	0
その他、浴室の設備に関する事項 床暖房装置がある。					
食堂の設備状況	前処理からの料理を基本にしている。				
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) 広さ109.7㎡の機能訓練室を完備しており、看護師が常駐で、訓練に当たり、運動機能の維持管理に充分の注意をしている。			
バリアフリーの対応状況 全館すべてがバリアフリー仕様である。					
(その内容)					
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	3,615 ㎡				
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	H	終
		契約の自動更新		なし	あり
施設の建物に関する事項					
建物の構造	鉄骨造				
建物の延床面積	2,239.32 ㎡				
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	苦情110番		
電話番号	0596-53-1500		
対応している時間	平日	午前9時から午後5時まで	
	土曜	午前9時から午後5時まで	
	日曜・祝日	午前9時から午後5時まで	
定休日等	一年通じて休日はありません。		
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	苦情受付		
電話番号	0596-23-4454		
対応している時間	平日	午前9時から午後5時まで	
	土曜	休日	
	日曜・祝日	休日	
定休日等	土曜日曜、祝祭日、お盆休暇、年末年始休暇		
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) 建物火災保険と損害賠償責任保険	
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) 事故発生の原因の徹底究明、及び再発防止に向け各ユニットごと に、ミーティングをして、原因究明後は、防止策をマニュアル化する。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 先に提示させていただきました市場調査にも明瞭に現れて居りますが、対象となる介護老人の数に比較し、圧倒的に不足している現状を憂い、安価で安心して介護を受けられる施設づくりをします。			
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			
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	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	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	最低の額	最高の額
1 人の入居の場合	40,000 円	60,000 円
	最低の額	最高の額
2 人の入居の場合	60,000 円	60,000 円

		最低の額		最高の額	
人の入居の場合		円		円	
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)			
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)	
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 (%)					
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	(「あり」の場合、その内容)	

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			
保全措置の実施状況	なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
一時金に対する留意事項	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		125,000円～145,000円	
共益費	なし	あり	15,000円
管理費	なし	あり	15,000円
生活支援費	なし	あり	10,000円
食費	なし	あり	45,000円 (1日1500円として、計算。31日の月は46,500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)			
「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	40,000円～60,000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) 個別に必要な、車いす、歩行器、サイドテーブル、防水ラバーシート、マットレス、センサーマット、エアマット、ミトン、つなぎ、メイバランス栄養補助、タンク、清拭料泡タイプ、シャワーボトルなどの介護器具の利用料。			
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)			

《入居者氏名》

様

説明年月日 《入所年月日》

説明者署名 施設長 富安利治



入居者の個別選択によるサービス一覧表

住宅型有料老人ホームかりん明和

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無		あり	なし	あり	備考
特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	月額の利用料等で、実施するサービス	なし	あり	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。
介護サービス					
食事介助	なし	あり	あり	なし	あり
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	なし	あり
おむつ代	—	—	—	なし	あり
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	あり	なし	あり
特浴介助	なし	あり	あり	なし	あり
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	あり	なし	あり
機能訓練	なし	あり	あり	なし	あり
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	あり	なし	あり
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	あり	なし	あり
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	あり	なし	あり
リネン交換	なし	あり	あり	なし	あり
日常の洗濯	なし	あり	あり	なし	あり
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	なし	あり
入居者の嗜好に応じた特別な食事	—	—	—	なし	あり
おやつ	—	—	—	なし	あり
理美容師による理美容サービス	—	—	—	なし	あり
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	あり	なし	あり
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	あり	なし	あり
役所手続き代行	なし	あり	あり	なし	あり
金銭・貯金管理	—	—	—	なし	あり
健康管理サービス					
定期健康診断	—	—	—	なし	あり
健康相談	なし	あり	あり	なし	あり
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	なし	あり
服薬支援	なし	あり	あり	なし	あり
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	あり	なし	あり
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり	あり	なし	あり
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	あり	なし	あり
入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	あり	なし	あり
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	なし	あり
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	なし	あり

2ヶ月に1度理容師が訪問、1500円別途ご利用者様へ