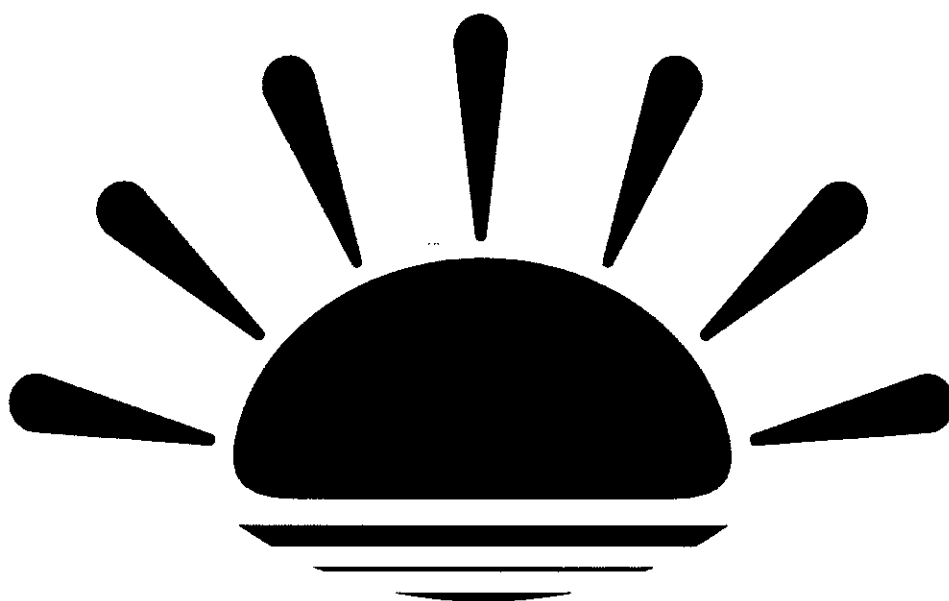


様

ケアホーム有明の里伊勢

重要事項説明書



株式会社 いむら

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月27日
記入者名	井村 良光
所属・職名	事務長

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	あり 株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ いむら 株式会社 いむら
事業主体の主たる事務所の所在地	〒516-0028	三重県伊勢市中村435番地26
事業主体の連絡先	電話番号	0596-63-6222
	FAX番号	0596-63-6223
	メールアドレス	ise@ariakenosato.com
	ホームページアドレス	http://www.ariakenosato.com/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	井村 笙子
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成23年7月6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	ヘルパーステーション有明の里伊勢	伊勢市中村町700-1	21名
通所介護	あり	ケアセンター有明の里	伊勢市中村町478番地3	29名
通所介護	あり	ケアセンターつきよみの里	伊勢市中村町478番地3	4名
居宅介護支援	あり	ケアプラン有明の里伊勢	伊勢市中村町700-1	24名

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

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) けあほーむありあけのさといせ ケアホーム有明の里伊勢	
施設の所在地	〒516-0028	三重県伊勢市中村町478番地3
施設の連絡先	電話番号	0596-63-6222
	FAX番号	0596-63-6223
	メールアドレス	ise@ariakenosato.com
	ホームページ アドレス	http://www.ariakenosato.com/
施設までの主な利用交通手段		
近鉄五十鈴川駅 徒歩5分		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	松田 慶子
	職名	施設長
建物の竣工日	平成24年8月2日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成24年9月1日	

(類型)【表示事項】

3 住宅型

3. 建物概要

土地	敷地面積						4333.56 m ²	
	所有関係	運営する法人が所有	あり					
建物	延床面積	全体						999.55 m ²
		うち、老人ホーム部分						m ²
	耐火構造	準耐火建築物						
	構造	木造						
	所有関係	運営する法人が所有	あり					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	相部屋あり						
		最少						1人部屋
		最大						2人部屋
	居室の状況	区分		室数	人数	トイレ	浴室	面積
		一般居室 個室	あり	27	/	無	無	13.05 m ²
		一般居室 相部屋	あり	4	8	無	無	20.25 m ²
		介護居室 個室	なし		/			
介護居室 相部屋		なし						
一時 介護室	なし							

共用施設	共用便所の設置数	13	うち男女別の対応が可能な数	12	
			うち車椅子等の対応が可能な数	1	
	共用浴室の設置数	1	個浴	1	
			大浴場	0	
	共用浴室における介護浴槽の設置数	なし	チェアー浴	0	
			リフト浴	0	
			ストレッチャー浴	0	
			その他 ()	0	
	食堂	あり			
		入居者や家族が利用できる調理設備	なし		
エレベーター	あり (ストレッチャー対応)				
バリアフリーの対応状況	(内容) 入口スロープあり、フロア段差なし、全扉引き戸 多目的トイレ				
その他の共用施設の設備状況	なし				
	(内容)				
緊急通報装置の設置状況	全居室内にあり				
外線電話回線の設置状況	なし				

テレビ回線の設置状況	全居室内にあり	
消防用設備等	消火器	あり
	自動火災報知設備	あり
	火災通報設備	あり
	スプリンクラー	あり
	防火管理者	あり
	防災計画	あり
その他		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者及びそのご家族の安心と安全を確保し、快適で心身ともに充実した生活を実現する。
サービスの提供内容に関する特色	規則正しい生活、美味しいごはん、笑顔のたえない環境で過ごして頂けます。
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施
食事の提供	自ら実施
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施
健康管理の供与	自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施
生活相談サービス	自ら実施
利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況	別添

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 ※2, 3は個別自費サービスにて対応可		
協力医療機関	1	名称	山本内科クリニック
		所在地	三重県伊勢市津村町 792-1
		診療科目	内科, 内分泌科
		協力内容	定期的に訪問診療
	2	名称	亀谷胃腸科内科
		所在地	三重県伊勢市岩渕 1-13-3
		診療科目	内科, 消化器内科, 循環器科, 呼吸器科
		協力内容	定期的に訪問診療
協力歯科医療機関	名称	中西歯科医院	
	所在地	三重県伊勢市御薮町高向 808	
	協力内容	定期的に訪問診療	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	なし
	要支援の者	あり
	要介護の者	あり
留意事項		
契約の解除の内容	契約書 第7条にて記載	
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	契約書 第7条2にて記載
	解約予告期間	3か月
入居者からの解約予告期間	3か月※急変時はこの限りでない	
体験入居	あり	
入居定員	35人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること (同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)

職種別の職員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		
管理者	1				1	1
生活相談員						
直接処 遇職員	看護職員 介護職員	1	6	3	10	4.8
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士			1		1	0.5
調理員			4		4	3.1
事務員		2		1	3	1.2
その他職員			3		3	2.0
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。						
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	1			3		
実務者研修の修了者						
初任者研修の修了者				3	1	
介護支援専門員						

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数		
	夜勤帯平均人数 (21 時～ 6 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	2	1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		なし							
	業務に係る資格等		なし							
職員	看護職員		介護職員		生活相談員		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	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										
応じた業務に従事した経年数に 職員の人数	1年未満			1						
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満			2						
	5年以上			1	5					
	10年未満									
10年以上										
職員の健康診断の実施状況			あり							

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

居住の権利形態【表示事項】	建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式【表示事項】	月払い方式	
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	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	減額なし ※食費のみ日割り計算	
利用料金の改定	条件	利用者と協議の上、改定できる。
	手続き	文書にて通知

(利用料金のプラン)【代表的なプラン2例】

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護度3	要介護度5/要介護度3	
	年齢	86歳	91歳/88歳	
居室の状況	床面積	13.05 m ²	20.25 m ²	
	便所	なし	なし	
	浴室	なし	なし	
	台所	なし	なし	
入居時点で必要な費用	前払金	-	-	
	敷金	99,000円	135,000円	
月額費用の合計		99,000円	167,000円	
家賃		33,000円	45,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	-	-	
	介護保険外※1	食費	36,000円	72,000円
		管理費	20,000円	30,000円
		介護費用	-	-
		光熱水費	-	-
その他(目安) ※オムツ代等		10,000円	20,000円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用 (訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入しない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	市場算定による
敷金	家賃の(3)か月分
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	光熱水費、事務員人件費、清掃費、クリーニング費
食費	朝食300円、昼食400円、夕食400円、おやつ100円 計1200円×30日 を目安にし設定
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添
その他のサービス利用料	
その他留意事項	

7. 入居者の状況

入居者の人数（冒頭に記した記入日現在）							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
65歳未満	0	0	0	0	0	0人	
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	1	1人	
75歳以上85歳未満	0	0	2	2	2	6人	
85歳以上	2	8	1	4	12	27人	
	自立	要支援1	要支援2			計	
65歳未満	0	0	0			0人	
65歳以上75歳未満	0	0	0			0人	
75歳以上85歳未満	0	0	0			0人	
85歳以上	0	0	0			0人	
				合計		34人	
入居者の平均年齢							87.6歳
入居者の男女別人数		男性	5人	女性	29人		
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					97%		
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）					32人		
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者					34人		
前年度に退去した者の状況							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
自宅等	1	0	0	0	0	1人	
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0人	
医療機関	0	1	0	0	0	1人	
死亡者	0	0	1	1	5	7人	
その他	0	0	0	0	0	0人	
	自立	要支援1	要支援2			計	
自宅等	0	0	0			0人	
社会福祉施設	0	0	0			0人	
医療機関	0	0	0			0人	
死亡者	0	0	0			0人	
その他	0	0	0			0人	
生前解約の状況	施設側の申し出		(解約事由の例)				0人
	入居者側の申し出		(解約事由の例) 医療機関への入院, 自宅へ帰宅				2人
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	合計
入居者数	5	1	21	7	0	0	34人

8. 苦情・事故等に関する体制

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	株式会社いむら	
電話番号	0596-63-6222	
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	8:30～17:30
	日曜・祝日	8:30～17:30
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	伊勢市役所介護保険課	
電話番号	0596-21-5560	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等		

(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	あり (その内容)
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	あり (その内容)
事故対応及びその予防のための指針	なし

(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
第三者による評価の実施状況	なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	公開していない
財務諸表の要旨	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

10. その他

運営懇談会	あり	(開催頻度) 年 1 回
提携ホームへの移行 【表示事項】	なし	
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	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	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	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

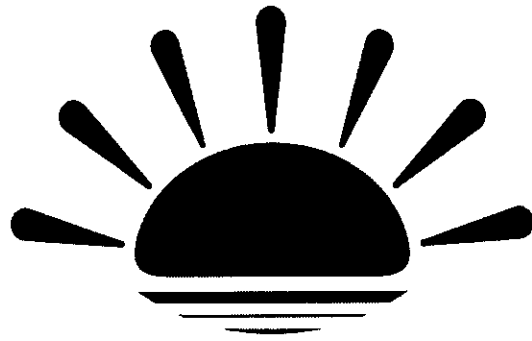
説明者署名 _____

上記内容の説明を事業所から確かに受けました

利用者 _____ 印

家族
または代筆者 _____ 印





ケアホーム有明の里伊勢

重要事項説明書

様
