

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	伊藤 清美
所属・職名	ケアレジデンス五井・施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんふようかい 医療法人芙蓉会	
主たる事務所の所在地	〒290-0056 千葉県市原市五井5 1 5 5	
連絡先	電話番号	0436 - 25 - 5151
	FAX番号	0436 - 25 - 3265
	ホームページアドレス	<a href="http://www.goi-hospital.com">http://www.goi-hospital.com</a>
代表者	氏名	川越 一男
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成38年11月8日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) けあれじでんすごい ケアレジデンス五井	
所在地	〒290-0056 千葉県市原市五井5 9 1 1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 五井駅
	交通手段と所要時間	駅から約2,000m (徒歩約20分) 送迎バス有

連絡先	電話番号	0436-24-0055
	FAX番号	0436-24-0075
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	伊藤 清美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成27年7月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成27年12月1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 千葉県指定第 1272403385
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成27年12月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,237 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	4638.45 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3680.76 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
<input type="checkbox"/> 3 その他 ( )			
構造	1 鉄筋コンクリート造		

		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )				
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.53 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.84 m <sup>2</sup>	6	介護居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.60 m <sup>2</sup>	68	介護居室個室	
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.06 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	3ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他 ( )	ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				

	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他	エントランスホール、応接室、理美容室（利用は有料）、機能訓練室（食堂と兼用） 相談室				

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	入居者が、要介護・要支援状態になった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。
サービスの提供内容に関する特色	医療法人が運営する有料老人ホームとして、診療所を併設し、入居者に対して安心感のある医療と介護の連携した施設として運営する。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

##### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
(Ⅲ)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	<input type="checkbox"/> 2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	医療法人芙蓉会 五井病院
		住所	千葉県市原市五井5155
		診療科目	外科、内科、整形外科、脳神経外科、他
		協力内容	緊急時対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	医療法人芙蓉会 五井病院ホームケアクリニック
		住所	千葉県市原市五井5911
		診療科目	内科、人工透析内科
		協力内容	医師の定期訪問による健康相談（月2回）・健康診断（年2回）の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力歯科医療機関		名称	いのまた歯科
		住所	千葉県市原市五井中央東2-2-3 アヴァンタージュ1F
		協力内容	緊急時対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担）

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合
		<input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合
		3 その他（ ）
判断基準の内容		常時見守りが必要な状態になった場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。
手続きの内容		① 施設が指定する医師の意見を聴く。 ② 概ね3か月間の観察期間を置く。 ③ 本人及び身元引受人の同意を得る。
追加的費用の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い		住み替え後の居室に移行
前払金償却の調整の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	65歳以上		
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合。	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	80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）。

### （職種別の職員数）

	職員数（実人数）		常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	
管理者	1	1	1
生活相談員	1	1	1
直接処遇職員	35	35	35
介護職員	28	28	28
看護職員	8	7	7
機能訓練指導員	2	1	1
計画作成担当者	1	1	1
管理栄養士	1	1	1
調理員	6	3	6
事務員	1	1	1
その他職員			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2			47
※1 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。			
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。			

### （資格を有している介護職員の人数）

	合計	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	13	
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	7	
介護支援専門員	2	

### （資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計	
	常勤	非常勤





退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に した職員の人数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					1 あり 2 なし						

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式	
		3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定		1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 2 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		1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、 2年1回改定することがある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状	要介護度	要介護4	要介護2
況	年齢	85歳	75歳
居室の状況	床面積	19.84 m <sup>2</sup>	18.60 m <sup>2</sup>

便所		1	有	2	無	1	有	2	無
浴室		1	有	2	無	1	有	2	無
台所		1	有	2	無	1	有	2	無
入居時点で 必要な費用	前払金 敷金								
						円			円
						105,000 円			105,000 円
	月額費用の合計					円			円
	家賃					70,000 円			70,000 円
	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用					23,136 円			18,935 円
サービス費用	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費				55,080 円			55,080 円
		管理費				59,400 円			59,400 円
		介護費用				円			円
		光熱水費					実費		実費
		その他					都度払いサービス有		都度払いサービス有
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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、本欄には記入していない）</p>									

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建設費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の 1.5ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。
食費	厨房維持費、委託費に基づく費用。(喫食数による返金制度もあり)
光熱水費	個別のメーターによる実費負担。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> に対する自己負担	基本報酬、P4に記載する加算の利用者負担分
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能



	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	87.0歳
入居者数の合計	80人
入居率※	100%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	千葉県健康福祉部高齢者福祉課	
電話番号	043 - 227 - 3020	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日、祝日、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	1 あり	(その内容) 身体・財物 2億円
		受託物 200万円

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	

	1 代替措置あり (内容)
	2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名： ) 2 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	1 あり (平成 27 年 12 月 1 日届出) 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
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	1 あり (平成 年 月 日登録) 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1 (別を実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_様 印

説明年月日 令和 年 月 日

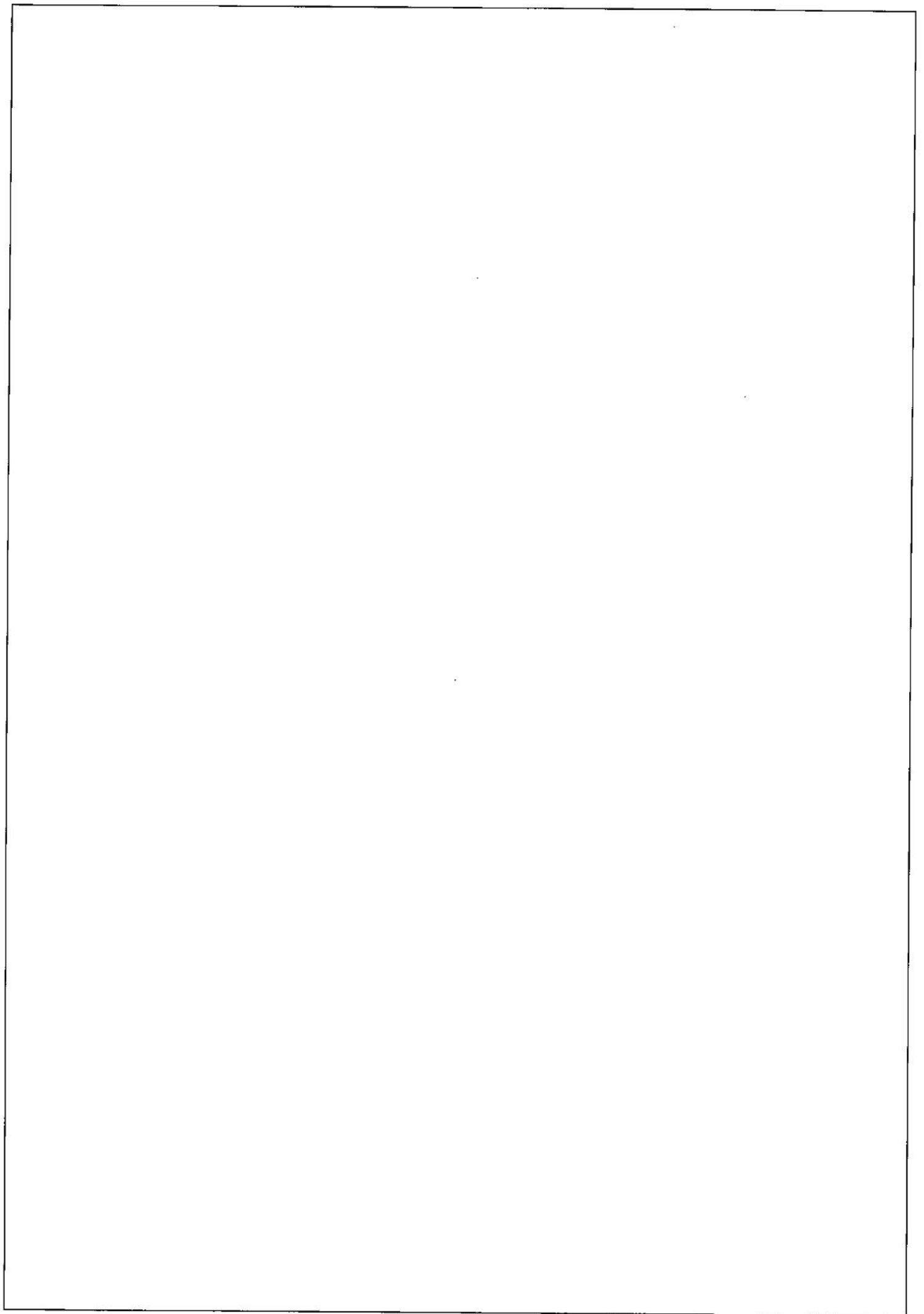
説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	五井病院	市原市五井5155
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	市原ダイケアセンター	市原市五井5155
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<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	五井病院	市原市五井5155
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	市原ダイケアセンター	市原市五井5155
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	市原市地域包括支援センターごい	市原市五井5155
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		





別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

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

なし

あり

特定施設入居者生活介護  
費で、実施するサービス  
（利用者一部負担※1）

個別の利用料で、実施するサービス  
（利用者が全額負担）

包含※2

都度※2

料金※3

備考

介護サービス

食事介助

排泄介助・おむつ交換

おむつ代

入浴（一般浴）介助・清拭

特浴介助

身辺介助（移動・着替え等）

機能訓練

通院介助

生活サービス

居室清掃

ソノ交換

日常の洗濯

居室配膳・下膳

入居者の嗜好に応じた特別な食事

おやつ

理美容師による理美容サービス

買い物代行

役所手続き代行

金銭・貯金管理

健康管理サービス

定期健康診断

健康相談

生活指導・栄養指導

服薬支援

生活リズムの記録（排便・睡眠等）

入退院時・入院中のサービス

移送サービス

入退院時の同行

入院中の洗濯物交換・買い物

協力機関 週1回までは保険給付とし、これを超え月2回までは、又は協力機関以外で月2回までは、ケアプランにより実施。

ケアプランにより週3回まで実施

同上

同上

ケアプランにより実施

要介護者のみ

外部からの訪問理美容

指定場所週2回以上はケアプランにより実費で実施

必要に応じ月1回以内で実施

必要に応じ管理費で実施

希望により年2回、自己負担

適宜実施

適宜実施

適宜実施

適宜実施

市内の医療機関の場合に適宜実施

入院中の見舞い訪問

なし

あり

なし

あり

市内の医療機関の場合に適宜実施

- ※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。
- ※ 2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用者負担に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に感じて、いずれかの欄に○を記入する。
- ※ 3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。