

ケアホーム ディア・レスト岩国

重要事項説明書

重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	中村和義
所属・職名	施設長

1. 設置者概要

種 類	個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名 称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ でいあ・れすと いわくに 株式会社ディア・レスト岩国	
主たる事務所の所在地	〒741-0072 山口県 岩国市 平田 五丁目 27 番 43 号	
連絡先	電話番号	0827-34-2500
	FAX番号	0827-34-2501
	ホームページアドレス	http://www/dearrest-iw.net
代表者	氏 名	藤川 泰成
	職 名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17 年 9 月 2 日	
主な実施事業	※別添1 (設置者が山口県内で実施する他の介護サービス)	

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) けあほーむ でいあ・れすと いわくに ケアホーム ディア・レスト岩国	
所在地	〒741-0072 山口県 岩国市 平田 五丁目 27番 43号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R山陽本線 南岩国駅
	(南岩国駅からの) 交通手段と所要時間	①バスをご利用の場合 ・岩国市営バスで約10分、松山バス停で下車。 松山バス停から徒歩約3分 ②自動車をご利用の場合 ・乗車約6分
連絡先	電話番号	0827-34-2500
	FAX番号	0827-34-2501
	ホームページアドレス	http://www.dearrest-iw.net
管理者	氏 名	中 村 和 義
	職 名	施 設 長
建物の竣工日		昭和・平成 18年 9月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 18年 10月 01日

(類型)【表示事項】

1 又は 2 に 該当する場 合	介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)	
	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)	
	3 住宅型	
	4 健康型	
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3 5 7 0 8 0 1 3 4 4
	指定した自治体名	山 口 県
	事業所の指定日	平成 18年 10月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 24年 10月 1日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2,994 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
建 物	延床面積	全 体	2,385.54 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,385.54 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
建 物	構 造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	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		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.64 m ²	47 室	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.45 m ²	6 室	介護居室個室
タイプ3	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.45 m ²	2 室	介護居室個室	
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.78 m ²	1 室	介護居室個室	
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.84 m ²	2 室	介護居室個室	
タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「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	4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	3ヶ所				
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所				
			大浴場	2ヶ所				
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴（ミスト浴）	0ヶ所				
			リフト浴	0ヶ所				
			ストレッチャー浴	1ヶ所				
			その他（ ）	0ヶ所				
	食堂	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	2	なし			
エレベーター	1	あり（車椅子対応）	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	1	あり	2	なし			
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし			
	火災通報設備	1	あり	2	なし			
	スプリンクラー	1	あり	2	なし			
	防火管理者	1	あり	2	なし			
	防災計画	1	あり	2	なし			
その他								

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	<p>ディア・レスト岩国は、入居者の心身の特性を踏まえて、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、サービス計画に基づいて、日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。また、施設の運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療機関、福祉関係事業所との綿密な連携をはかり、より統合されたシステムとして運営ができるように努めます。運営懇談会を設置し、施設運営上必要な事項については、担当者を決めて定期協議します。</p>			
サービスの提供内容に関する特色	<p>本施設は、共同住宅としての機能を考慮した施設・設備と、入居者様のプライバシーを尊重する全室介護個室を兼ね備えております。</p> <p>また、入居者様の日常生活の場である事を重視し、日々の生活を少しでも楽しく過ごしていただけますよう、さまざまなイベントや催事をおこない、季節を身近に感じられる菜園や花畑等も設置しております。さらに、入居者様の楽しみである食事や入浴にも配慮しています。</p> <p>他方、「終の棲家」という役割を担えるよう、重度の方でも安心してご入居頂けるように、特殊浴槽などの設備を整え、介護・看護その他の職員が連携して入居者様の生活を全力で支援できる体制を整備しております。</p> <p>軽度の方が重度になった場合でも、居室を健康管理室の近くに移動する等の必要な対応を取らせていただく事により、そのまま安心してお住まい頂けます。</p>			
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1	自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	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	1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	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

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	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
	(III)	1	あり	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			
	2	なし				

(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
		4	その他 (病院・ご家族様との連携)
協力医療機関	1	名 称	医療法人社団千寿会 岩国第一病院
		住 所	岩国市 岩国 一丁目 20 番 49 号
		診療科目	内科・呼吸器科・放射線科 他
		協力内容	診察、訪問診療、入院の受け入れ等
	2	名 称	牛野谷クリニック
		住 所	岩国市 牛野谷町 三丁目 39 番 19 号
		診療科目	消化器科、胃腸科、内科、外科、肛門科・リハビリ科
		協力内容	診察、訪問診療、入院の受け入れ等
	3	名 称	栗栖眼科
		住 所	岩国市 平田 一丁目 28 番 28 号
		診療科目	眼科
		協力内容	眼科診療等
協力歯科医療機関		名 称	安東第二歯科医院
		住 所	岩国市 麻里布町 七丁目 2 番 3 号
		協力内容	診察、訪問診療等

※医療費・お薬代等の医療機関に係る費用はすべて自己負担となります。

(入居後に居室を住み替える場合)

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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 (介護居室から、他の介護居室へ移る場合)	
判断基準の内容	介護度や健康状態が悪化し、健康管理室 (2 階) に近い居室の方が安全管理上好ましいと判断した場合。	
手続きの内容	入居者様又は身元引受人様の承諾を得ます。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	移動前の居室に関する利用権は消滅し、移動後の居室の利用権を新たに得ます。	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 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 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	原則として65歳以上の方で、常時医療機関において治療をする必要がなく、自傷他害の恐れのない方。	
契約の解除の内容	<事業者からの契約解除> 入居契約書 第28条 (事業者からの契約解除) のとおり <入居者からの契約解除> 入居契約書 第29条 (入居者からの解約) のとおり	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第28条
	解約予告期間	30日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり (内容: ①1泊2日 2,056円、②2泊3日 4,113円) 2 なし	
入居定員	58人	
その他		

5. 職員体制

(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	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	26	18	8	22.1
介護職員	23	16	7	19.8
看護職員	2	2	0	2.0
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	0.0
調理員	0	0	0	0.0
事務員	4	4	0	4.0
その他職員	0	0	0	0.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	0	0	0
介護福祉士	7	4	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	6	3	3
介護支援専門員	0	0	0

(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
看護師又は准看護師	1	0
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 ~ 翌10時)		
	平均人数	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

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1. 5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2. 5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2. 26 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				1 あり		2 なし				
	業務に係る資格等				1 あり						
					資格等の名称						
				2 なし							
		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		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	14	5	0	0	1	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	
利用料金の改定	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで行う。

(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	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護5	
	年齢	65歳	90歳	
居室の状況	床面積	18.64㎡	18.64㎡	
	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	0円	0円	
	敷金	300,000円	300,000円	
月額費用の合計		155,482円	163,916円	
家賃		50,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	17,942円	26,376円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	49,260円	49,260円
		管理費	38,280円	38,280円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	施設建築費、土地賃借料、施設設備修繕費 等
敷金	未払い費用、及び原状回復に要する費用を担保する。
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	水道光熱費、共用部分清掃・消耗品費、事務経費、事務人件費 等
食費	朝食 307円、昼食 564円、夕食 771円を30日分として計算
光熱水費	管理費に含まれる。但し、11月～3月までの期間は冬期暖房加算として、2,056円/1ヶ月を徴収。また、持込電化製品がある場合には1個につき50円/日を徴収
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)

費 目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	(基本報酬+医療連携加算+夜間看護体制加算+個別機能訓練加算) × 介護職員処遇改善加算 (I) 6.1% で算出した介護報酬の 1 割若しくは 2 割を負担。 看取介護を実施した場合は、看取介護加算を算定します。
特定施設入居者生活介護※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)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男 性	15
	女 性	43
年齢別	65 歳未満	1
	65 歳以上 75 歳未満	1
	75 歳以上 85 歳未満	15
	85 歳以上	41
要介護度別	自 立	0
	要支援 1	7
	要支援 2	3
	要介護 1	22
	要介護 2	8
	要介護 3	9
	要介護 4	5
	要介護 5	4
入居期間別	6 ヶ月未満	6
	6 ヶ月以上 1 年未満	10
	1 年以上 5 年未満	22
	5 年以上 10 年未満	17
	10 年以上 15 年未満	0
	15 年以上	0

(入居者の属性)

平均年齢	87
入居者数の合計	58
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	2
	社会福祉施設	0
	医療機関	2
	死亡者	4
	その他	1
生前解約の 状況	施設側の申し出 (解約事由の例) 長期入院など	0人
	入居者側の申し出 (解約事由の例) 他施設への転居など	0人

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。

1	窓口の名称		ディア・レスト岩国 苦情・相談受付窓口
	電話番号		0827-34-2500
	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		なし	
2	窓口の名称		山口県 長寿社会課 介護保険班
	電話番号		083-933-2774
	対応している時間	平日	8:30~17:15
		土曜	休み
		日曜・祝日	休み
定休日		土曜・日曜・祝日・12月29日から1月3日まで	
3	窓口の名称		岩国市 健康福祉部 介護保険課
	電話番号		0827-29-2533
	対応している時間	平日	8:30~17:15
		土曜	休み
		日曜・祝日	休み
定休日		土曜・日曜・祝日・12月29日から1月3日まで	
4	窓口の名称		山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課
	電話番号		083-995-1010
	対応している時間	平日	9:00~17:00
		土曜	休み
		日曜・祝日	休み
定休日		土曜・日曜・祝日・12月29日から1月3日まで	

(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) 東京海上日動火災 施設賠償責任保険
	2 なし	
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	1 あり	(その内容) 入居契約書 第10条(事故対応及び賠償責任)のとおり
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	意見箱を常設している
		結果の開示	1 あり 2 なし
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
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 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	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	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 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 1 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:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「7 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「8 規模及び構造設備の特則」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	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (設置者が山口県内で実施する他の介護サービス)

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介護サービス等の一覧表)