

セントラル・ビオス 重要事項説明書(住宅型)

	記入年月日	平成22年7月1日
記入者名	村松 孝	所属・職名 管理課 課長

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	(あり)
	株式会社		
		名称(ふりがな) うえるらいふ しんしゅう 株式会社 ウェルライフ信州	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 390-0874	長野県松本市大手2丁目9-23	
事業主体の連絡先	電話番号	0263-39-5888	
	FAX番号	0263-39-5883	
	ホームページアドレス	なし (あり) : http://www.central-bios.jp	
	電子メールアドレス	info@central-bios.jp	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏 名	宮 坂 高 尚	
	職 名	代表取締役社長	
事業主体の 設立年月日	平成16年9月1日		
主な出資者(出捐者)と その金額	(株)松本宝塚劇場(750万円)、(株)イトウ(750万円)、信光石油(株)(500万円)、(株)ミツルヤ製作所(500万円)、(株)ハシバテクノス(500万円)、(株)県設計(500万円)、大久保佐俊(500万円)、(株)ウェルライフ信州(500万円)、武田充生(100万円)、(有)アシスト(50万円)、松本正朗(50万円) 以上8社、3名		

事業主体が長野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	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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		
通所介護	あり	なし	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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>				
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		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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		
介護予防通所介護	あり	なし	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
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	セントラル・ビオス	松本市大手2-9-23
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
介護予防特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型予防介護サービス>				
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>				
<介護保険施設>				
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		

2. 施設概要

施設の名称、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	(ふりがな) ふくごうふくししせつ せんとらる・びおす 複合福祉施設 セントラル・ビオス	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 390-0874	長野県松本市大手2丁目9-23
事業主体の連絡先	電話番号	0263-39-5888
	FAX番号	0263-39-5883
	ホームページアドレス	なし あり : http://www.central-bios.jp
	電子メールアドレス	info@central-bios.jp
施設の開設年月日	平成18年8月1日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	宮坂高幸
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR篠ノ井線松本駅より徒歩8分 JR大糸線北松本駅より徒歩6分		
施設の類型及び表示事項	有料老人ホーム	
介護保険事業所番号	2070201740	
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	平成18年8月1日	
指定の年月日	平成18年8月1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	
生活相談員	1				1	1.0
看護職員		2			2	1.3
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士		1			1	0.2
調理員	1		1		2	2.0
事務員		5		3	8	1.6
その他従業者		2		4	6	2.3
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						37.5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						
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1級						
2級						
3級						
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						
夜勤を行なう看護職員及び介護職員の数	最少時の人数(宿直の従業者を除いた人数)					4
	平均時の人数					4

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		1			1	
前年度1年間の退職者数		1			1	
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		1			1	
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						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	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
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						
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	採用時に			年に1回(夜勤者は2回)

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<ol style="list-style-type: none"> 1 当施設の社員は、看護・医学的管理の下、入居者がその有する能力に応じ、自立して安心した日常生活を出来るだけ長く営むことができるよう努める。 2 当施設は、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ってサービスの提供に努める。 3 当施設は、入居者のプライベートな空間を基本的に尊重しつつ、且つ共用スペースにおいては明るく家庭的な雰囲気を有するよう努めるとともに、居宅介護支援事業者その他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。又関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 4 入居者の入所に際しては、入居者及びその家族に対して適切なオリエンテーションを行い、円滑な生活が可能になるよう努める。 5 当施設は、入居者に対し、各担当者が適切な支援を行い且つ統合されたサービスが提供されるよう努める。 		
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
入居者の安否確認の実施状況	朝 毎食時 <u>その他</u> (日中1回及び希望により対応)	
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	1 小見山医院 2 相澤病院	
(協力の内容)	<ol style="list-style-type: none"> 1 健康診断、入居者の健康管理、緊急時の対応 他の医療機関に入院を要する場合の紹介 2 緊急時の対応、入院が必要な場合の対応 	
協力歯科医療機関	なし	あり ；その名称
(協力の内容)		
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なう場所		
一般居室にて、介護保険在宅サービスを利用することが出来ます。		

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・手続きについて		
(その内容) 全室個室であるため、原則として一時介護室は設けてない。		
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
従前居室等の仕様の変更		
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・手続きについて		
(その内容) 全室個室であるため、原則として介護居室は設けてない。		
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
従前居室等の仕様の変更		
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(一般居室)	なし	あり
判断基準・手続きについて	(その内容) 心身状態の変化に伴い、ご入居者の利便性を考え、同意の上、介護付の一般居室へ住み替えていただく場合があります。	
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) 利用権はそのまま次の一般居室へ移行する。	
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
従前居室等の仕様の変更		
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
台所の有無	なし	一部あり
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		
契約の解除の内容	<p>以下の場合には、状況により90日の予告期間を置いて、契約を解除することがあります。</p> <p>①入居契約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管理費その他の費用の支払いをしばしば遅滞し、その支払い能力が無く信頼関係を無くしたとき。</p> <p>③建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき。</p> <p>④行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすとき。 (認知症の場合で、特定の病因等に基づくものであると診断され、医療機関において通院や入院による治療を受けている場合は、この限りではありません。)</p>	
体験入居の内容	<p>6泊7日まで(予約制)</p> <p>◆入居条件を満たした、ご本人様を含む3名様までがご利用になれます。</p> <p>1人 1泊2日(3食付)10,500円(税込み)</p> <p>2人 1泊2日(3食付)21,000円(税込み)</p> <p>3人 1泊2日(3食付)31,500円(税込み)</p>	
入居定員	1名～3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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	1	2				3
85歳以上	1	1		2		4
	自立	要支援1	要支援2	経過的介護		合計
65歳未満	4					4
65歳以上75歳未満	8					8
75歳以上85歳未満	11	3	3			17
85歳以上	1	3	2			6

入居者の平均年齢 77.7 歳

入居者の男女別人数 男性 19 女性 23

入居率(一時的に不在となっている者を含む。) 100 %

前年度に有料老人ホームを退去した者の人数

退去した者の移転先	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						
社会福祉施設	1					
医療機関						
志望者						
その他()						
	自立	要支援1	要支援2	経過的介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
志望者						
その他()						

入居者の入居期間

入居期間	6か月未満	6か月以上 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
入所者数	4	3	21			

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		
	上記が「なし」場合の代替措置					
居室の状況			戸数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし	28	57.71~80.51m ²	
	一般居室相部屋	あり	なし		m ²	
					m ²	
					m ²	
	介護居室個室	あり	なし		m ²	
	介護居室相部屋	あり	なし		m ²	
					m ²	
共同便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数			6(内 男:3 女:3)		
	うち車椅子等の対応が可能な数			3		
個室便所の設置数	個室における便所の設置割合			100 %		
	うち車椅子等の対応が可能な数			100 %		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
			2			
その他、浴室の設備に関する事項 各戸にユニットバス完備						
食堂の設備状況	入居者等が調理を行なう設備状況			あり	なし	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 【共用施設】食堂、共用浴室、談話室、相談室、理美容室、マッサージ室、洗濯室、屋上庭園、医務室、地域交流室 【設備関係】エレベーター4基(7階以上は2基)、スプリンクラーの設置箇所(居室、共用部分)、避難路(非常階段1箇所、特別避難階段1箇所)				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全館バリアフリー						
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(5・6F)	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		2,424.17m 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			
賃借(借地)						
なし	あり	契約期間	始	平成18年8月1日	終	平成48年7月31日
			契約の自動更新	なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		9,634.32m 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			
賃借(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	利用者からの相談、苦情に対応する相談窓口(受付窓口/管理課 課長 村松 孝)		
電話番号	0263-39-5888		
対応している時間	平日	8時30分～19時	
	土曜	8時30分～19時	
	日曜・祭日	8時30分～19時	
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	長野県国民健康保険団体連合会		
電話番号	026(238)1555・1558		
対応している時間	平日	9時～17時	
	土曜	休み	
	日曜・祭日	休み	
定休日等	土曜・日曜・祭日		
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	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 1事故につき最大1億円の対人対物共通賠償	
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	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、損害保険等の手続きを行い、誠実に対応いたします。但し、天災等の不可抗力及び保険会社調査の結果、給付対象外と認めた場合は除きます。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
1 一般居室及び共用施設の利用			
2 一日3食の食事			
3 生活相談、助言等の生活サービス			
4 クリーニング取次、宅急便・郵便物の取次等のフロントサービス			
5 介護サービス等一覧表によるサービス			
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り組みの状況			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	平成18年9月1日
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 開示の方法: 施設内掲示及び懇親会やお知らせによる通知
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 開示の方法

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	最多価格帯
住宅型	入居の場合	2750万 円	3850万 円	3010万 円 3 戸
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) 一時金から20%を差し引いた額を償却		
初期償却率(%)	20 %			
償却年月数	144ヶ月			
解約時返金の算定方法	$(入居一時金 \times 0.8) \times (144ヶ月 - 入居月数) / 144ヶ月$			
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合理的な算定根拠				
		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) 「介護サービス等の一覧表」による			
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等			
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	計	(1人入居)192,300円/月 (2人入居)303,600円/月 (3人入居)414,900円/月								
管理費	なし <input checked="" type="checkbox"/>	(1人入居)123,000円/月 (2人入居)165,000円/月 (3人入居)207,000円/月								
(「あり」の場合、その用途) 共用施設の維持管理費、事務費、生活サービス等に係わる人件費他										
食費	なし <input checked="" type="checkbox"/>	69,300円/人・月(30日×3食)								
(「あり」の場合、その用途) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> 食材料費、厨房における光熱水費及び食事作りに係わる人件費 </td> <td style="width:20%; border: 1px dashed black;"> 欠食した場合の扱い 事前の申し出により食数分×単価を減額する </td> <td style="width:30%;"> 内訳 朝食 550円 昼食 800円 夕食 960円 その他() </td> </tr> </table>			食材料費、厨房における光熱水費及び食事作りに係わる人件費	欠食した場合の扱い 事前の申し出により食数分×単価を減額する	内訳 朝食 550円 昼食 800円 夕食 960円 その他()					
食材料費、厨房における光熱水費及び食事作りに係わる人件費	欠食した場合の扱い 事前の申し出により食数分×単価を減額する	内訳 朝食 550円 昼食 800円 夕食 960円 その他()								
光熱水費	なし <input checked="" type="checkbox"/>	円								
(「あり」の場合、その内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">共有部分</td> <td style="width:10%;">実費</td> <td style="width:10%;">一定額</td> <td style="width:50%;">円</td> </tr> <tr> <td>個室部分</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>実費</td> <td>一定額</td> <td>円</td> </tr> </table>			共有部分	実費	一定額	円	個室部分	<input checked="" type="checkbox"/> 実費	一定額	円
共有部分	実費	一定額	円							
個室部分	<input checked="" type="checkbox"/> 実費	一定額	円							
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 円										
人員配置が手厚い場合の介護サービス		なし <input checked="" type="checkbox"/> 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算定根拠		なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>								
個別的な選択による介護サービス		なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>								
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 「介護サービス等の一覧表」による										
家賃相当額	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	円								
その他に必要な月額利用料		なし <input checked="" type="checkbox"/> あり								
(「あり」の場合、その内容及び利用料)										
その他、入居一時金及び利用料以外に必要な利用料		なし <input checked="" type="checkbox"/> あり								
(「あり」の場合、その内容及び利用料)										

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なった場合は、説明を受けた者の署名を求める。