

重要事項説明書

記入年月日	平成 年 月 日		
記入者名	泉 政 子	所属・職名	水明荘施設長

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	有限会社
	(ふりがな)	ゆうげんがいしゃあさひめでいかるさーびす		
	名 称	有限会社旭メディカルサービス		
事業主体の主たる事務所の所在	〒019-1402			
	秋田県仙北郡美郷町野中宇沢田3番地			
事業主体の連絡先	電話番号	0187-84-1286		
	FAX番号	0187-84-0608		
	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	亀 谷 美枝子		
	職 名	(有)旭メディカルサービス代表取締役		
事業主体の設立年月日				

事業主体が秋田県内に拠点を有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	とうげんの郷介護事業所	美郷町野中宇宮崎82-6
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		
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		
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		
〈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				
〈居宅介護予防サービス〉				
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		
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		
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		
〈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		
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 施設の概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
(ふりがな)	ゆうりょうろうじんほーむすいめいそう		
施設の名称	有料老人ホーム水明荘		
施設の所在地	〒019-1402		
	秋田県仙北郡美郷町野中宇宮崎82-6		
施設の連絡先	電話番号	0187-84-0608	
	FAX番号	0187-84-0608	
	ホームページアドレス	なし	
施設の開設年月日		平成17年7月25日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	泉 政 子	
	職名	水明荘施設長	
施設までの主な利用交通手段			
大曲駅よりあったか山温泉行き六郷高校前下車徒歩3分			
施設の類型及び表示事項		住宅型有料老人ホーム	
居住の権利形態 契約期間の個室利用、利用料の支払方法 毎月末に支払			
入居の条件	居住権利形態	利用権方式	
利用料の支払方法		月払い方式	
入居時の条件		要介護者	
介護保険		在宅介護サービス	
居室区分		個室	
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はその年月日）			
事業の開始（予定）年月日			
指定年月日			
指定の更新年月日			

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	6		9.91㎡			
				6		7.43㎡			
	一般居室相部屋	あり	なし			㎡			
						㎡			
						㎡			
	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			㎡				
					㎡				
					㎡				
共同便所の設置数	2	うち男女別の対応可能な数				2			
		うち車椅子等の対応が可能な数							
個室の便所の設置数		個室における便所の設置割合							
		うち車椅子等の対応が可能な数							
浴室の設置状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		1							
その他、浴室の設備に関する事項									
食道の設置状況									
入居者等が調理を行う設備状況						なし	あり		
その他、共同施設の設置状況									
なし						あり(その内容)			
バリアフリーの対応状況									
(その内容)全個室及びトイレに手すりの設置、玄関のスロープ、施設内の段差の解消									
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		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									
事業所が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		なし		あり			
貸借(借地)									
なし		あり		契約期間	始	開設	終	5年	
				契約の自動更新			あり	なし	
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積									
事業所が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		なし		あり			
貸借(借地)									
なし		あり		契約期間	始	開設	終	5年	
				契約の自動更新			あり	なし	

その他		なし	あり
判断基準・手続きについて			
(その内容)			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取り扱い			
(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			
契約の解除の内容	本人又は家族の希望での解除又は専門医療が必要のとき		
体験入居の内容	本人又は家族の希望があれば5日間位の体験入所あり		
入居定員	17名		
その他			

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) 居室介護であるので介護室はなし

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取り扱い

(その内容) 本人利用のみ、退所時に引き渡す。

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)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取り扱い

(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

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

④ 就業音に関する事項

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	1
生活相談員						
看護職員						
介護職員	1			3	4	2.5
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理委員	1			1	2	0.4
事務員						
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						40時間
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	2				2	
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士						
夜勤を行う看護職員及び 介護職員	最小時の人数（宿直従事者を除いた人数）					1
	平均時の人数					1

サービス内容

施設の運営に関する方針

基本的には入居者の快適な暮らしをサポートし充実した生活を営むようにする。又年
3 回ほど利用者又は家族との意見交換の場を設けて施設のより充実した運営を図る。

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）	☐ 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	なし	☒ あり

訪問介護サービスにより実施

協力医療機関の名称 医療法人亀谷外科医院

（協力内容）

月 2 回の巡回診断又入居時の健康診断及び緊急時の 24 時間診療

協力歯科医療機関 なし 富永歯科医院

（協力内容）

入居者の要望により施設への出張診療

要介護時における居室の住み替えに関する事項

利用者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	水明荘苦情相談室		
電話番号	0187-84-0608		
対応している時間	平日	午前10時～午後5時	
	土曜	午前10時～午後5時	
	日曜、祝日	午前10時～午後5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	旭メディカルサービス相談窓口		
電話番号	0187-84-1286		
対応している時間	平日	午前10時～午後5時	
	土曜	午前10時～午後5時	
	日曜、祝日	なし	
定休日等	日曜、祝日		

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	あり (その内容) 損害保険 対人、対物1億円 介護員の責任で怪我等をさせたとき保険で対応
----	--

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事

なし	あり (その内容) 病院費用及び精神的補償 (保険で対応) 家族に連絡する。亀谷病院で緊急治療
----	--

サービスの提供内容に関する特色

(その内容) 24時間体制で介護職員が巡回サービス

利用者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	あり	実施した年月日	平成17年12月10日	
		当該結果の開示状況	なし	あり

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	あり	実施した年月日		
		実施した評価期間の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

② 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、共同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	
人の入居の場合		円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人の入居の場合		円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人の入居の場合		円	円	円	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)	
	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					
	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)	

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			
解約時返却金の査定方法			
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			
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の査定方法			
保全措置の実施状況			
☐ あり ☒ なし		(「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

月額の場合の利用の額

管理費	なし	☒ あり	26,000
(「あり」の場合、その用途) 施設の維持管理の修繕等及び介護サービス			
食費	なし	☒ あり	24,000
(「あり」の場合、その用途) 三食の食事の提供			
光熱費	なし	☒ あり	管理費に含まれております
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		管理費に含まれております	
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
家賃相当額	なし	あり	30,000円
			27,000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)			
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)			

様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

説明受けた者署名 _____