

(別 紙)

重要事項説明書

		記入年月日	
記入者名		所属・職名	

1 事業所等を運営する法人等に関する事項

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	<input checked="" type="radio"/> あり 有限会社
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ もこ 有限会社 モコ	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒012-1123	秋田県雄勝郡羽後町貝沢字拾三本塚 5 5 - 5	
事業主体の連絡先	電話番号	0183-55-8367	
	FAX番号	0183-558368	
	ホームページアド レス	なし あり : http:// yumoko. web. fc2. com/	
	事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	滝 澤 雄吉
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成14年6月12日		

事業主体が当該都道府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	なし	あり	ライフサポートみわ	羽後町貝沢字拾三本塚43-8
訪問入浴介護	なし	あり		
訪問看護	なし	あり		
訪問リハビリテーション	なし	あり		
居宅療養管理指導	なし	あり		
通所介護	なし	あり		
通所リハビリテーション	なし	あり		
短期入所生活介護	なし	あり		
短期入所療養介護	なし	あり		
特定施設入居者生活介護	なし	あり		
福祉用具貸与	なし	あり		
特定福祉用具販売	なし	あり		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護	なし	あり		
認知症対応型通所介護	なし	あり		
小規模多機能型居宅介護	なし	あり	ケアセンターみわ	羽後町貝沢字拾三本塚43-6
認知症対応型共同生活介護	なし	あり	GHみわ	羽後町貝沢字拾三本塚55-5
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	あり		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	あり		
居宅介護支援	なし	あり	大雄居宅支援事業所	横手市大雄字八柏中村27
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	なし	あり	ライフサポートみわ	羽後町貝沢字拾三本塚43-8
介護予防訪問入浴介護	なし	あり		
介護予防訪問看護	なし	あり		
介護予防訪問リハビリテーション	なし	あり		
介護予防居宅療養管理指導	なし	あり		
介護予防通所介護	なし	あり		
介護予防通所リハビリテーション	なし	あり		
介護予防短期入所生活介護	なし	あり		
介護予防短期入所療養介護	なし	あり		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	あり		
介護予防福祉用具貸与	なし	あり		
特定介護予防福祉用具販売	なし	あり		
<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	なし	あり		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	あり	ケアセンターみわ	羽後町貝沢字拾三本塚43-6
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	あり	GHみわ	羽後町貝沢字拾三本塚55-5
介護予防支援	なし	あり		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	なし	あり		
介護老人保健施設	なし	あり		
介護療養型医療施設	なし	あり		

2 施設概要

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) こんふおーと みわ コンフォート みわ	
施設の所在地	〒012-1123	
	秋田県雄勝郡羽後町貝沢字拾三本塚 4 3 - 8	
施設の連絡先	電話番号	0183-55-8367
	FAX番号	0183-55-8368
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http:// yumoko.web.fc2.com/
施設の開設年月日	平成 2 4 年 3 月 1 0 日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	滝澤 雄吉
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
羽後交通 三輪停留所 徒歩 5 分		
施設の類型及び表示事項	住宅型 有料老人ホーム	
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にはその年月日） 		
 事業の開始（予定）年月日 		
 指定の年月日 		
 指定の更新年月日 		

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態

有料老人ホーム又は軽費老人ホームの職員の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	0.2
生活相談員						
看護職員						
介護職員	2				2	2.0
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員			1		1	0.5
事務員			1		1	0.5
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

※ 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	2			
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
2級				2
3級				
介護支援専門員		1		

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				
柔道整復師				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び

介護職員の数
最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）
平均時の人数

1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者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		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
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						
※ 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						
柔道整復師						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					なし	あり
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

(報告計画の基準日の前月)		年 月					
		看護職員		介護職員		生活相談員	
区 分		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						
		機能訓練指導員		計画作成担当者			
		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	

4 サービスの内容

施設の運営に関する方針

高齢者に安価で快適な住空間を提供する。食事を提供し、健康の維持管理に協力する。お花見等の行事を行い楽しさを提供する。介護の必要な高齢者に適切なサービスの紹介を行う。

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
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	医療法人 みわ内科クリニック	
	(協力の内容) 定期往診、予防接種等	
協力歯科医療機関	なし	あり
	その名称	
	(協力の内容) 志水歯科医院	

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う場所

介護サービスは居室にて受けていただきますので、住み替え等はありません。

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
台所の変更の有無	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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他	なし	あり
判断基準・手続について		
(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
台所の変更の有無	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	入居契約第5章に記載のとおり	
体験入居の内容	5,000円/日 1泊2日3食付き 13:00～翌11:00 5泊まで可	
入居定員	12室 12名	
その他	全室 個室	

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）

区 分	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	1					1
75歳以上85歳未満	2	3				5
85歳以上	1	2	1		1	5
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満		1				1
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 82.5

入居者の男女別人数 男性 5人 女性 7人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 100%

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数

退 去 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						
医療機関						
死亡者		2			1	3
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

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
入居者数	3	4	3	2		

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	
	耐火又は準耐火建築物以外の建物であって、火災に係る利用者の安全性の確保対策		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	12	12	9.94m 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
				m ²	
一時介護室	あり (なし)			m ²	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数			2	
	うち車椅子等の対応が可能な数			1	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			0	
	うち車椅子等の対応が可能な数			0	
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	0	0	0
その他、浴室の設備に関する事項		手摺りを設置			
食堂の設備状況		入居者等が調理を行う設備状況			
		(なし)	あり		
その他、共用施設の設備状況		なし (あり) (その内容) ロビー			
バリアフリーの対応状況		(その内容) 手摺の設置、階段にスロープ併設、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		372m 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)			
貸借 (借地)					
(なし)	あり	契約期間	始	終	
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		260.74m 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)			
貸借 (借家)					
(なし)	あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新				なし	あり

利用者等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する窓口

窓口の名称	コンフォート みわ		
電話番号	0183-55-8367		
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	設けていません。		

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	羽後町役場保健福祉課		
電話番号	0183-62-2111		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	-	
	日曜・祝日	-	
定休日等	土日、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

損害賠償保険の加入状況

なし	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 三井住友海上損害保険に加入
----	-------------------------------------	----------------------

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"/> あり	(その内容) 原因究明と適切な補償
----	-------------------------------------	-------------------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 居宅介護サービスの紹介により、利用者に安心感を持ってもらえる。

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

<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり

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	なし あり

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					
敷金		最低の額	最高の額	最多価格帯	
1	人の入居の場合	100,000円	100,000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					
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			
解約時返還金の算定方法			
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			
解約時返還金の算定方法			
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 (30		(税込) 109,800 円
管理費	なし <input checked="" type="radio"/> あり	11,000 円
(「あり」の場合、その用途) 共用部分の維持管理、消耗品代等		
食費	なし <input checked="" type="radio"/> あり	52,800 円
(「あり」の場合、その内容) 朝440円、昼660円、夕660円 日額1,730円		
光熱水費	なし <input checked="" type="radio"/> あり	11,000円
利用者の個別的な選択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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) サービス提供一覧表に記載		
家賃相当額	なし <input checked="" type="radio"/> あり	35,000 円
その他に必要な月額利用料	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 敷金として入居時100,000円		

上記内容は、消費税込みの金額となっております。

添付書類：「サービス等一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

※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。

重要事項の説明を受け、同意いたしました。 署名 _____