

## 重要事項説明書

記入者名	菊池 一広	記入年月日	令和 年 月 日
		所属・職名	訪問：管理者

## 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	法人の種類	営利法人
	名称 有限会社 わかば会	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ わかばかい
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒019-1512	秋田県仙北郡美郷町本堂城回字新谷尻 214-7
	電話番号	0187-87-6630
事業主体の連絡先	FAX番号	0187-87-6631
	ホームページ アドレス	なし あり
	事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名 氏名
事業主体の設立年月日	平成 15 年 1 月 14 日	

事業主体が秋田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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	ホームヘルプステーション きらら千畑	仙北郡美郷町字本堂城 回字新谷尻 214-7
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時訪問介護・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	きらら千畑 きらら浅舞	仙北郡美郷町字本堂城 回字新谷尻 214-7 横手市平鹿町浅舞字道 川南 77-7
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		
複合型サービス	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	ホームヘルプステーション きらら千畑	仙北郡美郷町字本堂城 回字新谷尻 214-7
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		
<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		
<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、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) ゆうりょうろうじんほ一む きららあさまい 有料老人ホーム きらら浅舞	
施設の所在地	〒013-0105	秋田県横手市平鹿町浅舞字覚町後 240 番地 1
施設の連絡先	電話番号	0182-23-5318
	FAX番号	0182-23-5319
	ホームページ	なし
	アドレス	あり:
施設の開設年月日		平成27年10月15日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	森谷 清子
施設までの主な利用交通手段		
最寄駅	十文字駅まで	6.5 Km
最寄バス停	浅舞覚町バス停	0.4 Km
施設の類型及び表示事項	類型：住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 介護保険：在宅サービス利用可（介護保険） 居室区分：全室個室	
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及び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27年10月15日	
指定の年月日	平成27年10月7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	0.3
生活相談員						
看護職員						
介護職員		6			7	2.7
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員				(6)	(6)	
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 44時間

※ 介護職員と調理員は兼務となります。

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		1		
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
訪問介護員2級		6		
訪問介護員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				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 ( 17:30 ~ 8:30 )	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	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						
訪問介護員2級						
訪問介護員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						
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
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						
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

私たちは、利用者には慣れ親しんだご自宅と同じ生活が過ごせるように、職員と利用者が家族、友人同然となり家族的な温かい施設運営を目指します。  
 利用者と、そのご家族の生活の助け手として、不自由を感じさせない、本人にふさわしい安定した生活を送られるよう、利用者の人格を尊重し、ご希望にあったサービスを適切に提供いたします。家庭や地域との連携により、個人の生活意識の継続、社会性の維持促進を図ることにより、信頼・信用に基づいた新たな価値を創造し、明るい長寿社会の実現を目指します。

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	平鹿総合病院		
(協力の内容)	入居者の緊急時治療及び入院治療		

協力医療機関の名称	高橋内科医院		
(協力の内容)	医師の訪問による健康相談 年2回の健康診断（医療費、その他の費用は入居者負担）		

協力歯科医療機関	なし	あり	佐藤歯科医院
(協力の内容)	歯科医療面で診察等が必要な場合、診察・往診も依頼している。		

要介護時における居室の住替えに関する事項

要介護時に介護を行う場所	原則、一般居室において、外部又は併設の訪問介護保険サービスを受ける。
--------------	------------------------------------



入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合		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)			
介護居室へ移る場合		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)			

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) 追加費用は個室限定を希望された場合、1万円増加 居室利用権の取り扱いは入居時と同様		
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	<p>次の場合に契約の解除が行われることがあります。</p> <p>①入居申込書に虚偽を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>②月額の利用料その他の支払を正当な理由なくしばしば延滞するとき。</p> <p>③禁止又は制限される行為の規定に違反したとき。</p> <p>④入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。</p>	
体験入居の内容	施設の見学が可能	
運営懇談会の開催状況		
開催回数	年 2 回	
主な内容	入居者の状況、サービスの提供の状況及び管理費、食費の収支等の内容の報告、説明、入居者の要望、意見を聴取する。	
会議録の閲覧	なし	あり
入居定員	12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						
85歳以上						
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数	男性	女性	男性	女性

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

前年度に退去した者の人数

	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						
その他						
	自立	要支援 1	要支援 2			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						

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			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	12		13.80㎡
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	一時介護室	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
共用便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数			
		うち車いす等の対応が可能な数			3
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合			
		うち車いす等の対応が可能な数			
浴室の設備状況	浴室の数	<input type="checkbox"/> 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					
食堂の設備状況					
入居者等が調理を行う設備状況		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
その他、共用施設の設備状況					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) ホール(談話・娛樂室)			
バリアフリーの対応状況					
(その内容) 居室内含み全館バリアフリーに対応					
緊急通報装置の設置状況		<input type="checkbox"/> なし	一部あり	全居室内にあり	
外線電話回線の設置状況		なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	全居室内にあり	
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	<input type="checkbox"/> 全居室内にあり	
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積		856.89㎡			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	<input type="checkbox"/> あり	
抵当権の設定		なし		<input type="checkbox"/> あり	
貸借(借地)					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新			なし	<input type="checkbox"/> あり	
施設の建物に関する事項					
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	<input type="checkbox"/> あり	
抵当権の設定		なし		<input type="checkbox"/> あり	
貸借(借家)					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新			なし	<input type="checkbox"/> 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	有料老人ホーム きらら浅舞		
電話番号	0182-23-5318		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	ご意見箱を当施設内に設置します。	
定休日等	ご意見箱を当施設内に設置します。		
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	横手市健康福祉部 高齢ふれあい課		
電話番号	0182-35-2134		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	ご意見箱を当施設内に設置します。	
定休日等	ご意見箱を当施設内に設置します。		
苦情への対応方法			
(その内容) 苦情の内容調査と事実確認後、再発防止のための改善方法を検討し、必要な改善策をとる。			
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="checkbox"/>	(その内容) 開設時に損害賠償責任保険に加入 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)	
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="checkbox"/>	(その内容) 事故対応マニュアルに基づき、原因の究明、再発防止策を講じる。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) コミュニケーションと生活サービスを理念とし、それに基づく実践を徹底する。日中時間帯はコミュニケーション活動、談話活動等を積極的に行い、居室での閉じこもりをなくし、利用者の「生活」づくりを支援する。			
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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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					
償却開始日の設定		入居日			
初期償却率（％）					
償却年月数 （想定居住期間）					
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例					
保全措置の実施状況		なし	あり	（保全先）	
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			
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			
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				
管理費		なし	あり	18,000円
(「あり」の場合、その用途) 居室の水道光熱費、共用施設の水道光熱費・清掃費・維持管理費、消耗品費(トイレトーパー、石鹸、シャンプー等)、事務管理費				
食費		なし	あり	42,000円
(「あり」の場合、その内容) 朝・昼・夕食の3食 + おやつ代 = 1,400円/日				
冷暖房費		なし	あり	300円/日 (1月~12月)
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			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
(「あり」の場合、その内容及び利用料)				
家賃相当額		なし	あり	35,000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) ※入院等により、居室を確保する場合(1日3,000円別途料金加算あり)				

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 菊池 一広 印

私は、本書面に基づいて「有料老人ホームきらら浅舞」に入居するにあたり、事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意いたしました。

利用者氏名 印

署名代行者 私は下記の理由により、契約者の代わり、上記署名を行いました。

住所

氏名 印

理由



別添  
介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス	各種一時金、月額の利用料等で実施するサービス	別途利用料を徴収した上で実施するサービス	備考
<p>介護サービス</p> <p>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(協力医療機関) 通院介助(協力医療機関以外)</p>	<p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p>	<p>実費</p> <p>1時間/1,000円 1時間/1,000円</p>
<p>生活サービス</p> <p>居室清掃 リネンの交換 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(通常の利用区域) 買い物代行(上記以外の区域) 役所手続き代行 金銭・貯金管理</p>	<p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり</p>	<p>1回/1,000円(1時間以内) 1回/500円 1回/1,000円</p> <p>実費 1回/1,000円 1回/1,000円</p>
<p>健康管理サービス</p> <p>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)</p>	<p>なし あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり</p>	<p>実費(年2回実施) ※慢性疾患管理及び治療食の提供による個別対応については有料(実費)となります。</p>
<p>入退院時・入院中のサービス</p> <p>移送サービス 入退院時の同行(協力医療機関) 入退院時の同行(協力医療機関以外) 入院中の洗濯物交換・買い物 入院中の見舞い訪問</p>	<p>なし あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり</p>	<p>なし あり あり あり あり あり</p>	