

重要事項説明書

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 <input checked="" type="checkbox"/> <u>あり</u> 株式会社
	名称	(かぶしきがいしゃ <u>みらい</u>) 株式会社 <u>みらい</u>
事業主体の主たる事務所の所在地	〒012-0804	秋田県湯沢市杉沢字戸石崎 85-1
	電話番号	0183-56-7411
事業主体の連絡先	FAX番号	0183-56-7422
	ホームページアドレス	<u>なし</u> あり:http://
事業主体代表者の氏名及び職名	氏名	大野 守
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日 平成25年3月15日		
財務諸表及び事業収支計画書の閲覧		<input checked="" type="checkbox"/> <u>あり</u> <input type="checkbox"/> なし

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	
<居宅サービス>			
訪問介護	<u>あり</u> <input type="checkbox"/> なし	清水の郷訪問 介護事業所	秋田県湯沢市杉沢字戸石崎8 5-1
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
短期入所生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
複合型サービス	あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>		
居宅介護支援		あり <input checked="" type="checkbox"/> <u>なし</u>	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> <u>あり</u> <input type="checkbox"/> なし	清水の郷訪	秋田県湯沢市杉沢字戸石崎8

		問介護事業所	5-1
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	あり	なし	
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
訪問型サービス	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ーむ しみずのさと 有料老人ホーム 清水の郷	
施設の所在地	〒012-0804 秋田県湯沢市杉沢字戸石崎85-1	
施設の連絡先	電話番号	0183-56-7411
	FAX番号	0182-56-7422
	ホームページ	なし
	アドレス	あり: http://
施設の開設年月日	平成30年8月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	大野守
	職名	代表取締役
施設までの主な利用交通手段		
羽後交通バス(杉沢下車 徒歩 1分) JR奥羽本線(下湯沢駅下車 タクシー 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	0570700047	
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	年 月 日
指定の年月日	平成	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	1				1	1
介護職員		13			13	3.3
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	4				4	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					35.0~40.0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		
社会福祉主事		1				
介護福祉士		6				
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級						
介護初任者研修終了者		5				
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 (時~ 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	1	17時~9時			1	

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	
入居者に対し、老人福祉法、その他の関係法令、秋田県有料老人ホーム設置運営指導指針及び社団法人全国有料老人ホーム協会が定める倫理綱領を遵守し、入居契約の定めに従い、入居者に施設を利用する権利を与え、各種サービスを提供する。	
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
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	雄勝中央病院、陽だまり医院、まつした医院
（協力の内容）入居者の緊急時の治療、あるいは入院等についての協力支援 入居者の治療等についての協力支援（定期の往診、緊急時の往診等）	
協力歯科医療機関	なし あり その名称 すえひろ歯科医院
（協力の内容） 入居者の治療等についての協力支援	
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	

一般居室（入居時の居室のまま住み替えなし）
 一般居室において、介護保険の在宅サービスを利用する。

入居後に居室を住み替える場合	なし	あり
一時介護室へ移る場合	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)		
介護居室へ移る場合	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)
--	--	--	--	--	--------

	その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	判断基準・手続について (その内容)		
	追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	その他の変更の有無 (その内容)	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	施設の入居に関する要件		
	自立している者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	要支援の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	要介護の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	留意事項	なし	
	契約の解除の内容	<p>事業者からの契約解除 入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、入居契約書第29条第2項及び第3項に規定した条件の下に、契約を解除することがある。</p> <p>一 入居申込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>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 入居契約書第20条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p>	
	サービス内容、利用料等の変更 (その変更方法・手続き等)		

体験入居の内容					
運営懇談会の開催状況					
開催回数	年2回				
主な内容	レクリエーション、年間行事、入居者へのアンケート集計と評価				
会議録の閲覧				なし	あり
入居定員	28名				
その他	なし				

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	1			1		2
75歳以上85歳未満			1			1
85歳以上	6	5	3	4	5	23
	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						
75歳以上85歳未満			1			1
85歳以上						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数	男性	10	女性	17
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				96%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	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	1		1			2
社会福祉施設	1	1		2	1	5
医療機関	1		1	2		4
死亡者				1		1
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等			1			1
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	6	8	13	0	0	0

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
建築年	平成30年建築（平成 年増築）		

構造・階数	木造 平屋 建て					
延床面積	842.82 m ²					
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	28	28	13.5m ² m ²	
	一般居室相部屋	あり なし			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	
	一時介護室	あり なし			m ² m ²	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数					
	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					
浴室の設備状況	浴室の数	普通浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
	2	1		1		
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	22.35 m ²					
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) 談話室、医務室 (その内容) 憩いの場の確保、医務の場確保				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 施設内バリアフリー対応						
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			1,895.35 m 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						
建物の構造			木造			
建物の延床面積						
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	有料老人ホーム清水の郷
電話番号	0182-47-7170

	対応している時間	平日	9:00～17:00	
		土曜	9:00～17:00	
		日曜・祝日	9:00～17:00	
	定休日など	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	湯沢市長寿福祉課	秋田県雄勝地域振興局福祉環境部	
	電話番号	0183-55-8309	0183-73-6155	
	対応している時間	平日	8:30～17:15	8:30～17:15
		土曜		
		日曜・祝日		
	定休日等			
苦情への対応方法				
(その内容) 苦情解決責任者、苦情受付担当で構成する苦情対応委員会が苦情相談対応マニュアルに沿って対応する。				
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="radio"/> あり	(その内容) 総合賠償責任保険、普通傷害保険	
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				
	<input checked="" type="radio"/> なし	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) 入居者に安らぎ、安心、満足を提供できる環境の創造に努めている。 常に心温かで質の高い最善のサービスを提供するために、職員の一定の質の確保を目指している。地域に根ざした施設の運営を目指すため、地域との関係づくりと日常生活の延長での地域に開かれた運営に努めている。				
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	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	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

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式				
敷金		円 (家賃の	ヶ月分)				
一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定			なし	あり			
要介護状態に応じた金額設定			なし	あり			
料金プラン							
プラン名称	一時金	月額	(内訳)				
		計	家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱 水費	管理費

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠

家賃相当額

介護費用

食費

光熱水費

管理費

一時金

一時金の売却に関する事項

償却開始日の設定

入居日

初期償却率 (%)

想定居住期間を超えて契約継続する場合に備えて受領する額

権利金等 (※) の額

(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。

焼却年月数

(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)

三月以内の契約終了による返還金について

三月の起算日

入居日

契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法

一時金の支払方法

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定

なし

あり

要介護状態に応じた金額設定

なし

あり

料金プラン

プラン名称

月額

(内訳)

計

家賃

介護

食費

洗剤費

管理費

			相当額	費用		
	一般居室		40,000円	45,000円		45,000円
	一般居室・流動食					
	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
算定根拠	家賃相当額					
	介護費用	病院診療付添 1時間1,000円				
	食費	朝食450円、昼食550円（おやつ・水分補給50円）、夕食500円。 一か月45,000円（1日3食で30日） 特別食（治療食）別途負担なし				
	洗剤費					
	管理費	水道光熱費含む。				
	一時金					
一時金方式・月払い方式共通						
介護保険サービスの自己負担額						
	内 容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。				
	人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし		あり	
	内 容					
	利用料	円（月額・日額）				
	算定根拠					
	支払い方法	月単位（日割りの有無 あり・なし）				
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料						
	個別的な選択による生活支援サービス		なし		あり	
	算定根拠					
料金改定の手続						
	運営懇談会の議題にあげ改定する。					

6. その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項 規定する届出		あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
	なし		
	あり	(その内容)	

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 伊藤 満

私は、有料老人ホーム清水の郷の入居にあたり、上記説明者より契約書及び本書面に
基づき重要事項の説明を受け、入居契約書に同意いたします。

利用者

住所

氏名

Ⓜ

(身元引受人)

住所

氏名

Ⓜ

利用者との関係 _____