

重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	平成28年 月 日
記入者名	松岡 秀年	所属・職名	代表社員

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
	名称	(ふりがな) シ) ユラギ 合資会社 ゆらぎ	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒905-1145	沖縄県名護市字川上424-1にらいビル1F	
	電話番号	0980-58-4733	
事業主体の連絡先	FAX番号	0980-58-4732	
	ホームページアド レス	なし	
		あり	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	松岡 秀年	
	職名	代表社員	
事業主体の設立年月日	平成16年3月31日		

1-2 事業主体概要

事業主体が名護市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	トータル リハビリ・ケア サービス スゆらぎ訪問介護事業所	名護市宇川上424-1にらいビル1F
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	名護リハビリケアセンター	名護市宇川上424-1にらいビル1F
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>				
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		
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	トータル リハビリ・ケア サービス スゆらぎ居宅介護支援事業所	名護市宇川上424-1にらいビル1F
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	トータル リハビリ・ケア サービス スゆらぎ訪問介護事業所	名護市宇川上424-1にらいビル1F
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	名護リハビリケアセンター	名護市宇川上424-1にらいビル1F
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) 高齢者協同住宅シルバーテラスハウス	
施設の所在地	〒905-1146 名護市親川 463-3	
施設の連絡先	電話番号	0980 - 58 - 1310
	FAX番号	0980 - 58 - 4732
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : matchan_4587@yahoo.co.jp
施設の開設年月日	平成29年5月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	松岡 秀年
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
車 : 名護市役所より58号線北上15分 バス :		
施設の類型及び 表示事項	施設の類型 : 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 : 要支援、要介護 介護保険 : 在宅サービス利用可 居室区分 : 2名部屋 4室	
介護保険事業所番号 (介護付有料老人ホームの場合)		
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		

3-1 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	
看護職員	2		1		3	2.2
介護職員	1		3		4	2.4
機能訓練指導員		1				
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
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						32
※ 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	1	1	2			
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		1				
言語聴覚士	2		1			
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 (16時30分～8時30分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	1		1			
介護職員	1		1			

3-2 従業者に関する事項（介護付有料老人ホームの場合に作成）

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						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						

3-3 従業者に関する事項

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	2	1	1	3		1
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				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			1	2		
	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	1					
従業者の健康診断の実施状況				なし		あり

4-1 サービスの内容

施設の運営に関する方針		
別紙「管理規程」参照		
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		
(診療科目及び協力の内容) 1. 施設利用者の健全な身体活動を維持するために必要な、適切な指導・助言及び急変時の適切な処置 2. 下記診療科目の診察、治療 一般内科、代謝内科、他		
協力歯科医療機関	なし	あり
	その名称	
(診療科目及び協力の内容) 1. 訪問歯科診療 2. 口腔内のチェック、ケアの指導、アドバイス等		
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		
住み替えなし		

4-2 サービスの内容

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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

4-3 サービスの内容

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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	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	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	別紙「入居契約書」参照	
体験入居の内容	1泊 5,000円(食費込)	
入居定員	8人	
その他		

4-4 サービスの内容

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						
	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		
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						
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						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	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						
第三者による評価の実施状況						
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

4-5 サービスの内容

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		
	建築物の構造		木造			
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			m ²
						m ²
	一般居室相部屋	あり	なし	4	8	13.125 m ²
	介護居室個室	あり	なし			m ²
						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	
共用便所の設置数	2	うち男女別の対応が可能な数			0	
		うち車椅子等の対応が可能な数			2	
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	個浴	大浴室	特殊浴槽	リフト浴	
			0	0	0	
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				なし	あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 食堂・談話室：食事提供のため、洗面台、洗濯機				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 居室、廊下、浴室、トイレ段差なし						
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			544.15m 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			508.68 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（借家）						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	

4-6 サービスの内容

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	苦情相談窓口		
電話番号	0980-58-4733		
対応している時間	平日	9時～18時	
	土曜	9時～18時	
	日曜・祝日	9時～18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			
電話番号			
対応している時間	平日	9時～17時	
	土曜	なし	
	日曜・祝日	なし	
定休日等	12/29～1/3		
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"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しており、サービスの提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償します。	
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"/> あり	(その内容) ① 事故が発生した場合には利用者の生命安全を最優先として対応します。 ② 介護事故が発生した場合には施設長は速やかに身元引受人・家族・ケアマネージャーに報告するとともに、事故報告書を作成し再発防止に努めます。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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"/> 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="checkbox"/> 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 - 1 利用料金

利用料の支払い方式	月払い方式					
敷金	45,000円（家賃相当額の約2か月分）					
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	家賃相当額	食費	水道光熱費	施設管理費	
2人部屋	60,000円 (97,200円)	45,000円	400円/1食	5,000円	10,000円	
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
家賃相当額	定額家賃					
介護費用						なし ※介護保
算定根拠	食費	月額37,200円（お1人あたり） 1食400円で提供、実際の食数で換算 ※食事不要の旨を前々日まで申し出た場合は返却				
	水道光熱費	月額 5,000円（お一人あたり） （各居室及び共有部分に係る電気・水道代）				
	施設管理費	月額10,000円（お1人あたり） （施設清掃費、機械設備保守管理、リネン交換、洗濯居室配膳等の日常生活支援費）				

5-2 利用料金

一時金方式・月払い方式共通		
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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
算定 根拠	「介護サービス等の一覧表」のとおり	
料金改定の手続		
入居契約書総則第25条参照		

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項に規定する届出	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
	なし <input type="checkbox"/>	
あり <input type="checkbox"/>	(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 平成 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。

同意書

重要事項説明の同意

私は、本書面に基づき、事業者の職員から重要事項の説明を受けたことを確認し、同意します。

情報提供に関する同意

私は、医療上、緊急の必要性がある場合に医療機関等に契約者に関する心身の状況等の情報を提供すること並びにそれに付随して家族の情報を提供すること、また、サービス担当者会議等において、事業者が把握している個人情報を用いることに同意します。

説明年月日 平成 年 月 日

契約者署名 氏名 印

住所
署名代理人 氏名 印

続柄 ()

説明者署名 職名 氏名 印

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	特定施設入居者生活介護費、各種一時金又は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
介護サービス				
食事介護	あり	あり	あり	必要に応じ実施
排泄介助・おむつ交換	あり	あり	あり	必要に応じ実施
おむつ代	あり	あり	あり	実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	あり	あり	あり	必要に応じ実施
特浴介助	あり	あり	あり	必要に応じ実施
身辺介助(移動・着替え等)	あり	あり	あり	必要に応じ実施
機能訓練	あり	あり	あり	必要に応じ実施
通院介助(協力医療機関)	あり	あり	あり	必要に応じ実施
通院介助(協力医療機関以外)	あり	あり	あり	職員への付き添い1,000円/60分 交通費入居者負担
生活サービス				
居室清掃	あり	あり	あり	必要に応じ実施
リネン交換	あり	あり	あり	必要に応じ実施
日常の洗濯	あり	あり	あり	必要に応じ実施
居室配膳・下膳	あり	あり	あり	必要に応じ実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	あり	あり	必要に応じ実施
おやつ	あり	あり	あり	食料費実費負担
理美容師による理美容サービス	あり	あり	あり	実費負担
買い物代行(通常の利用区域)	あり	あり	あり	実費負担・600円/1回
買い物代行(上記以外の区域)	あり	あり	あり	実費負担・1,000円/1回
役所手続き代行	あり	あり	あり	実費負担・600円/1回
金銭・貯金管理	あり	あり	あり	実費負担
電気製品の持込み	あり	あり	あり	実費負担・600円/1回
健康管理サービス	あり	あり	あり	2個目以降、月額1,000円/1個
定期健康診断	あり	あり	あり	実費負担

健康相談	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1,000円/月
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1,500円/月
服薬支援	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
入退院時・入院中のサービス									
移動サービス	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	交通費入居者負担
入退院時の同行(協力医療機関)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1,500円/60分
入退院時の同行(協力医療機関以外)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	交通費入居者負担
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1,500円/60分
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	交通費入居者負担 600円/1回

※住宅型有料老人ホームは、「特定施設入居者生活介護費で実施するサービス」欄の各項目は「なし」に「○」を、入居一時金及び月額利用料により提供するサービスの場合は、「特定施設入居者生活介護費、各種一時金又は月額の利用料等で実施するサービス」欄の該当項目の「あり」に「○」を、個別に設定する料金により提供するサービスの場合は、「別途利用料を徴収した上で実施するサービス」欄の該当項目の「あり」に「○」をし、「備考」欄に、設定料金等(〇〇円/h、〇〇円/回、実費徴収など)を記載してください。