

重要事項説明書

記入者名		記入年月日	令和 年 月 日
		所属・職名	

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	営利法人
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ しとろん 有限会社シトロン		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒798-0035	宇和島市新町 2 丁目 2 番 11 号		
事業主体の連絡先	電話番号	0895-26-5011		
	FAX 番号	0895-26-5012		
	ホームページ	なし		
	アドレス	あり : http://		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	石丸さやか		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	平成 1 4 年 1 0 月 1 日			

事業主体が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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護 ゆずの家	愛媛県北宇和郡 鬼北町大字北川 450-2
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
複合型サービス	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

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 あじさい 有料老人ホーム あじさい	
施設の所在地	〒798-1354	愛媛県北宇和郡鬼北町大字北川 450-2
施設の連絡先	電話番号	0895-49-4796
	FAX 番号	0895-45-3623
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://
施設の開設年月日		令和 2 年 9 月 1 日
施設の管理者の氏名	氏名	兵頭 照絵
及び職名	職名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
J R 宇和島駅より車で 15 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			4		4	2.8
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員				1	1	0.1
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	1					
介護職員実務者研修 (旧基礎研修・1 級課程)					1	
介護職員初任者研修 (旧 2 級課程)					3	
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		1				
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 (1 人)		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						
介護職員実務者研修 (旧基礎研修・1 級課程)						
介護職員初任者研修 (旧 2 級課程)						
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						
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				1		
前年度1年間の退職者数			1	1		
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			4		
	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			
<p>入居者、その家族が安心して過ごせる生活を送れることを第一に考えたサービスを提供します。</p> <p>関連する法令、社会ルールを遵守し、オープンな経営を行います。</p>			
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	<u>なし</u>	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<u>なし</u>	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<u>なし</u>	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	徳洲会病院・沖内科クリニック		
(協力の内容) 訪問診察			
協力歯科医療機関	なし	<u>あり</u>	その名称 あべ歯科医院
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			
一般居室			

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)		
追加費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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									
体験入居の内容		5,500円/1日（食費・共益費含む）7日以内とする							
入居定員		6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	一	一		一		
85歳以上				丁		
	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	86.2					
入居者の男女別人数	男性	2		女性	3	
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				丁		
医療機関					一	
死亡者				一		
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等			一			
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	丁	一	丁			

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	
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	1	2	14 m ²			
	一般居室相部屋	あり	なし	3		28 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				
					m ²				
共用便所の設置数	6	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			1				
個室の便所の設置数	0	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		
		1							
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況	あり								
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)					
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全フロアバリアフリー									
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				2621.99 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				325 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	

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		管理者		
電話番号		0895-49-4796		
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		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口				
窓口の名称		南予地方局地域福祉課		
電話番号		0895-28-6106		
対応している時間		平日	8 : 30-17 : 00	
		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				
損害賠償責任保険の加入状況				
なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)		
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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 管理規定に基づいて対応		
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) 有名料理店監修の食事				
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 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 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. 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	なし		
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
			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		
一時金の償却に関する事項			
	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が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。		
	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）有料老人ホーム協会	

三ヶ月以内の契約終了による返還金について					
三ヶ月の起算		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					
	月額	(内訳)			
	計	家賃相当額	夜間支援	食費	共益費
2人部屋 A	89,680 円	27,000 円	0 円	49,680 円 (おやつ代含む)	13,000 円
1人部屋 B	98,680 円	36,000 円	0 円	49,680 円 (おやつ代含む)	13,000 円
※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	地域の一般賃貸の値段相応			
	夜間支援 サービス	1 か月 0 円			
	食 費 おやつ代	朝 432 円 ・ 昼 648 円 ・ 夜 540 円 (1 日 3 食で 30 日の場合) 1 か月 1,080 円			
	共益費	1 か月 13,000 円 (光熱費含む)			

