

住宅型有料老人ホーム 重要事項説明書

		記入年月日	平成27年7月1日
記入者名	木村 靖子	所属・職名	本部

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	(ふりがな) めいとけあ めいとケア	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒270-0004	千葉県松戸市殿平賀 56-1	
事業主体の連絡先	電話番号	047-312-1234	
	FAX番号	047-312-1235	
	ホームページ	なし	
	ジアドレス	あり : http:// mate-care.com	
事業主体の代表者の 職名及び氏名		職名	代表取締役
		氏名	千葉 晴久
事業主体の設立年月日		平成 12 年 2 月 21 日	

事業主体が埼玉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	あり	なし	めいと新座志木 訪問介護事業所 他3か所
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	デイサービスめいと新座志木 リハぶらざしき
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	めいと新座志木居 宅介護支援事業所
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	なし	めいと新座志木 訪問介護事業所 他3か所
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	デイサービスめいと新座志木 リハぶらざしき
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) めいとにいざしきいちごうかん めいと新座志木1号館	
施設の所在地	〒352-0011	埼玉県新座市野火止 5-18-21
施設の連絡先	電話番号	048-480-5515
	FAX番号	048-480-5553
	ホームページ	なし
	アドレス	あり： http:// www.mate-care.com
施設の開設年月日		平成17年4月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	永瀬 圭子
	氏名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
東武東上線「志木」駅からバス5分、「北野入口」停留所から徒歩1分 JR武蔵野線「新座」駅から徒歩15分		
施設の類型及び表示事項	類型	住宅型有料老人ホーム
	《表示事項》 <input type="checkbox"/> 居住の権利形態：利用権方式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式：一時金方式 <input type="checkbox"/> 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険：在宅サービス利用可 <input type="checkbox"/> 居室区分：全室個室 <input type="checkbox"/> その他：相部屋あり（2人部屋）	

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	0.5
生活相談員						
看護職員		1		1	2	1
介護職員		4		14	18	16
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	(2)	(1)	(10)		(13)	めいと新座志木 2号館兼務
事務員	1				1	1
その他従業者			2		2	1

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40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
社会福祉士				
介護福祉士		2		4
介護職員基礎研修				1
訪問介護員1級				
訪問介護員2級		2		9
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		1		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 (19時30分～7時30分)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2	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				4		
前年度1年間の退職者数			3	4		
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数				5		
1年以上3年未満の者の人数			1	6		
3年以上5年未満の者の人数			1	2		
5年以上10年未満の者の人数	1	1	2	1		
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	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		
利用者が当施設において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう生活サービスの援助を行う。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。		
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	財団法人 野中東皓会 静風荘病院	
（協力の内容） 診療のための医師派遣、日常の健康管理、看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介、外来受診、入院治療 （診療科：内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、眼科、リハビリテーション科）		
協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="radio"/> あり その名称 はずみ歯科医院
（協力の内容） 診療のための医師派遣、日常の健康管理、看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介、緊急の相談、連絡の受入		
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		
各居室		

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)

医師又は看護師等の判断により、認知症など特別な身体状況にあり、行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす場合又は共同生活ができないとみなされた場合は入居者および身元保証人の同意を得た上で移動。

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)

前払金及び従前居室の家賃の清算は1ヶ月に満たない期間の場合、退去日までの日割計算をした額とする。移動後の前払金及び家賃は移動居室の料金プランによる。

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)

他の居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

医師又は看護師等の判断により、認知症など特別な身体状況にあり、行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす場合又は共同生活ができないとみなされた場合は入居者および身元保証人の同意を得た上で移動。

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)

前払金及び従前居室の家賃の清算は1ヶ月に満たない期間の場合、退去日までの日割計算をした額とする。移動後の前払金及び家賃は移動居室の料金プランによる。

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		
体験入居の内容		
入居定員		
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				1		1
75歳以上85歳未満	6			1	2	9
85歳以上	10	3	5	3	7	28
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満	2					2
75歳以上85歳未満	6	5	1			12
85歳以上	3	4	2			9
入居者の平均年齢	84.9					
入居者の男女別人数	男性	16		女性	45	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					90.0%	

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		1	1		2	4
死亡者		1			2	3
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			1			1
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		2	21	38		

7. 施設、設備等の状況

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	39		27.92 m ²
	一般居室相部屋	あり	なし	26		33.01~65.13 m ²
						m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
		あり	なし			m ²
	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	
		うち車いす等の対応が可能な数			3	
個室の便所の設置数	62	個室における便所の設置割合			100%	
		うち車いす等の対応が可能な数			65	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		65	2	(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		なし		あり		
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 健康管理室・談話室・厨房・浴室・汚物処理室・洗濯室				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
緊急通報装置の設置状況		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	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	全居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積	3,000.4 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	鉄筋コンクリート造 地上3階建					
建物の延床面積	2615.74 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	平成16年12月1日	終	
		契約の自動更新		なし	あり	
				平成37年2月28日		

8. 利用者からの苦情窓口等

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	苦情対応窓口		
電話番号	048-480-5515		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝日	9:00~18:00	
年中無休	年中無休		
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	新座市役所 高齢者福祉課		
電話番号	048-477-1111		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜・日曜・祝祭日・年末年始		
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	あり	(その内容) 株式会社損害保険ジャパンの「賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命などに損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。人身2億	
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	あり	(その内容) 速やかに市区町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を取る	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 当施設に入居された方が、その能力に応じた日常生活が送られるように生活全般のサービスを行います。			
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			
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			
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

9. 利用料金

利用料の支払い方法	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(30日)	光熱水費
Aタイプ	320万～400万	162,975円	55,000円	/	53,460円	0円	54,515円
Bタイプ	400万～500万	173,118円	60,000円	/	53,460円	0円	59,658円
Cタイプ	900万	195,317円	75,000円	/	53,460円	0円	66,857円
Dタイプ	1600万	251,175円	100,000円	/	53,460円	0円	97,715円
D2タイプ	1800万	271,175円	120,000円	/	53,460円	0円	97,715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	家賃貸料、原価償却費等月額570万円 入居者68名につき一人あたり83,000円の経費負担、他、初期投資費用総額に対し、居室数62室の1室あたりの工事負担金額、建物賃料、経費、租税公課、建物維持、経費など換算、及び施設職員人件費として相当額を設定。近傍同種の家賃相当額と比較、妥当な額を考慮し、1人あたり月額家賃をAタイプ225,960円～243,293円、Bタイプ253,293円～104,166円、Cタイプ379,460円、Dタイプ550,293円、D2タイプ641,960円、とする。家賃前払金(一時金)として一部徴収するため、家賃相当額は55,000円(Aタイプ)～120,000円(D2タイプ)とする。					
	食費	1日あたり¥1,782(課税) 朝食420円・昼食630円・夕食682円 1ヶ月(30日)あたり53,460円					
	光熱水費	管理費に含む					
	管理費	水光熱費、共用部修繕管理費、管理部門にかかる人件費として一室あたり設定					
	一時金	1人あたり月額家賃(Aタイプ225,960円～243,293円、Bタイプ253,293円～104,166円、Cタイプ379,460円、Dタイプ550,293円、D2タイプ641,960円) - 月額家賃相当額(Aタイプ55,000円～D2タイプ120,000円) × (想定居住期間48月)					
その他	介護用品費は別途実費負担						
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定	入居日	平成	年 月 日				
初期償却率(%)	0%						
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	無						

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）	48 ヶ月

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例
一時金 × [(48 ヶ月 - 入居月数) ÷ 48 ヶ月]
※但し、入居月及び退居月については、日割りにて返金する。

保全措置の実施 状況	なし	あり	(保全先) みずほ信託
---------------	----	----	-------------

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	平成 年 月 日
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法		
受領済みの一時金、利用料等から居室明け渡しまでの利用の対価として家賃（月の途中は日割計算に基づく）費用及び原状回復費用を差し引いたうえで、差し引き残高を無利息で返還する。		

一時金の支払方法

契約日より入居日までに指定銀行へ全額振込とする。

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						
要介護状態に応じた金額設定						
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	高熱水費	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	
	食費	
	光熱水費	
	管理費	
	その他	

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	なし	あり

	生活支援サービス	
	算定 根拠	
料金改定の手続		
	料金の改定等にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、入居契約書第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。また改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知する	

10. 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	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) 1) 有料老人ホームに供する土地建物には、有料老人ホーム事業以外の目的とする抵当権その他有料老人ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないこととしているが、本施設の土地建物には根抵当権が設定されている。 2) 居室のある区域の廊下幅は、有効幅で中廊下2.7m以上(片廊下1.8m以上)とすべきところ、本施設の場合2.1mとなっている。 3) 建築用途は、有料老人ホーム等とすべきところ共同住宅となっている。	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

説明年月日 年 月 日

署名 印

説明年月日 年 月 日

説明者署名 印