

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1 事業主体概要

種類	個人 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) めでいかる・えーじぇんしー・じゃぱん 株式会社 メディカル・エージェンシー・ジャパン	
主たる事務所の所在地	〒951-8136 新潟県新潟市中央区関屋田町1丁目6番2号	
連絡先	電話番号	025-265-1555
	FAX番号	025-265-1555
	ホームページアドレス	http://maj.co.jp/
代表者	氏名	皆川 敬
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 20年11月11日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) さにーういんぐとやの サービス付き高齢者向け住宅 サニーウイング鳥屋野	
所在地	〒950-1151 新潟県新潟市中央区湖南508-3	
主な利用交通手段	最寄駅	新潟駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・新潟交通路線バスで新潟駅南口よりスポーツ公園線市民病院行き乗車約20～25分、市民病院下車徒歩約4分 ②自動車利用の場合 ・北陸自動車道新潟中央インターより約3分 ・新潟バイパス女池ICより約2分
連絡先	電話番号	025-288-3636
	FAX番号	025-288-3622
	ホームページアドレス	http://maj.co.jp
管理者	氏名	皆川 敬
	職名	代表取締役
建物の竣工日		昭和・平成 24年6月29日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年7月16日

居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少		人部屋		
		最大		人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
タイプ1	有/無	有/無	18.30m ²	20	一般居室個室	
タイプ2	有/無	有/無	18.91m ²	30	一般居室個室	
タイプ3	有/無	有/無	m ²			
タイプ4	有/無	有/無	m ²			
タイプ5	有/無	有/無	m ²			
タイプ6	有/無	有/無	m ²			
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他（ ）			0ヶ所			
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	① あり 2 なし					
エレベーター	1 あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし					
消防用設備等	消火器	① あり 2 なし				
	自動火災報知設備	① あり 2 なし				
	火災通報設備	① あり 2 なし				
	スプリンクラー	① あり 2 なし				
	防火管理者	① あり 2 なし				
	防災計画	① あり 2 なし				
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	老人福祉法その他関係法令新潟市有料老人ホーム設置運営
サービスの提供内容に関する特色	お食事は、お客様の状態に合わせて栄養バランス、カロリー計算はもちろんのこと、普通・きざみ・ソフト食などきめ細かい対応が可能です。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 ② 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
(II)		1 あり 2 なし	
(III)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配 ② 入退院の付添い ③ 通院介助 ④ その他（健康管理・服薬管理など）	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	新潟南病院
		住所	新潟市中央区鳥屋野2007番地6
		診療科目	内科
		協力内容	急な疾病の診療・治療等の措置
	2	名称	関屋田町クリニック
		住所	新潟市中央区関屋田町1-6-2
		診療科目	神経内科・内科
		協力内容	急な疾病の診療・治療等の措置、訪問診療
	3	名称	えきまえクリニック内科はやし医院
		住所	新潟市東区中島2-1-46
		診療科目	内科・呼吸器内科・アレルギー科・循環器内科
		協力内容	急な疾病の診療・治療等の措置、訪問診療
協力歯科医療機関		名称	明倫短期大学附属歯科診療所
		住所	新潟市西区真砂3-16-10
		協力内容	歯科診療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()		
※複数選択可			
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1 あり	2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
2 なし			

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	① あり 2 なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	入居審査において事情によりお断りする場合があります。	
契約の解除の内容	入居契約書第10条及び第11条参照。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第10条参照。
	解約予告期間	相当期間の催告期間を経過した後。
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	① あり (内容: 1泊3食付き・8,580円・7日間を限度。介護保険適用外。) 2 なし	
入居定員	50人	
その他		

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	14		14	
看護職員				
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		
その他職員	1		1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				
※1 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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	13		13
実務者研修の修了者	0		0
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし								
	業務に係る資格等	① あり									
		資格等の名称	介護支援専門員								
		2 なし									
		看護職員		介護職員		生活相談員		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数					0	0					
前年度1年間の退職者数					0	0					
に業務に応じた従業員としての経験年数	1年未満				0						
	1年以上3年未満				1						
	3年以上5年未満				5						
	5年以上10年未満				4	1					
	10年以上				4						
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	入居契約書第4条、第5条及び第7条参照。
	手続き	協議のうえ改定。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援1	要介護1	
	年齢	82歳	91歳	
居室の状況	床面積	18.91m ²	18.30m ²	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	228,000円	222,000円	
月額費用の合計		187,870円	185,870円	
家賃		76,000円	74,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
	介護保険外※2	食費	62,370円	62,370円
		管理費	22,000円	22,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	11,000円	11,000円
		状況把握・生活相談サービス費	16,500円	16,500円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地取得費、建物建築費、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用施設の維持管理、備品消耗品費等にかかる費用。
食費	1日3食を提供するための費用。
光熱水費	入居者が日常生活を送るための光熱水費用。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	※生活支援サービス費・・・状況把握・生活相談サービスを提供するための人件費、事務所経費等。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
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 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	33人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	10人
	要介護2	1人
	要介護3	10人
	要介護4	6人
要介護5	7人	
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	17人
	5年以上10年未満	18人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	89歳
入居者数の合計	42人
入居率※	84%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退居先別の人数	自宅等	3人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	5人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	9人 (解約事由の例) 入院、他施設に転居のため

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	苦情対応窓口	新潟市 高齢者支援課	
電話番号	025-288-3636	025-226-1295	
対応している時間	平日	午前9時～午後5時	午前8時30分～午後5時30分
	土曜	〃	—
	日曜・祝日	〃	—
定休日	なし	土・日・祝日、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	① あり	(その内容) 施設賠償責任保険に加入。身体・財物共通 1事故・期間中 5千万円、受託物 1事 故・期間中 100万円、受託物のうち現 金貴重品等 1事故・期間中 10万円、 人格権侵害 1事故・期間中 500万 円、経済的損失 1事故・期間中 100 万円。
	2 なし	
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	① あり	(その内容) 上記に準ずる。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(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	① あり	実施日	随時(2階食堂に意見箱を設置)
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10 その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) ② なし	
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	1 あり 2 なし ③ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	① あり 2 なし	

有料老人ホーム設置運営 指導指針「5.規模及び構 造設備」に合致しない事 項	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
合致しない事項が ある場合の内容	
「6. 既存建築物等 の活用の場合等の 特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項	
不適合事項がある 場合の内容	

添付書類： 別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 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。

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)	
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)	
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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)	
看護小規模多機能型居宅介護	あり (なし)	
居宅介護支援	あり (なし)	
<居宅介護予防サービス>		
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)	
介護医療院	あり (なし)	

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料金で、実施するサービス (利用者が全額負担)			備考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり		321円/回	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		2852円/60分	
おむつ代	なし	あり	なし	あり		実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		2852円/60分	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		2852円/60分	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり		2139円/60分	片道10km以内
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		1630円/60分	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		427円/回	生活援助で行う場合は無料。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		1630円/60分	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			体調不良時等、特別な場合は除く。
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり			
おやつ	なし	あり	なし	あり			
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり		実費	外部業者へ委託。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		535円/回	60分以上は1070円。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり			特段の事情がない限り原則自己管理。
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり			希望者のみ年1回
健康相談	なし	あり	なし	あり			提携医療機関との契約による。（有料）
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			提携医療機関との契約による。（有料）
服薬支援	なし	あり	なし	あり			提携医療機関との契約による。（有料）
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり			体調不良時等、特別な場合は除く。
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり		2139円/60分	片道10km以内（協力医療機関への入退院送迎は無料）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		2139円/60分	片道10km以内
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		1630円/60分	片道10km以内
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。