

重要事項説明書

記入年月日	2019/10/1
記入者名	吉留 毅
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人	
	※法人の場合、その種類	
名称	原 正明	
主たる事務所の所在地	〒366-0051 埼玉県深谷市上柴町東 1-20-9	
連絡先	電話番号	048-571-5085
	FAX番号	
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	原 正明
	職名	
設立年月日	昭和・平成 年 月 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) ミモレットヒルズ	
所在地	〒366-0051 埼玉県深谷市上柴町東 5-3-5	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 高崎線 深谷駅
	交通手段と所要時間	車で 15 分

連絡先	電話番号	048-551-5022
	FAX番号	048-577-5604
	ホームページアドレス	http://www.atatakaite.net/
管理者	氏名	吉留 毅
	職名	施設長
事業の開始日		昭和 平成 26年11月1日

(類型) 【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
③ 住宅型
4 健康型

3. 建物概要

土地	敷地面積	999 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (平成 年 月 日~平成 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	973.52 m ²
		うち、老人ホーム部分	973.52 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 ② 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 ③ 木造 4 その他 ()	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物	

		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>1 あり (平成 年 月 日~平成 年 月 日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 あり 2 なし	契約期間	1 あり (平成 年 月 日~平成 年 月 日) 2 なし	契約の自動更新	1 あり 2 なし
抵当権の設定	1 あり 2 なし							
契約期間	1 あり (平成 年 月 日~平成 年 月 日) 2 なし							
契約の自動更新	1 あり 2 なし							
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	1 人部屋					
		最大	2 人部屋					
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※		
	タイプ1	有/無	有/無	19.87 m ²	21 戸			
	タイプ2	有/無	有/無	24.84 m ²	1 戸			
	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所				
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所				
			大浴場	ヶ所				
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所				
			リフト浴	ヶ所				
ストレッチャー浴			ヶ所					
その他 ()			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	入居者の方が持つ能力に応じ自立した生活を送れるようにお手伝いいたします。
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

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可 ① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他（ 訪問診療医の確保 ）		
協力医療機関	1	名称	南須原医院
		住所	埼玉県秩父郡長瀬町大字本野上 174-3
		診療科目	内科、一般外科、整形外科他
		協力内容	往診・緊急時の対応・健康管理等

	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	やなせ歯科医院
		住所	埼玉県深谷市東方 1701-1
		協力内容	訪問診療

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 3 その他（従前の居室を解約した後、新規居室との再契約）		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
居室賃借権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし
留意事項			

契約の解除の内容	利用権契約書第 18 条	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用権契約書第 17 条 第 19 条
入居者からの解約予告期間	一定の期間	
体験入居の内容	1 あり (内容：) ② なし	
入居定員	23人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)		
	合計	常勤	非常勤
管理者	1		1
生活相談員	2		2
直接処遇職員			
介護職員	9		9
看護職員	2		2
機能訓練指導員	2		2
計画作成担当者			
栄養士			
調理員	3		3
事務員			
その他職員			

(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	2		2
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	6		6

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		2	2
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(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		介護福祉士						
		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					2		2				
前年度1年間の退職者数					3		2				
務業	1年未満				2		2				

	1年以上 3年未満				3					
	3年以上 5年未満		2		4				2	
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
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	利用権契約書第6条による
	手続き	協議

(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	1	5
	年齢	78歳	85歳

居室の状況	床面積	19.87 m ²	19.87 m 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	0 円	0 円
月額費用の合計		128,800 円	136,300 円
家賃		49,000 円	53,000 円
共益費		5,500 円	9,000 円
光熱水費		0 円	0 円
サービス費用※	食費	48,300 円	48,300 円
	状況把握・生活相談サービス費	26,000 円	26,000 円
	その他	円	円
※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険事業所による介護保険サービスは、本欄に記入していない）			
※ 消費税について、表示金額は総額表示			

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	6 人
	女性	16 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	7 人
	85 歳以上	15 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	4 人

	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	17人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.0歳
入居者数の合計	22人
入居率*	95.6%
※ 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。	

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)

(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)
	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)
	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	
		結果の開示	1 あり 2 ① なし
	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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 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】	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名：社会福祉法人かつみ会 エンゼルの丘) <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input checked="" type="radio"/> 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 2 なし 3 該当なし
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

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（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）

別添3（サービス等の一覧表）

説明年月日 令和 年 月 日

利用契約にあたり、下記利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所名 ミモレットヒルズ
所在地 埼玉県深谷市上柴町東 5-3-5

説明者署名 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印

代理人 住所

氏名

印

続柄

1、家族 ()

2、その他 ()

3、成年後見人 ()

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>			
介護予防訪問介護	あり	なし	
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		

別添 2

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
	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)					備 考	
	包含※1	都度※1	料金(税込)※2				
介護サービス							
食事介助	なし	あり	○			介護保険によるサービスを優先	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○			介護保険によるサービスを優先	
おむつ代	なし	あり		○		持ち込み可。購入時は実費精算。	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり					
特浴介助	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○			介護保険によるサービスを優先	
機能訓練	なし	あり					
通院介助	なし	あり					
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	○			介護保険によるサービスを優先	
リネン交換	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	○			介護保険によるサービスを優先	
居室配膳・下膳	なし	あり	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり		○	750円/1食	療養食	
おやつ	なし	あり	○				
理美容師による理美容サービス	なし	あり					
買い物代行	なし	あり		○	260円/15分		
役所手続き代行	なし	あり		○	260円/15分		

金銭・貯金管理	なし	<input checked="" type="radio"/>		○	1,050 円/月	
健康管理サービス						
定期健康診断	<input checked="" type="radio"/>	あり				
健康相談	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	○			
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="radio"/>	あり				
服薬支援	なし	<input checked="" type="radio"/>	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input checked="" type="radio"/>	あり				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	<input checked="" type="radio"/>	あり				
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="radio"/>	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり				

※1：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、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。

※2：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。

※別添3

サービス等 一覧表

サービス内容	介護保険・他の公的サービス優先。それ以外は、生活支援サービス費に含まれる。	その都度徴収するサービスと料金
家事（洗濯・掃除）	介護保険優先。それ以外は生活支援サービス費。	
身体介護	介護保険優先。それ以外は生活支援サービス費。	
代行		市内買い物、官公署手続き代行 15分 260円
送迎		介護保険制度、他の公的制度が利用できます。
買い物付き添い		15分 260円
通院付き添い		15分 260円
外出援助		15分 260円
金銭管理		1ヶ月 1,050円
食事の提供		朝食 436円 昼食 637円 夕食 537円
オムツ代金		持ち込み可です。事業所内でも購入できます。

生活支援サービス費

1. 状況確認サービス

1日3回の安否確認サービス、安心コール

2. 生活相談サービス

各種無料相談（介護相談など様々なご相談が可能です）

住み替え相談（将来、常時介護が必要になった場合でも協力法人の運営する介護施設への住み替えが可能です）

3. 緊急時対応サービス

具合が悪くなった場合など、24時間いつでも駆けつけて対応します。

4. その他のサービス

共同浴室利用等、共用部分のご利用は無料です。

電話の取り次ぎ、宅配便・郵便物の対応等

クリーニングの取り次ぎ、避難誘導、AED 対応等