

## 重要事項説明書

記入年月日	令和元年 10 月 1 日
記入者名	北條 照子
所属・職名	施設長

## 1 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ めるしー 有限会社 メルシー	
主たる事務所の所在地	〒020-0146 岩手県盛岡市長橋町 5-15	
連絡先	電話番号	019-601-2016
	FAX 番号	019-601-1670
	メールアドレス	grouphome-merci@if.ne.jp
	ホームページアドレス	http://無し
代表者	氏名	欠畑 圭一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・ 63 年 6 月 27 日	
主な実施事業	※別添 1	

## 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむめるしーまつぞの 住宅型有料老人ホームメルシー松園	
所在地	〒020-0106 岩手県盛岡市東松園 1 丁目 19-20	
主な利用交通手段	最寄駅	盛岡駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・岩手県交通バス乗り場 11 番線から、松園バスターミナル 行きに乗車「松園循環左回り」に乗り「東松園県営アパート 前」下車。徒歩 5 分程 ②・自動車利用の場合 乗車 30 分程

連絡先	電話番号	019-613-7466
	FAX 番号	019-613-7470
	メールアドレス	merci005@if.n.ne.jp
	ホームページアドレス	http://無し
管理者	氏名	北條 照子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 30 年 3 月 25 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30 年 4 月 24 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する場合） <input checked="" type="radio"/> 3 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成・ 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成・ 年 月 日

**3 建物概要**

土地	敷地面積	3,642,29 m <sup>2</sup>				
	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				
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>更新の自動更新</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の有無	1 あり 2 なし	契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし
抵当権の有無	1 あり 2 なし					
契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし					
更新の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	1,326,99 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	989,88 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		② 準耐火建築物				
		3 その他 ( )				
4 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				
		抵当権の設定	1 あり		2 なし	
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 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	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	14,49 m <sup>2</sup>	42	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※ 「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	8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		8ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0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		0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	ゆったりと自分らしく居心地の良い生活を家族としてお手伝いさせていただきます。		
サービスの提供内容に関する特色	認知症の方も受け入れます。 看取り対応も行っています。		
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 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 高松病院
		住所	岩手県盛岡市館向町 4-8
		診療科目	内科、外科、整形外科
		協力内容	希望の入居者への往診、休日、夜間の連絡体制の確保
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	さくらだ歯科クリニック	
	住所	岩手県盛岡市緑が丘 4-1-50	
	協力内容	希望入居者への歯科往診	

##### (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	※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 ③ その他 ( 一般居室個室 )		
判断基準の内容	認知症状、身体状態の悪化、他者との関わりに支障が出て疎外、孤立が生じてきた時など		

手続きの内容	利用者様、家族様との話し合いの下に行う。	
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 (2) なし (変更内容)

**(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		
契約の解除の内容	心身状態の悪化で共同生活が困難と判断させて頂いた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入院が1か月以上となり退院の見込みが無い場合など
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予約期間	1ヶ月	
体験入居の内容	(1) あり (内容:1泊5,000円1食500円送迎代1,000円) 2 なし	
入居定員	1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	0・6
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	20		20	18・2

看護職員	2		2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他の職員				
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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	11	11	
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	4	4	
介護支援専門員	4	4	

**(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			
柔道整復師			
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 ( 20 時～ 7 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	介護支援専門員 介護福祉士 認知症ケア専門士							
		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		5		18						
前年度1年間の退職者数		3		5						
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に	1年未満			3						
	1年以上									
	3年未満				2					
	3年以上									
	5年未満				5					
	5年以上									
	10年未満				1					
	10年以上		2		2					
従事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	諸物価の変動に伴い、適正な運営に支障をきたすと判断した場合
	手続き	本人、家族に書面で通知、説明を行い同意書にサインを頂く。

(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	3	
	年齢	82歳	82歳	
居室の状況	床面積	14・49㎡	14・49㎡	
	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	62,000円	62,000円	
月額費用の合計		178,000円	98,000円	
家賃		31,000円	31,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円
	介護保険外※2	食費	円	円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
	その他	円	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	建設費を償還月数で割って算定。近隣の有料老人ホームの金額を考慮したうえで算出している。
敷金	家賃の 2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	光熱水費を含み市内有料老人ホームの数値を参考として算出している。
食費	市内有料老人ホームの数値を参考として算出している。
光熱水費	管理費に含んでいる。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	介護度1・2の方の生活支援費 介護保険枠で対応しきれない日常生活の支援・人件費等
その他のサービス利用料	

(入居者の人数)

性別	男性	10人
	女性	30人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	5人



	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上	23人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	9人
	要介護4	17人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	14人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	20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	85, 4歳
入居者数の合計	40人
入居率※	0, 95%
※ 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)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	7人
	死亡者(看取り)	13人
	その他(介護施設)	6人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) 病気の悪化で施設に戻る事が不可能となった為
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) 経済的理由 介護度も軽くなり本人が自宅での生活を希望した為

## 8 苦情・事故等に関する体制

窓口の名称	住宅型有料老人ホームメルシー松園相談窓口	
電話番号	019-613-7466	
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
定休日	特になし	

### (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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険
	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(その内容) 市町村に報告
	<input type="radio"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	実施日	令和元年7月1日
		結果の開示	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
	<input type="radio"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="radio"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
	<input checked="" type="radio"/> 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	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 2 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 (グループホームメルシー長橋 ・有料老人ホームメルシー前潟 ) 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 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 (事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表)

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)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 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。

別添1 事業者が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

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	ヘルパーステーションメルシー	盛岡市東松園1丁目19-20
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	デイサービスセンターメルシー	盛岡市東松園1丁目19-20
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	メルシー長橋	盛岡市長橋町5-15
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	メルシー長橋	盛岡市長橋町5-15
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）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○		身体状態により異なります
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			協力病院1回1,000円 その他1H1,000円 ホーム車k×50円
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり	○			共同購入1か月約500円前後
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		カット1,500円 パーマ・カラー5,000円
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			利用者同行の場合：1H500円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			1H500円
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
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	○			ホーム車：k×50円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			協力病院：1回1,000円 その他1H1,000円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
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。