

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	浪岡 静香
所属・職名	施設長

## 1 事業主体概要

種類	個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※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	merci002@if.n.ne.jp
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	欠畑 圭一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 63 年 6 月 27 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむめるしーまえがた 住宅型有料老人ホームメルシー前潟	
所在地	〒020-0148 岩手県盛岡市前潟 1 丁目 7-16	
主な利用交通手段	最寄駅	盛岡駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・岩手県交通「イオン前潟行」に乗車 15 分。 下前潟停留所で下車、徒歩 5 分  ②自動車利用の場合 ・乗車 10 分

連絡先	電話番号	019-656-1341
	FAX 番号	019-656-1342
	メールアドレス	info@merci-japan.com
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	浪岡 静香
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 24 年 3 月 27 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30 年 12 月 19 日

### 3 建物概要

土地	敷地面積	833.2 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	
		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	494.09 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	494.09 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 ( )	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	8.32 m <sup>2</sup>	28	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	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	1ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	看取り対応行ってます。 認知症の方も受け入れます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

##### (医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 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	岩手県盛岡市舘向町4-8
		診療科目	内科、外科、整形外科
		協力内容	希望入居者への往診、休日・夜間の連絡体制確保等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	遠藤歯科医院
		住所	岩手県盛岡市上厨川横長根76-3
		協力内容	希望入居者への歯科往診等

##### (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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合。 ② 入居者、又は事業者から解約した場合。	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	心身精神状態の悪化により共同生活が困難であると判断させていただいた場合。介護認定で自立又は要支援となった場合。入院が1か月以上となり、退院の見込みがない場合、利用料の未払い等。
	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	<input type="checkbox"/> あり（内容：空室がある場合。1泊5000円別途食事代） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		28人
その他		

## 5 職員体制

### (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				
直接処遇職員				
介護職員	7		7	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1		1	
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				40時間
※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	3		3
実務者研修の修了者	1		1

初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員	1		1

(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	人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 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		1		3						
前年度1年間の退職者数										
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満		1		3					
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
従事者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 全額前払い方式
	2 一部前払い・一部月払い方式
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式

【表示事項】	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 手続き	物価変動、人件費上昇により改定する場合がある。 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	8.32 m <sup>2</sup>	8.32 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	62,000円	62,000円	
月額費用の合計 (30日の場合) 税込		210,880円	100,880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 (税込)	38,880円	38,880円
		共益費	31,000円	31,000円
		生活支援費 (税込)	110,000円	0円
			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	建築費、設備備品費、借入利息等を基礎として算出。
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用	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上の支援費及び人件費等。
共益費	光熱水費、共用部分の維持管理費、修繕費、事務費、消耗品費、雑費等

食費	食材料費、人件費等
光熱水費	共益費に含む
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	

## 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	2人
	女性	6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	4人
	85歳以上	3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	0人
	要介護2	2人
	要介護3	4人
	要介護4	2人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	0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		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※ 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	人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	人
	死亡者	4人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

**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	メルシー前潟苦情相談窓口	
電話番号	019-656-1341	
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="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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」	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

に合致しない事項	
合致しない事項がある場合の内容	居室面積（基準 13.0 m <sup>2</sup> であるが、8.32 m <sup>2</sup> しかない）
「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 事業主体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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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）			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			保険給付+上乗せ介護費
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			保険給付+上乗せ介護費
おむつ代			なし	あり			自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			保険給付+上乗せ介護費
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			保険給付+上乗せ介護費
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり			1キロ 55円+人件費 1時間 1100円
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			保険給付+上乗せ介護費
リネン交換	なし	あり	なし	あり			保険給付+上乗せ介護費
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			保険給付+上乗せ介護費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			保険給付+上乗せ介護費
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			
理美容師による理美容サービス			なし	あり		1500円～	外部からの訪問理容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		550円/回	適時実施
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			適時実施
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			希望者あれば実施。自己負担。
健康相談	なし	あり	なし	あり			適時実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			適時実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり			適時実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			適時実施
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			1キロ 55円+人件費 1時間 1100円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			1キロ 55円+人件費 1時間 1100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			適時実施

※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。