

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	メディコート上堂		
定員・室数	35 人	・	30 室

有料老人ホームの類型・表示事項 (項目ごとにいずれかに○)

類 型	介護付 (一般型)	介護付 (外部サービス利用型)	住宅型	健康型
居住の権利形態	利用権方式	建物賃貸借方式	終身建物賃貸借方式	
利用料の支払方式	前払金方式	月払い方式	選択方式	
入居時の要件	自立のみ	専用品 (要介護のみ)	混合型 (自立除く)	混合型 (自立含む)
介護保険の利用	特定施設入居者生活介護 (一般型 ・ 外部サービス利用型) 居宅サービス利用可			
専用居室区分	全室個室	2人居室有 (親限定 ・ 限定なし)	3 ~ ____人の相部屋有	
介護にかかわる職員体制	1.5 : 1以上	2 : 1以上	2.5 : 1以上	3 : 1以上
その他				

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

名称	法人等の種類	なし	あり
	(フリガナ) 名称	ユニティカブシキガイシャ U n i t y 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒020-0125	岩手県盛岡市上堂三丁目21番8号	
	電話番号	019-601-4116	
連絡先	ファックス番号	019-601-4117	
	ホームページ アドレス	なし	あり http://www.medicourt.com/
代表者の氏名 及び職名	氏名	川越 将寛	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成20年 11月 5日		
主な事業等	訪問鍼灸マッサージ・居宅介護支援事業所・訪問介護		

事業主体が盛岡市内で実施する介護保険制度による指定介護サービス					
介護サービスの種類			か所数	主な事業所等の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	なし	あり	1	メディコート訪問介護支援事業所	盛岡市上堂三丁目21番8号
訪問入浴介護	なし	あり			
訪問看護	なし	あり			
訪問リハビリテーション	なし	あり			
居宅療養管理指導	なし	あり			
通所介護	なし	あり			
通所リハビリテーション	なし	あり			
短期入所生活介護	なし	あり			
短期入所療養介護	なし	あり			
特定施設入居者生活介護	なし	あり			
福祉用具貸与	なし	あり			
特定福祉用具販売	なし	あり			
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし	あり			
夜間対応型訪問介護	なし	あり			
認知症対応型通所介護	なし	あり			
小規模多機能型居宅介護	なし	あり			
認知症対応型共同生活介護	なし	あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	あり			
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	なし	あり			
複合型サービス	なし	あり			
居宅介護支援	なし	あり	1	メディコート指定居宅介護支援事業所	盛岡市上堂三丁目16番32号 2階
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	なし	あり	1	メディコート訪問介護支援事業所	盛岡市上堂三丁目21番8号
介護予防訪問入浴介護	なし	あり			
介護予防訪問看護	なし	あり			
介護予防訪問リハビリテーション	なし	あり			
介護予防居宅療養管理指導	なし	あり			
介護予防通所介護	なし	あり			
介護予防通所リハビリテーション	なし	あり			
介護予防短期入所生活介護	なし	あり			
介護予防短期入所療養介護	なし	あり			
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	あり			
介護予防福祉用具貸与	なし	あり			
特定介護予防福祉用具販売	なし	あり			
<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	なし	あり			
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	あり			
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	あり			
介護予防支援	なし	あり			
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	なし	あり			
介護老人保健施設	なし	あり			
介護療養型医療施設	なし	あり			

2 事業所概要

名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
名称	(フリガナ) メディコートカミドウ		
	名称	メディコート上堂	
所在地	〒020-0125	盛岡市上堂三丁目21番8号	
	電話番号	019-656-8326	
連絡先	ファックス番号	019-656-8327	
	ホームページ アドレス	なし	
	あり	http://www.medicourt.com/	
介護保険事業所番号			
管理者の氏名 及び職名	氏名	川越 亜記	
	職名	施設長	
事業の開始年月日等			
事業の開始年月日	昭和・平成	26	年 7 月 4 日
届出の年月日	昭和・平成	26	年 7 月 4 日
特定施設入居者生活介護			
指定の年月日	平成	年	月 日
指定の有効期間	平成	年	月 日まで
(介護予防) 特定施設入居者生活介護			
指定の年月日	平成	年	月 日
指定の有効期間	平成	年	月 日まで
施設までの主な利用交通手段			
<p>①電車利用の場合 青山駅より徒歩10分</p> <p>②自動車利用の場合 盛岡駅より乗車10分</p>			

施設・設備等の状況

施設の敷地に関する事項

敷地の面積	991.3	m ²	
事業所を運営する法人が所有	所有なし	一部所有	全部所有
抵当権の設定		なし	あり
貸借（借地）の場合			
所有者			
契約期間	平成	年	月 日 ~ 平成 年 月 日
契約の自動更新	なし	あり	
(なしの場合、契約解除後の入居者への対応)			

施設の建物に関する事項

建物の延床面積	998.93m ²		
階数	地上2階・地下 階		
事業所を運営する法人が所有	所有なし	一部所有	全部所有
抵当権の設定		なし	あり
貸借（借家）の場合			
所有者			
契約期間	平成	年	月 日 ~ 平成 年 月 日
契約の自動更新	なし	あり	
(なしの場合、契約解除後の入居者への対応)			

建物の構造 耐火建築物 準耐火建築物 その他

建築用途区分

居室の状況	区分	室定員	1の居室の床面積	室数
		専用居室（個室）	1人	20.15 m ²
専用居室（個室以外）		1人	20.28 m ²	18
		1人	m ²	
		1人	m ²	
			m ²	
自立限定（個室）		1人	m ²	
		1人	m ²	
自立限定（個室以外）			m ²	
			m ²	
一時介護室			m ²	

共同便所の設置数		男子便所	女子便所	男女共用
	設置数			4
	うち車椅子等の対応が可能な数			4
	(うち併設施設と共用)			
居室の便所の設置数	1 か所	居室における便所の設置割合		100 %
		うち車椅子等の対応が可能な数		30 か所
浴室の設備状況	30 か所			
浴槽設備	居室の浴室	個浴 (共用)	大浴槽	機械浴
	30 か所	か所	か所	か所
併設施設と共用	なし	あり	(併設施設名称、共用ルールなど)	
食堂の設備状況	1 か所			
他用途と兼用	なし	あり	(他用途の詳細・利用時間等)	
併設施設と共用	なし	あり	(併設施設名称、共用ルールなど)	
入居者等が調理を行う設備		なし	あり	
その他、共用施設の設備状況				
なし	あり			
エレベーターの基数及び仕様				
1 基数 車いす 1 台対応				
バリアフリーの対応状況 (準拠する法令・条例等)				
全ての居室・共用部分バリアフリー				
消防用設備等の状況	消防機関の検査	済	未済	
	スプリンクラーの設置	なし	275㎡未満	275㎡以上
		あり		
消防訓練の実施	実施計画：毎年4月と10月に実施予定。 直近実施日：R2年 10月 22日 直近の実施内容 台所から出火を想定し、訓練を実施した。			
緊急通報装置の設置状況		なし 一部あり	全居室にあり 全浴室にあり	全便所にあり 全脱衣所にあり
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	全居室にあり
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	全居室にあり

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

①有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態

職種	実人数		常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況
	専従	非専従	専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）					2人		2人	1.00	
生活相談員									
看護職員									
介護職員		6人		3人			9人	7.49	
機能訓練指導員									
計画作成担当者									
栄養士									
調理員									
事務員				1人			1人		
その他従業者									

② 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。

③従業者の資格

従業者である介護職員が有している資格

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					
社会福祉主事任用資格					1人
介護福祉士			4人		1人
実務者研修			1人		1人
介護職員初任者研修			1人		1人
介護支援専門員					1人
看護師					1人
准看護師					1人

従業者である機能訓練指導員が有している資格

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					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

④-1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～ 7 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1人	1人

④-2宿直の体制

⑤管理者（施設長）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報告に係る介護サービスに係る資格等								
なし								
あり		資格等の名称： 社会福祉主事任用資格、介護福祉士、 介護支援専門員、准看護師						
⑥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								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	備考
		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								
⑦1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						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。								
⑧従業員の資格								
従業者である介護職員が有している資格								
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								
実務者研修								
介護職員初任者研修								
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								
柔道整復師								
あん摩マッサージ指圧師								
⑨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						人		

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

職 種		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	
区 分	前年度1年間の採用者数				3人			
	前年度1年間の退職者数				4人			
	業務に従事した経験年数							
	1年未満の者の人数				1人			
	1年以上3年未満の者の人数			5人	1人			
	3年以上5年未満の者の人数				1人			
	5年以上10年未満の者の人数			1人				
	10年以上の者の人数							
	職 種		機能訓練指導員		計画作成担当者			
	区 分		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) 1年1回 直近実施: R3年7月

従業者研修の実施状況 (直近1年間)

--

4 サービスの内容

事業所の運営に関する方針			
<p>メディコート上堂では、何よりも入居者様の立場に立ってサービスを提供し、お一人お一人の今までの生活スタイルを尊重します。その方らしい生活を送っていただくために、従来の介護現場にありがちな集団の一斉介護ではなく、自主性や主体性を重視し、その方ならではの生活習慣やこだわりを大切にされた個別でのケアの実践を目指すとともに、介護スタッフと大きな家族のような信頼関係を築き、安心、安全な笑顔の絶えない生活の場を目指します。</p>			
サービスの内容			
生活支援サービスの有無			
食事の提供サービスの有無	なし	あり	直営 ・ 委託 ・ 配食サービス
食事介助サービスの有無		なし	あり
相談対応サービス		なし	あり
健康管理サービス（年2回の健康診断実施）の有無		なし	あり
服薬管理サービスの有無		なし	あり
入浴介助サービスの有無		なし	あり
排せつ介助サービスの有無		なし	あり
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービスの有無		なし	あり
機能訓練の実施の有無		なし	あり
金銭管理サービスの有無		なし	あり
定期的な安否確認の方法	3時間置きの居室への見回り・様子確認		
医療を必要とする場合の対応	服薬管理・通院介助・緊急時連絡先への連絡・入退院時の同行		
介護保険加算サービス等の有無			
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サービスの実施状況	別紙		

協力医療機関 (1)	名 称	葛クリニック
	所在地	盛岡市上田四丁目20番59号
	診療科目	泌尿器科・内科・外科・心療内科
	(協力の内容) 定期的な往診	
協力医療機関 (2)	名 称	
	所在地	
	診療科目	
	(協力の内容)	
協力歯科医療機関	名 称	赤ちゃんこども歯科
	所在地	盛岡市上田二丁目9番21号
	(協力の内容)	
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	要支援または要介護認定されている者	
身元引受人等の条件、義務等	親子・兄弟、親族であること。または法廷上の権利を有する者 契約終了後1ヶ月以内に残置物を引き取らなければならない。	
体験入居	利用の上限: 1泊 2日まで 利用料金: 1泊 5,000 円 (宿泊費・介護サービス料込み) 食費: 1食 540 円	
入院時の契約の取扱い	入院中でも施設料金は発生する。日割り等の料金対応は行わない。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	施設で検討した結果、やむを得ず身体拘束しないと生命の危険があると判断した場合、身体拘束の同意書の取り交わしを家族と行った上で対応を行う。随時、身体拘束の対応を取らない方法を検討する。	
契約の解除	料金の支払いが未払いになった場合、退去の申し出があった場合、その他、契約書の規定により契約の解除を行う。	
非入居者を対象としたサービス	特になし	
その他		

運営懇談会の実施状況	実施回数	(年	1回)
	最終実施年月日	(R3年9月25日)
	第3者(学識経験者・民生委員等)の参加		
	(なし)	あり	(参加者)
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
入居後に居室を住み替える場合	(なし)		あり
一時介護室へ移る場合	(なし)		あり
<u>判断基準・手続について</u>			
追加的費用の有無 (その内容)	(なし)		あり
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
調理設備の変更の有無	(なし)		あり
その他の変更の有無	(なし)		あり
(その内容)			

	介護居室へ移る場合	(なし)	あり
	判断基準・手続について		
	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
	調理設備の有無	(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
	調理設備の有無	(なし)	あり
	その他の変更の有無	(なし)	あり
	(その内容)		

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称 1		メディコート上堂	
電話番号		019-656-8326	
対応している時間	(曜日)	月曜～金曜	9時00分～18時00分
			時 分～ 時 分
			時 分～ 時 分
定休日		土曜・日曜・祝祭日	
留意事項		担当者 川越 亜記	
窓口の名称 2		盛岡市 保健福祉部 介護保険課 事業所指定係	
電話番号		019-626-7562	
対応している時間	(曜日)	月曜～金曜	8時30分～17時30分
			時 分～ 時 分
			時 分～ 時 分
定休日		土曜・日曜・祝祭日・年末年始(12/29～1/3)	
留意事項			
窓口の名称 3			
電話番号			
対応している時間	(曜日)		時 分～ 時 分
			時 分～ 時 分
			時 分～ 時 分
定休日			
留意事項			

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
保険の名称	介護保険・社会福祉事業者総合保険	

サービスの提供内容に関する特色等

住み慣れたご自宅から、新しい住まいへ移り、新しい生活をスタートしようとしているそんなあなたを一番に考えています。
生活リズムが崩れる、自由がなくなる・・・とご心配事があると思いますがご安心ください。
お食事を召し上がる時間、ご友人とお買い物へ出かけたいなど、お一人お一人が自分らしい生活を楽しめるよう、スタッフがあなたの心に寄り添いながら、新しい人生を共に歩いていきます。どんなときも家族のように全力でサポートします。

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	当該結果の開示状況	なし	あり
----	----	-----------	----	----

その他機関による第三者評価の実施状況

なし	あり	評価制度の名称		
		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

5 入居者

入居者の状況

介護度別・年齢別の入居者数

年 齢	介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	小計
		65歳未満					
65歳以上75歳未満				1人			1人
75歳以上85歳未満		2人	3人	1人			6人
85歳以上		4人	9人	3人	2人	1人	19人
合計		6人	12人	5人	2人	1人	26人

年 齢	介護度	自立	要支援 1	要支援 2	合計
		65歳未満			
65歳以上75歳未満			1人		1人
75歳以上85歳未満					
85歳以上				2人	2人
合計			1人	2人	3人

入居者の平均年齢 86.37歳

入居期間別の入居者数

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	合計
入居者数	5人	3人	10人	11人			29人

入居者の男女別人数 男性 8人 女性 21人

入居定員（室数）	35人（ 30室）							
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	96.7%							
前年度の有料老人ホームを撤去した者の人数								
	介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	小計	
理由								
自宅・家族同居		1人					1人	
介護老人福祉施設（特養等）へ転居					2人		2人	
介護老人保健施設へ転居				1人			1人	
介護療養型医療施設へ転居								
他の有料老人ホームへの転居								
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居								
医療機関（入院）				1人	1人	1人	3人	
死亡		1人	1人	1人			3人	
その他								
合計		2人	1人	3人	3人	1人	10人	
	介護度	自立	要支援1	要支援2			小計	合計
理由								
自宅・家族同居								
介護老人福祉施設（特養等）へ転居								
介護老人保健施設へ転居								
介護療養型医療施設へ転居								
他の有料老人ホームへの転居								
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居								
医療機関（入院）								
死亡								
その他								
合計								

6 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	<u>月払い方式</u>	選択方式
入居準備に関する費用			
入居準備費用の有無	<u>なし</u>	あり	円
算定根拠			
費用の支払日・支払方法	毎月27日		
入居前解約時の返還	<u>なし</u>	あり	
入居後解約時の返還	<u>なし</u>	あり	

敷金（保証金）

敷金（保証金）の有無	なし	あり	40,000	円
※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。			家賃の	1 か月分

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	介護費用	食費	光熱水費	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	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	
	光熱水費	
	管理費	
	一時金	

一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日	その他：具体的に	
初期償却率（％）			
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			
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）			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金例			
保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）
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		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			
その他一時金に対する留意事項等			

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	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	介護費用	食費	光熱水費	管理費
Aプラン	0	138,680	40,000	11,000	52,380	3,300	32,000
Bプラン	0	96,260	31,000	11,000	18,960	3,300	32,000
Cプラン	0	234,060	40,000	22,000	104,760	3,300	64,000

※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	当社規定により
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ナースコール対応（利用なくても毎月料金発生）
	食費	当社規定により
	光熱水費	当社規定により
	管理費	当社規定により

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。 利用されているサービスの利用料金の1割、または2割		
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし	あり
内容			
利用料	円（月額・日額）		
算定根拠			
支払い方法	月単位（日割りの有無 あり・なし） その他（		
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生活支援サービス		なし	あり
算定根拠	※サービスごとの単価は別紙のとおり		
料金改定の手続			
消費税			

【料金プランの一例】 最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	プランA		
対象者の要件（年齢、要介護度など）	要支援または要介護認定を受けている者		
入居準備費用	敷金（保証金）	前払金	月額利用料
0	40,000	0	138,680
単位：円			
※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。			

添付書類： 「介護サービス等の一覧表（参考様式）」

<p>重要事項説明書及び適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>署名 _____ 印</p>
--

<p>説明者 職氏名</p>
