

重要事項説明書

記入年月日	令和5年6月10日
記入者名	大金 貴生
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	株式会社
名称	(ふりがな)しまだりびんぐぱーとなーずかぶしきがいしゃ シマダリビングパートナーズ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒151-0053	
連絡先	電話番号	03-6275-1182
	FAX番号	03-6275-1183
	ホームページアドレス	http://www.hibari-kaigo.jp
代表者	氏名	島田 忠
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 19年3月19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) がーでんてらすみなみぎょうとく ガーデンテラス南行徳	
所在地	〒272-0143 千葉県市川市相之川 1-13-20	
主な利用交通手段	最寄駅	① 東京メトロ東西線「南行徳」駅 ② 東京メトロ東西線「浦安」駅

		③ 都営新宿線「一之江」駅
	交通手段と所要時間	① 駅から約 1,440m (徒歩約 18分) ② 駅から約 1,600m (徒歩約 20分) ③ 駅から約 1,440m (徒歩約 18分)
連絡先	電話番号	047-701-1201
	FAX番号	047-701-1202
	ホームページアドレス	http://www.hibari-kaigo.jp
管理者	氏名	大金 貴生
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 4年5月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28年6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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	県 (市)
	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	459.05 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (H28年6月1日～H37年5月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		

		うち、老人ホーム部分	947.60 m ²			
耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()					
構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()					
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 6 月 1 日～平成 37 年 5 月 31 日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ 1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.70 m ²	42	一般居室個室
	タイプ 2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ 8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	3ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	0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	エントランスホール、談話室、洗濯室				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	誠意と情熱をもって介護に取組み、お客様とそ のご家族の幸せ、そして、豊かな高齢社会の実 現に貢献します。
サービスの提供内容に関する特色	安心のある生活（Care） 自由のある生活（Freedom） 選択のある生活（Select）

	交流のある生活 (Community) 恵まれた環境 (Location)
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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等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	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	
	医療機関連携加算	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	
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 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保)		
協力医療機関 <input type="checkbox"/>	1	名称	江戸川ホームケアクリニック
		住所	東京都江戸川区船堀 4-3-6
		診療科目	内科

		協力内容	定期的に訪問し診療を行う 急患及び緊急時の対応 日常の相談及び指導
	2	名称	面野医院
		住所	千葉県市川市相之川4-15-1
		診療科目	内科 胃腸内科 外科 泌尿器科
		協力内容	定期的に訪問し診療を行う 急患及び緊急時の対応 日常の相談及び指導
協力歯科医療機関		名称	鈴木歯科医院
		住所	東京都葛飾区西新小岩1-2-8 第一鈴亀ビル3階
		協力内容	定期的に訪問し診療を行う

(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 ()	
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	概ね 65 歳以上の方		
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。	
	解約予告期間	2 ヶ月	
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2日 11,000 円税込・食事別・最長7日間) 2 なし		
入居定員	42 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	1			
直接処遇職員	14	6	8	
介護職員	14	6	8	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				

調理員	6		6	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	12	6	6
実務者研修の修了者	0		0
初任者研修の修了者	8	2	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			
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 (17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

(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				3						
前年度1年間の退職者数				2						
事業に従事した経	1年未満			2						
	1年以上 3年未満		4	4						

	3年以上 5年未満			1	3						
	5年以上 10年未満			2	2						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
		<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し改定することとします。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて改定します。	

(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	要介護	要介護
	年齢	75歳	85歳
居室の状況	床面積	11.70 m ²	11.70 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無

	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	161,610 円	226,560 円	
月額費用の合計		110,100 円	161,560 円	
家賃		46,000 円	65,000 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	45,960 円	45,960 円
		管理費	10,450 円	36,300 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	13,200 円	14,300 円
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	借地料、建設費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	
管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用。
光熱水費	入居者が居住する居室及び共有部の光熱水費。
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	

(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	

	要支援 2	0 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	10 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	7 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	24 人
	5 年以上 10 年未満	12 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	82.8 歳
入居者数の合計	42 人
入居率*	100%
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	0 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	4 人
	死亡者	4 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	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		当ホーム苦情受付窓口
電話番号		047-701-1201
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		なし

窓口の名称		千葉県健康福祉部高齢者福祉課
電話番号		043-223-2350
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		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) 東京海上日動火災保険株式会社の「超ビジネス保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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 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	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		
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)
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 (平成 28 年 6 月 1 日届出) 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 (平成 年 月 日登録) 2 なし		
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし (平成 27 年 7 月 1 日施行の設置運営指導指針を適用)		
合致しない事項がある場合の内容			
「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		
千葉県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 令和5年 6月 10日

説明者署名 大金 貴生

※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。