

重要事項説明書

記入年月日	令和5年6月28日
記入者名	小泉 千夏
所属・職名	サービス付き高齢者向け住宅 ウイズ・ワン成田 管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな)かぶしきがいしゃ にほんらいふでざいん 株式会社 日本ライフデザイン	
主たる事務所の所在地	〒104-0061 東京都中央区銀座7丁目4番地12号	
連絡先	電話番号	03-6228-5020
	FAX 番号	03-6228-5040
	ホームページアドレス	http://j-lifedesign.com
代表者	氏名	深澤 勲
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 15年 5月13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)ういず・わん なりた
ウイズ・ワン 成田

所在地

〒286

0013

千葉県成田市美郷台3丁目8番1号

主な利用交通手段

最寄駅

JR成田駅・京成成田駅

交通手段と所要時間

例:バス利用の場合

・千葉交通バス「大谷津球場・竜角寺台車庫

行きに乗車10分、山口入口停留所で下車、徒歩5分

連絡先

電話番号

0476-37-7815

FAX 番号

0476-37-7816

ホームページアドレス

<http://j-lifedesign.com>

管理者

氏名

小泉 千夏

職名

管理者

建物の竣工日

昭和・平成 29年 3月 1日

有料老人ホーム事業の開始日

昭和・平成 年 月 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		
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	1983.60㎡	
	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 (2016年7月1日～ 2066年6月30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			1944.542㎡	
		うち、老人ホーム部分			1273.888㎡	
	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/無	有/無	20.94㎡	38	一般居室
	タイプ2	有/無	有/無	㎡		
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
タイプ7	有/無	有/無	㎡			
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※「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		0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	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		2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	<p>1. サービス付き高齢者向け住宅「ウイズ・ワン成田」の運営に当たりましては、ご入居者様が快適で、心身共に充実・安定した生活を営むことを資すると共に、施設の良い生活環境を確保することを心掛けていきます。</p> <p>2. 事業の実施に当たっては、千葉県及び成田市その他関係市区町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めて参ります。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>当施設は、心地よくシンプルで、どなたにも合わせやすい居住空間と上質なサービスをご提供いたします。</p> <p>また、地域住民の方、近隣の子供や学生、ボランティアの皆様など、様々な世代の人々に日常的に施設を訪れて頂き地域交流ができる「生活空間」を築きます。</p>
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

(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	
(III)		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	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	医療法人徳洲会 成田富里徳洲会病院
		住所	千葉県富里市日吉台1-1-1
		診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・心臓血管外科・泌尿器科
		協力内容	救急時対応・疾病等による治療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	日本医科大学千葉北総病院	
	住所	千葉県印西市鎌苅1715	
	協力内容	訪問歯科・外来歯科	

(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	入居者の条件は、以下を全て満たす方とします。 (1)単身高齢者世帯 (2)60歳以上の自立の方 (3)要支援認定若しくは要介護認定をお受けの方 (4)ご入居後、月額利用料のお支払いが可能な方 (5)健康保険に加入している方 (6)原則として身元引受人と連帯保証人を定められる方 (7)結核、疥癬などの感染症に罹患していない方 (8)施設内で円滑に共同生活が営める方		
契約の解除の内容	入居契約書第11条、第12条、第13条に規程します。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第11条	
	解約予告期間	相当の期間	
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:) 2 なし		
入居定員			38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	
生活相談員	1	1		

直接処遇職員				
介護職員	7	1	6	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	5	2	3	
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}				40
<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	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	1	1
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	勤務形態	
		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(時～ 時)	人数	
	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	人	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

応じた職員の数											
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	入居契約書第4条3項、第5条4項に規程
	手続き	借主及び連帯保証人(身元引受人)と協議の上、改定致します。

(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1	要介護3	
	年齢	76歳	86歳	
居室の状況	床面積	20.94㎡	20.94㎡	
	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	円	円	
	敷金	140,000円	140,000円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		70,000円	70,000円	
サービス費	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	円	
	介護保険	食費	48,600円	48,600円
		共益費	33,000円	33,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円

用	外 ※ 2	その他	10,800円	10,800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	建物及び付帯設備の維持・管理費、施設所在地周辺での家賃相場から算出。
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。 詳細は、別紙2に定めるとおりとする。
共益費	各種消耗品、娯楽用品等の共用費、光熱水費から算出
食費	1日あたり3食のお食事とおやつ 1,620円/日 食材費、設備・備品代(調理器具・食器など)
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	別紙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	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間(償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
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(初期償却額)	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会

	5 その他(名称:)
--	-------------

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	12人
	女性	25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	13人
	85歳以上	23人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	3人
	要支援2	3人
	要介護1	9人
	要介護2	10人
	要介護3	5人
	要介護4	4人
	要介護5	1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	27人
	5年以上10年未満	2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	86歳7ヶ月
入居者数の合計	37人
入居率*	97.3%
※ 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	4人
	医療機関	1人
	死亡者	0人
	その他	0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	5人
	(解約事由の例) 介護施設への転居、退院見込み無し

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	苦情受付窓口 担当 但田利行	
電話番号	0476-37-7815	
対応している時間	平日	9時から18時
	土曜	9時から18時
	日曜・祝日	9時から18時
定休日	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	1 あり	(その内容) 「居宅介護事業者賠償責任保険」に加入
	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) 事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等または入居者の故意によるもの等を除いて損害賠償保険等の手配を行い誠実に対応します。但し、入居者に重大な過失が有る場合には、賠償を減ずることがあります。
	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	
	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 年 月 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28年7月1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)

別紙2(個別選択による有料サービス一覧表)

説明年月日 令和 年 月 日

説明を受け、同意いたしました。

※ _____

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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称		
＜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	ケアプランセンター・ナナール 大高ケアセンター 鷹の台ケアセンター
＜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

