

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	玉川 由紀子
所属・職名	ウイング市川

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃういんぐ 株式会社ウイング	
主たる事務所の所在地	〒272-0815 千葉県市川市北方1-7-6	
連絡先	電話番号	047-302-1200
	FAX番号	047-302-1700
	ホームページアドレス	http://wing-kaigo.co.jp
代表者	氏名	池田 恵子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成10年8月7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) ういんぐいちかわろくぼんかん ウイング市川六番館	
所在地	〒272-0815 千葉県市川市北方1-7-6	
主な利用交通手段	最寄駅	京成線「鬼越駅」
	交通手段と所要時間	電車利用の場合、徒歩1分

連絡先	電話番号	047-335-0510
	FAX番号	047-301-0094
	ホームページアドレス	http://wing-kaigo.co.jp
管理者	氏名	玉川 由紀子
	職名	管理者兼生活相談員
建物の竣工日		平成27年10月29日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年11月10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	346.67 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 (2015年4月1日～2040年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	330.33 m ²
		うち、老人ホーム部分	262.96 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 人部屋			
			最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
	タイプ1	有	無	19.87 m ²	4		
	タイプ2	有	無	18.63 m ²	1		
	タイプ3	有	無	19.90 m ²	1		
	タイプ4	有	無	21.53 m ²	1		
	タイプ5			m ²			
	タイプ6			m ²			
	タイプ7			m ²			
	タイプ8			m ²			
	タイプ9			m ²			
タイプ10			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	1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	0ヶ所			
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所			
			大浴場	ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	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	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	<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	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていきます。 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、よりよいサービスの提供に努めて参ります。
サービスの提供内容に関する特色	安心して生活をして頂けるよう、家庭的で温かい雰囲気を大切にします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
※複数選択可		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	加藤外科内科クリニック
		住所	272-0021 千葉県市川市八幡 3-26-3

	2	診療科目	内科、外科、リハビリテーション科、胃腸科
		協力内容	定期訪問による往診、夜間・休日等の緊急時対応
		名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	60歳以上	
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など。
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日 5,400円別途食費※最長7日間) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	7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		
生活相談員	2	1	1	
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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 (時～ 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	人	人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
			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	0					
前年度1年間の退職者数					1	1					
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満				1	1					
	1年以上				0	0					
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上					0	0				
	10年未満										
10年以上					0	0					
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" 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 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	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、2年に1回改定することがある。
	手続き	運営懇談会の意見を聞く。

(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	要介護2	要介護2	
	年齢	70歳	84歳	
居室の状況	床面積	19.9㎡	19.86㎡	
	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	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	110,000円	110,000円	
月額費用の合計		89,000円	89,000円	
家賃		55,000円	55,000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	24,000円	24,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	10,000円	10,000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	55,000円
敷金	家賃の2ヵ月分
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	24,000円
食費	42,336円※昼食・・・平日432円、日曜・年末年始486円
光熱水費	※管理費に含まれる。
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	状況把握・生活相談サービス10,000円

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	5人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	2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	2人
	要介護2	4人
	要介護3	0人
	要介護4	1人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	5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	78.5 歳
入居者数の合計	7 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	0 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	1 人
	(解約事由の例)	入院の為

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		ウイング市川六番館苦情相談窓口
電話番号		047-335-0510
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	祝日・日曜日	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	—
	祝日・日曜日	—
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 株式会社損保ジャパン日本興亜損害保険の「賠償責任保険」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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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					
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)			2 代替措置なし
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	1 あり (平成 年 月 日届出) 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 27 年 5 月 11 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 (別を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

私は、本書面により、事業者から有料老人ホームについての重要な事項の説明を受けました。

説明年月日 2020 年 月 日

説明者署名 _____ 印

入居者署名 _____ 印

身元引受人署名 _____ 印

(続柄 _____)

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		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	ウイング市川 訪問介護 (他3ヶ所)	市川市北方1-3-10 北方フラッツ101
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	ウイング市川デイ サービス (他2ヶ所)	市川市北方1-7-7
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	ウイングレンタル サービス	鎌ヶ谷市鎌ヶ谷1-5-33
特定福祉用具販売	あり	なし	ウイングレンタル サービス	鎌ヶ谷市鎌ヶ谷1-5-33
<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		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
第一号訪問事業	あり	なし	ウイング市川 訪問介護 (他3ヶ所)	市川市北方1-3-10 北方フラッツ101
第一号通所事業	あり	なし	ウイング市川デイ サービス (他2ヶ所)	市川市北方1-7-7
<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		

別添 2

有料老人ホーム・サービスタク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	個別の利用料で、実施するサービス			備考
	特定施設入居者生活介護サービス（利用者一部負担※1）	包含※2	料金額※3	
介護サービス				
食事介助	なし	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり		夜間深夜に限り実施※月額上限 30,000 円
おむつ代	なし	あり	○	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		
特浴介助	なし	あり		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり		
機能訓練	なし	あり		
通院介助	なし	あり		
生活サービス				
居室清掃	なし	あり	○	介護保険での清掃以外で必要な場合に限る
リネン交換	なし	あり	○	介護保険での交換以外で必要な場合に限る
日常の洗濯	なし	あり	○	介護保険での洗濯以外で必要な場合に限る
居室配膳・下膳	なし	あり	○	必要に応じ、生活相談サービス費で実施
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		
買い物代行	なし	あり		
役所手続き代行	なし	あり		
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		
生活指導・栄養指導	なし	あり		
服薬支援	なし	あり	○	必要に応じ、生活相談サービス費で実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	○	必要に応じ、生活相談サービス費で実施
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	なし	あり		
入退院時の同行	なし	あり		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり		
入院中の見舞い訪問	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、月額の利用料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区分して、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。