

重要事項説明書

作成日 2021 年 7 月 1 日

※ サービス付き高齢者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

事業主体名	株式会社ミュー
代表者名	代表取締役 山崎 慎也
所在地	神奈川県厚木市戸室 1 丁目 41 番 1 号
電話番号/FAX 番号	046-221-9600/046-221-9601
ホームページアドレス	http://www.midori.midorinooka.com/
設立年月日	平成 9 年 6 月 19 日
直近の事業収支決算額※	(収益)682,909 千円(費用)655,198 千円(損益)27,711 千円
会計監査人との契約	無 ・ ☒ (共進マネジメント)
他の主な事業	介護保険指定事業(訪問介護・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護)

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	みどりの丘 オーババースセキ verde	
所在地	神奈川県厚木市戸室 1-26-6	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付き(一般型・外部サービス型) ☒ 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	☒ 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 ☒ 4 自立・要支援・要介護
	(その他の条件)	()
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日)
	居住区分	☒ 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	☒ 無 ・ 有()

開設年月日	平成 17 年 4 月 1 日					
管理者名	山田 克枝					
電話番号/FAX 番号	046-205-7009/046-205-6133					
メールアドレス	midori@midorinooka.com					
交通の便	神奈川中央交通バス「戸室神社下」バス停から徒歩 2 分					
ホームページアドレス	http://www.midori.midorinooka.com					
敷地概要	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の権利形態) 通常借地契約 ・ 定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無 ・ 有 敷地面積 383.03 m ² 抵当権の設定 無 ・ 有					
建物概要	権利形態 所有 ・ 借家 (借家の場合の権利形態) 通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2019 年 8 月 15 日～2034 年 8 月 14 日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ 有 建物の構造 木造 2 階建て(耐火 ・ 準耐火 ・ その他) 延べ床面積 391.26 m ² (うち有料老人ホーム 391.26 m ²) 建築年月日 平成 16 年 4 月 1 日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認時の主要用途 有料老人ホーム その他() 抵当権の設定 無 ・ 有					
共用設備概要	居室総数 18 室 定員 18 人(一時介護室を除く)					
	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	A タイプ	1	無 ・ 有	無 ・ 有	7.88 m ²	18
	B タイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	C タイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	D タイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	食堂		無 ・ 有(1 階又は 2 階 ・ 37～50 m ²)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有(階 ・ m ²)			
		リフト浴	無 ・ 有(1 階 ・ 7.78 m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ 有(階 ・ m ²)			
	便所		無 ・ 有(1 階又は 2 階 ・ 1.66～3.31 m ²)			
	洗面設備		無 ・ 有(1 階又は 2 階 ・ 4.97～5.94 m ²)			
	医務室(健康管理室)		無 ・ 有(階 ・ m ²)			
	談話室		無 ・ 有(1 階 ・ 8.7 m ²)			
	面談室		無 ・ 有(1 階 ・ 8.7 m ²)			
	事務室		無 ・ 有(1 階 ・ 5.17 m ²)			

	洗濯室	無 ・ ☒ 有	2 階 ・	8.28 m ²)
	汚物処理室	無 ・ ☒ 有	1 階又は 2 階 ・	0.42 m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ ☒ 有	1 階又は 2 階 ・	5.18 m ²)
	機能訓練室	☒ 無 ・ 有 (階) 他の共用施設との兼用 ☒ 無 ・ 有 ()		
	健康・生きがい施設	☒ 無 ・ 有 (階)		
	緊急通報装置	無 ・ ☒ 有		
	エレベーター	無 ・ ☒ 有 (ストレッチャー搬入可 基)		
	居室のある区域の廊下幅	(2.0m～ 3.0m)		
消防設備概要	消火器	(無 ・ ☒ 有)	自動開催通報	(無 ・ ☒ 有)
	火災通報装置	(無 ・ ☒ 有)	スプリンクラー	(無 ・ ☒ 有)
	防火管理者	(無 ・ ☒ 有)	防災計画	(無 ・ ☒ 有)
危険区域の指定 状況	1 無			
	2 ☒ 有	指定されている危険区域		
		1 ☒ 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()		
同一敷地内の併設施設又は 事業所等の概要				

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ ☒ 月払い方式 ・ 選択方式					
敷 金	無 ・ ☒ (169,290 円、家賃相当額の 3 ヶ月分)					
プラン名	月額利用料	(内 訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
A タイプ	182,748 円	56,430 円	44,000 円		59,400 円	22,918 円
B タイプ						
C タイプ						
D タイプ						
月 額 利 用 料 の 算 定 根 拠	家賃	近隣アパートの広さ、設備等と比較して決定。				
	管理費	建築備品、設備及び保守(点検修理)の月の平均。				
	介護費用					
	食費	近隣の食堂業者との比較及び人件費を勘案。 1 週間前までの欠食届 1 食あたり 603 円返金する。				
	光熱水費	個人利用の光熱水費年間平均を月で決定。				
前払金		円				

	算定根拠	
	償却開始日	
	返還対象としない額	
	契約終了時の返還金の算定方法	
	短期解約の返還金の算定方式	
	返還期限	
	保全措置	無 ・ 有
		保全措置の内容（ ）
		無の場合の理由（ ）
	その他留意事項	

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月 27 日
支払方法	入居者指定の口座より、自動引落
その他留意事項	居宅サービスを利用する場合は、自己負担分、医療費(往診費)、その他立替金。 生活保護受給者の月額基本利用料は、別途保険者ごとに調節してお支払いいただきます。

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件(契約書第 20 条に記載)
	手続き(契約解除の場合は、書面にして実施)
	解約予告期間(90 日前)
入居者からの解約予告期間	30 日前

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案。		
	手続き方法	運営懇談会の意見と同意を得た上で、実施。		
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 食費のみ日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額			
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額 56,430 円			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 有	期間		
		費用	1 泊 9,018 円(税込)	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	ご入居者様及びご家族様やキーパーソン様に対し、コミュニケーションを常に図り、情報共有と一体となった施設運営を図る。		
サービスの提供内容の特色	ご入居者様の健康と安全を守るため、介護を除くあらゆるサービスを実施する。緊急時の対応、食事サービス、生活環境の整備、社会的活動支援、個人の尊厳の厳守、必要とする介護の導入援助、情報提供等をつつがなく実施する。		
サービス提供状況※			
入浴、排泄又は食事の介護	無・有	健康管理の供与	無・有
食事の提供	無・有	安否確認又は状況把握サービス	無・有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・有	生活相談サービス	無・有
月額利用料に含まれるサービスの 内容・頻度等	管理費	共用部分の備品、消耗品、環境整備費	
	食 費	1日3食(朝・昼・夕)配膳	
	その他	行事食	
業務の委託状況	無・有	委託先(光ヶ丘医院)	
		委託内容(医師の往診・健康診断)	
安否確認の方法・頻度等	3時間毎訪室及びナースコール対応		
サービスの提供に伴う事故等 が発生した場合の損害賠償保 険等のへの加入	無・有	保険名(あいおいニッセイ同和損保)	

※各サービスの詳細は、別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を伴う場所	サービス事業者が訪問し、施設の一般居室においてサービスを受ける。		
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合		
	判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用 権の取扱い等	別紙「居室移動承諾書」により、手続きを書面で行う。	

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関(又は嘱託 医)の概要及び協力内容	名称	光ヶ丘医院
	診療科目	内科
	所在地	厚木市恩名 2-26-23
	距離及び所要時間	600m(車で5分)
	協力内容	往診(救急対応を含む)

協力歯科医療機関(又は 嘱託医)の概要及び協力 内容	名称	内田歯科医院
	所在地	厚木市中町 2-2-8
	距離及び所要時間	1,000m(車で 10 分)
	協力内容	定期的歯科往診治療
入居者が医療を要する場合の対応※	担当医は、本人及び家族との協議の上、往診内容を決定する。また、医師は入居者が救急対応を必要とする時、事前の協議に基づき入院及び入院先の選定をする。医療費は、個人負担となる。長期入院時、職員は着替え衣類の交換等随時訪問し、このときにご様子の確認、必要な場合は、家族へ報告も行う。	

※入居者の意思の確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1)職種別の職員数等

(2021 年 7 月 1 日現在)

		職員数		夜勤勤務職員 (時～翌 時) (最少人数)	備 考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従 業 者 の 内 訳	管理者	1			
	生活相談員				
	介護職員	9	5	1(16:15～翌 9:15)	
	看護職員		1		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員				
	事務職員		1		
	その他職員				
合 計		10	6	1	

(2)職員の状況

管理者	他の職務との兼務						無 ・ 有			
	資格等		1 無							
			2 有							
			資格等の名称		ヘルパー2 級					
	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	2						
前年度1年間の 退職者数				1	2						
業務に 従事した 経験年数 に応じた 職員の 人数	1年未満			1	1						
	1年以上 3年未満			3							
	3年以上 5年未満			2	1						
	5年以上 10年未満			2	2						
	10年以上			2	2						
従業者の健康診断の実施状況					1 <u>あり</u>	2 なし					

(3)介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人	介護職員実務者研修終了者	人
介護福祉士	人	介護職員初任者研修終了者	人
介護支援専門員	人	資格なし	人

6 入居状況等

(2021 年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	18人(定員 18人)			
入居者の状況	男 性	8人、女 性 10人		
	自 立	人		
	要支援	人	(内訳)	要支援 1 人
				要支援 2 人
	要介護	18人	(内訳)	要介護 1 人
				要介護 2 1人
				要介護 3 2人
				要介護 4 7人
				要介護 5 8人
平均年齢	83.0歳(男 性 78.3歳、女 性 86.8歳)			

7 退去状況等

前年度における退去者の	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	人
		医療機関	人
		死亡者	6人
		その他	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 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無		
	2 有	1	代替措置あり(文書通知による開催)
		2	代替措置なし
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 高齢者住宅の登録	無 ・ 有		
苦情解決の体制(相談、責任者、連絡先、 第三者機関の連絡先等)	施設責任者：山田 克枝 電話番号：046-205-7009 ・本部お客様相談受付窓口 みどりの丘本部 電話番号：046-221-9600 施設や本部での解決が難しい場合は、次の第三者機関 や行政窓口にご相談することができます。 ・厚木市介護福祉課介護給付係 046-225-2240 ・神奈川県高齢福祉課 046-210-1111(内線 4848) ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険 介護苦情相談係 045-329-3447		
事故発生時の対応(医療機関等との連 携、家族等への連絡方法・説明等)	事故発生時は、直ちに管理者へ報告。医療関係職員が、 状況判断し応急処置を行う。次に連携医療機関へ連絡 し、適切な対応を行う。また、管理者は、家族への連絡 と報告を行い、事故についての検証と今後の防止策を 講ずる。		
生活保護受給者の受け入れ対応	無 ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	直接入居者と関わりのある家族であり、最終的身元引 受人となっていただく。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会 及び同協会の入居者生活保証制度への 加入状況	協会への加入	無 ・ 有	
	入居者基金への加入	無 ・ 有	
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 無		
	2 有	実施日	2019年7月
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ 有		

9 情報開示

の 情 報 開 示 入 居 希 望 者 等 へ	重要事項説明書の公開	① 公 開(閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公 開(閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	① 公 開(閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公 開(閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公 開(閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開

添付書類：別添 1「介護サービス等の一覧表」

別添 2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添 3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」(介護付の場合のみ)

別添 4「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 _____

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印 _____ ㊞

別添 1

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ 有 ・ 無 ）

区 分		自 立			要支援 1 ～ 2			要介護 1 ～ 5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 時～ 時	有・無	2～3時間に1回			2～3時間に1回			2～3時間に1回		
・夜間 時～ 時	有・無	2～3時間に1回			2～3時間に1回			2～3時間に1回		
②食事介助	有・無									
③排泄										
・排泄介助	有・無									
・おむつ交換	有・無									
④入浴等										
・清拭	有・無									
・一般浴介助	有・無									
・特浴介助	有・無									
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無									
・居室からの移動	有・無									
・衣類の着脱	有・無									
・身だしなみ介助	有・無									
⑥機能訓練	有・無									
⑦通院の介助	有・無		通院付き添い	1,000円/時間		通院付き添い	1,000円/時間		通院付き添い	1,000円/時間
⑧緊急時対応	有・無	オンコール、24時間対応			オンコール、24時間対応			オンコール、24時間対応		
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有・無	週1回以上(希望に応じ実施)			週1回以上(希望に応じ実施)			週1回以上(希望に応じ実施)		
・洗濯	有・無									
②居室配膳・下膳	有・無	適時対応			適時対応			適時対応		
③理美容	有・無		45日1回理髪業者来訪	2,000円/1回		45日1回理髪業者来訪	2,000円/1回		45日1回理髪業者来訪	2,000円/1回
④代行										
・買物	有・無		希望に応じ付き添い	1,000円/時間		希望に応じ付き添い	1,000円/時間		希望に応じ付き添い	1,000円/時間
・役所手続	有・無									
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無		随時実施	実費負担		随時実施	実費負担		随時実施	実費負担
・健康相談	有・無									
・生活指導	有・無									
・医師の往診	有・無		希望に応じ2週間に1回	実費負担		希望に応じ2週間に1回	実費負担		希望に応じ2週間に1回	実費負担
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	有・無		希望に応じ対応	実費負担		希望に応じ対応	実費負担		希望に応じ対応	実費負担
5. その他サービス										
・レクリエーション	有・無		特別行事	実費負担		特別行事	実費負担		特別行事	実費負担

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		不適合	☐ 個室ではない(相部屋がある)。 ☒ 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 ☐ 界壁で区分されていない。	居室面積が少し足りない状況であるが、居室前に大きなフロアーを有し、食事やコミュニケーション、行事等のフリースペースが有効となっている。
2	食堂	有	適合	☐ 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	不適合	(居室内に設置していない場合) ☒ 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) ☐ 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	1人浴槽のみである。また、リフト座面が車椅子の高さまで下がり介助しやすい状況にある。
4	便所	有	適合	☐ 常夜灯がない。 ☐ 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) ☐ 居室の近くでない。 ☐ 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) ☐ 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	☐ 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	☐ プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	無			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	無			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) ☒ 居室 ☐ 一時介護室 ☐ 浴室 ☐ 脱衣室 ☒ 便所	
17	廊下		適合	☐ 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	☐ 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他（上記項目以外の主な指針不適合事項）

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。