

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	村上 麗子
所属・職名	代表取締役

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)みやびさぼーとかぶしきがいしゃ みやびサポート株式会社	
主たる事務所の所在地	〒125-0054	
連絡先	電話番号	03-3672-1139
	FAX 番号	03-3672-1140
	ホームページアドレス	https://miyabi-support.jp/
代表者	氏名	村上 麗子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 21 年 2 月 23 日	
主な実施事業	※別添1(別々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)ゆうりょうろうじんほーむ みやびさぼーと 有料老人ホーム みやびサポート	
所在地	〒272-0805 千葉県市川市大野町4-3163-4	
主な利用交通手段	最寄り駅	JR 武蔵野線 市川大野 駅
	交通手段と所要時間	駅から約 700m(徒歩約7分) 京成バス 市川大町行き 市川大野→殿内バス停 徒歩1分
連絡先	電話番号	047-339-5577
	FAX 番号	047-339-8844
管理者	氏名	遠藤 美恵子
	職名	管 理 者
建物の竣工日		平成 31 年 3 月 22 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 31 年 4 月 1 日

(類型)【表示事項】

住宅型

3. 建物概要

土地	敷地面積	251.26㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり なし
		契約期間	あり(平成31年4月1日～令和32年3月31日)
	契約の自動更新	1 あり なし	
建物	延床面積	全 体	249.53㎡ (地上二階建て)
		老人ホーム部分	223.73㎡

	耐火構造	準耐火建築物				
	構造	木造				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり なし			
契約期間		あり(平成31年4月1日～令和32年3月31日)				
	契約の自動更新	1 あり なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	全室個室				
		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	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ2	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ3	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ4	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ5	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ6	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ7	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
	タイプ8	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室
タイプ9	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室	
タイプ10	無	無	13.49㎡	1	一般居室個室	
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	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所		個室	1ヶ所	
	食堂	あり 2 なし				
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり なし				
	エレベーター	あり(車椅子対応)				
消防用設備等	消火器	あり 2 なし				
	自動火災報知設備	あり 2 なし				
	火災通報設備	あり 2 なし				
	スプリンクラー	あり 2 なし				
	防火管理者	あり 2 なし				
	防災計画	あり 2 なし				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健・福祉・医療との連携を密にし、地域に根ざした介護・看護を提供します。 2. 地域の皆様との関わりを大切にし、地域の皆様がより良いサービスを受けることができるよう努力します。 3. スタッフ一人ひとりが利用者様を家族と思い共に幸せを感じられるよう努め、ご家族に信頼と安心を提供し、最良のサービスの追及を続けます。
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	小規模で、アットホームな雰囲気でご利用者様ひとりひとりが快適な生活を送れるように職員一同で支援いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 なし
食事の提供	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 なし
健康管理の供与	自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援		救急車の手配	
協力医療機関	1	名称	上田医院
		住所	千葉県市川市中国分 2-11-6
		診療科目	内科・呼吸器科・消化器内科・循環器科・アレルギー科
		協力内容	訪問診療・在宅医療
	2	名称	大野中央病院
		住所	千葉県市川市下貝塚 3 丁目 20-3
	診療科目	整形外科、脳神経外科、循環器科、腎・泌尿器科、リハビリテーション科、内科、外科・消化器外科	
	協力内容	外来受診、入院等緊急対応	
協力歯科医療機関		名称	楠歯科医院
		住所	市川市大野町 3-1686
		協力内容	歯科

(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 なし
	要支援の者	あり 2 なし
	要介護の者	あり 2 なし
留意事項	原則、60歳以上の日常生活で介護が必要な方がご入居頂けます。 また、60歳未満でも日常生活で介護が必要な場合はご入居頂けます。	
契約の解除の内容	入居契約を維持することが困難な場合。	
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	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	利用期間:3泊4日から～ 利用料金:1泊2日税込11,000円 内訳:宿泊費・食費・介護サービス費・共用施設利用費として)	
入居定員	10人	
その他	介護保険は適用外となります。	

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	1

生活相談員	0	0	1	0
直接処遇職員				
介護職員	3	1	3	4
看護職員			3	1
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	1	0	1	1
事務員	1		1	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				40時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤		非常勤	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0	0	0
介護福祉士	0	0	0	0	0
実務者研修の修了者	1	3			
初任者研修の修了者	2	0		1	
介護支援専門員	0	0		0	

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(22時～6時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
介護職員	1人	1人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		あり 2 なし							
	業務に係る資格等		あり		介護福祉士					
	資格等の名称									
	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			0	1						
前年度1年間の退職者数			0	1						
業務に従事した経験年数	1年未満									
	1年以上3年未満				1					
	3年以上5年未満				1					
	5年以上10年未満			1	1					
	10年以上			1	1					

※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	当該施設の設備に要した費用、地代に相当する額等を基礎とし、近傍同種の受託家賃から算定される額として月額家賃相当額を設定。 前払金プラン 60,000円 月払いプラン 120,000円
敷金	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。
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	管理費:管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費 25,000円 (消費税別)
食費	1日当たり 2,000円×30日で積算 食費は日額で請求致します。 朝・昼・夕を1日単位で欠食する場合は、2日前までに手続きを行って頂きます。
光熱水費	15,000円 占有部分の水道代・電気代・洗濯代
その他のサービス利用料	

(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	返還金=前払金÷(想定居住期間の日数) ×(想定居住期間-入居期間) ※想定居住期間は5年間の実日数とします。 ※退去による前払金及び月額利用料の返還は契約終了日(居宅明け渡し日)の2ヶ月後の月末に返還とします。 ※契約を解除し退去した時点で返還金算定式により返還金が算定されます。
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 入居日の翌日から起算して3ヶ月以内に契約解除の申し出があった場合(死亡退去を含む)、前払金から、(前払金の1ヶ月相当額を30で除した額)×(入居日から契約終了日までの日数)に相当する額を控除した額を返還します。但し、未入居のまま解約された場合、入居予定日の翌日が前払金償却の起算日となります。退去による前払金の返還は契約終了日(居宅明け渡し日)の2ヶ月後の月末に返還とします。 又、既に受領済みの月額利用料を控除した額を返還します。行事日については3ヶ月以内の契約終了の場合、未利用日分が返還されます。契約解除の申し出は、書面によるものとします。

	入居後3月を超えた契約終了	返還金＝前払金÷（想定居住期間の日数） ×（想定居住期間－入居期間） ※想定居住期間は5年間の実日数とします。 ※退去による前払金及び月額利用料の返還は契約終了日（居宅明け渡し日）の2ヶ月後の月末に返還とします。 ※契約を解除し退去した時点で返還金算定式により返還金が算定されます。
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	
	保証保険を行う保険会社の名称	東京海上日動火災保険
	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	4人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	2人
	要介護3	5人
	要介護4	0人
要介護5	1人	
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	82.1歳
入居者数の合計	10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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	3人
	その他	人

生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例) 他の利用者及び職員への暴力的行為を繰り返すため
	入居者側の申し出	0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	みやびサポート市川	
電話番号	047-711-7323 村上	
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土日祝日	

(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	あり	(その内容)
	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	あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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
		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
		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 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 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 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 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 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	あり	(開催頻度)年2回予定	
	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】	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	あり(平成 31 年 3 月 1 日届出)		
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	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		
	なし	(平成 年 月 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		

有料老人ホーム みやびサポートの入居にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

(事業者) 東京都葛飾区高砂3-22-2
みやびサポート株式会社
代表取締役 村上 麗子 印

(事業所) 千葉県市川市大野町4-3163-4
有料老人ホーム みやびサポート
説明者署名 村上 麗子 印

私は契約書及び本書面により、有料老人ホーム みやびサポートの入居にあたり重要事項について事業者から説明を受けました。

令和 年 月 日

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人または立会人)

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との関係 _____

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	
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		
<居宅介護予防サービス>				
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		
介護医療院	あり	なし		

別添2

有料老人ホーム・サービス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	なし					あり			
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担 ^{*1)}	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				備考			
		包含 ^{*2}	都度 ^{*2}	料金 ^{*3}					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり					
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				実費で請求致します。	
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	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること	
役所手続き代行	なし	あり	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				※回数(定期的 に年1回)	

	健康相談	なし	あり	なし	あり				
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
	服薬支援	なし	あり	なし	あり				
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス									
	移送サービス	なし	あり	なし	あり				
	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。