

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1

記入年月日		年		月		日
記入者名	古橋 拓明					
所属・職名	取締役					
取込種別	1 追加					
被災確認事業所番号						

1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	5 営利法人
名称	(ふりがな)	だぶりゅーほすびたりていーかぶしがいいしゃ
	W hospitality 株式会社	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	
主たる事務所の所在地	〒	273-107
	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷1-10-32 MA-sakura II 3階	
連絡先	電話番号	47-402-6421
	FAX番号	47-402-6422
	メールアドレス	zosun@whospitality.jp
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	https://whospitality.jp
代表者	氏名	渡邊 正晃
	職名	代表取締役
設立年月日	2014年	12月12日
主な実施事業	※別添1（別を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)	じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ぞうさんなーしんぐほーむあびこ		
	住宅型有料老人ホーム ぞうさんナーシングホーム我孫子			
所在地	〒	270-1121		
	千葉県我孫子市中峠1141-1			
所在地（建物名等）				
市区町村コード	都道府県	千葉県	市区町村	122220 我孫子市
主な利用交通手段	最寄駅	湖北	駅	
	交通手段と所要時間	JR湖北駅より徒歩4分		
連絡先	電話番号	47-402-6421		
	FAX番号	-		
	メールアドレス	@		
	ホームページ有無	1 有		
	ホームページアドレス	https://whospitality.jp		
管理者	氏名			
	職名			
	建物の竣工日	2023年	2月	1日
	有料老人ホーム事業の開始日	2023年	12月	1日

（類型）【表示事項】

類型	3 住宅型			
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			
	事業所の指定日	年	月	日
	指定の更新日（直近）	年	月	日

3 建物概要

土地	敷地面積	588.28 m ²				
	所有関係	2 事業者が賃借する土地				
		2 事業者が賃借する土地の場合				
		賃貸の種類別	2 定期貸借			
		抵当権の有無	2 なし			
		契約期間	1 あり			
			開始	2023年	12月	1日
終了	2045年		11月	30日		
契約の自動更新	1 あり					
建物	延床面積	全体	632.56 m ²			
		うち、老人ホーム部分	632.56 m ²			
	耐火構造	2 準耐火建築物				
		3 その他の場合				
	構造	3 木造				
		4 その他の場合				
	所有関係	2 事業者が賃借する建物				
		2 事業者が賃借する建物の場合				
		賃貸の種類別	2 定期貸借			
		抵当権の有無	2 なし			
契約期間		1 あり				
		開始	2023年	12月	1日	
	終了	2045年	11月	30日		
契約の自動更新	2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室含む）				
		2 相部屋ありの場合				
		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	1 有	2 無	14.64 m ²	19	1 一般居室個室
	タイプ2			m ²		
	タイプ3			m ²		
	タイプ4			m ²		
	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			
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		1ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
その他				0ヶ所		
食堂	1 あり					
入居者や家族が利用できる調理設備	2 なし					
エレベーター	2 あり（ストレッチャー対応）					
消防用設備等	消火器	1 あり				
	自動火災報知設備	1 あり				
	火災通報設備	1 あり				
	スプリンクラー	1 あり				
	防火管理者	1 あり				
	防災計画	1 あり				

緊急通報装置等	居室	1	全ての居室あり
	便所	1	全ての便所あり
	浴室	1	全ての浴室あり
	その他		
その他			

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	運営法人であるWhospitality株式会社では、千葉県鎌ヶ谷市を中心に、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援、通所介護、福祉用具貸与・販売と、在宅での介護サービスの殆どを手掛けており、その幅広いサービスが当施設でも受けることができます。また、訪問診療・訪問看護との連携により、24時間の医療処置対応ができ、医療依存度が高い方でも安心して住み続けて頂けるホームです。24時間常駐の看護職員が、医師の指示のもと、経管栄養、腹膜透析、人工呼吸器、褥瘡処置等、様々な医療処置に対応いたします。介護・看護・医療の連携により、末期症状の方の看取り（ターミナル）にも対応致します。
サービスの提供内容に関する特色	必要に応じて訪問診療、訪問看護、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与・販売など、外部サービスを利用できるほか、通院（自費）や外出同行（自費）にも対応。
入浴、排せつ又は食事の介護	3 なし
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(介護サービスの内容)

※特定施設入居者生活介護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	入居継続支援加算			
	生活機能向上連携加算			
	個別機能訓練加算			
	夜間看護体制加算			
	若年性認知症入居者受入加算			
	医療機関連携加算			
	口腔衛生管理体制加算			
	栄養スクリーニング加算			
	退院・退所時連携加算			
	看取り介護加算			
	認知症専門ケア加算	(I)		
		(II)		
	サービス提供体制強化加算	(I)イ		
		(I)ロ		
		(II)		
介護職員処遇改善加算	(III)			
	(IV)			
	(V)			
	(I)			
	(II)			
介護職員等特定処遇改善加算	(I)			
	(II)			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	ありの場合		
		(介護・看護職員の配置率)	: 1	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/>	救急車の手配
		<input type="checkbox"/>	入退院の付き添い
		<input type="checkbox"/>	通院介助
			その他
協力医療機関	1	名称	ぞうさんクリニック
		住所	千葉県鎌ケ谷市新鎌ケ谷2-8-13 新鎌ケ谷FタワーII 2階事務室B
		診療科目	内科、皮膚科
		協力科目	内科、皮膚科
	協力内容	入居者の受診、治療、健康相談	
	2	名称	あびこ痛みのクリニック
		住所	千葉県我孫子市湖北台8-7-4
		診療科目	ペインクリニック外科・疼痛緩和科・麻酔科 ・整形外科・リハビリテーション科・内科
		協力科目	ペインクリニック外科・疼痛緩和科・麻酔科 ・整形外科・リハビリテーション科・内科
	協力内容	入居者の受診、治療、健康相談	
	3	名称	
		住所	
診療科目			
協力科目			
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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	<input type="checkbox"/>	一時介護室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/>	介護居室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/>	その他	
	<input type="checkbox"/>	住み替える場合	
判断基準の内容	運営会社の判断による。		
手続きの内容	契約書変更、又は別途通知書による。		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	居住利用権に変更なし		
前払金償却の調整の有無			
従前の居室との仕様 の変更	面積の増減		
	便所の変更		
	浴室の変更		
	洗面所の変更		
	台所の変更		
	その他の変更	1 ありの場合 (変更内容)	

(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	1 あり
	要支援の者	1 あり
	要介護の者	1 あり
留意事項		
契約解除の内容	入居者から契約解除が行われた場合 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	・入居者申請書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。・利用料その他の支払いを正当なりゆうなく2ヶ月遅延する時。・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害が切迫する恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法でこれを防止する事が出来ない時。
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約 予告期間	3ヶ月	
体験入居の内容	1 あり	
	1 ありの場合	(内容) 最長1週間。費用は1泊13,000円(3食・サービス込み)
入居定員	19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	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	2	1	1	1
看護職員	5	4	1	1
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1			1
栄養士	1	1		
調理員	2	1	1	1
事務員	2			2
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 時間
※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。				
※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				

（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	3	2	1
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	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		
		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			
はり師			
きゅう師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間	(20 時 0 分 ~ 7 時 0 分)
	平均人数
看護職員	1 人
介護職員	1 人

最少時人数（休憩者等を除く）

（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	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	
	（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） 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									
	業務に係る資格等									
	1 ありの場合									
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										
前年度1年間の退職者数										
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年以上3年未満									
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況										

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	
利用料金の支払い方式【表示事項】	3 月払い方式	
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
	<input type="checkbox"/>	全額前払い方式
	<input type="checkbox"/>	一部前払い・一部月払い方式
	<input type="radio"/>	月払い方式
年齢に応じた金額設定	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 不在期間が 日以上	
利用料金の改定	条件	運営会社が必要と判断した際。
	手続き	契約書変更、又は別途通知書による。

(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	介護3				
	年齢	70 歳			歳	
居室の状況	床面積	14.64 m ²			m ²	
	便所	1 有				
	浴室	2 無				
	台所	2 無				
入居時点で必要な費用	前払金		円		円	
	敷金	82000	円		円	
月額費用の合計		126000	円		円	
サービス費用	家賃			41000	円	
		特定施設入居者生活介護※1の費用			円	
	介護保険外※2	食費	45000	円		円
		管理費	20000	円		円
		介護費用	20000	円		円
		光熱水費	0	円		円
その他	0	円		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	我孫子市の生活保護（住宅扶助）受給額を基準として算定。 入院等で長期不在時でも、解約をしない限り発生。
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。	生活支援サービス費20,000円
管理費	共用施設の維持管理費、水道光熱費、事務管理費。 入院等で長期不在時でも、解約をしない限り発生。
食費	1日3食（朝食：350円＋昼食500円＋夕食650円）×30日として算定。
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	発生時に実費にて清算。

(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※に対する自己負担額	
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 全国有料老人ホーム協会以外の場合
	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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
要介護5	人	
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	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		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%

※ 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)

退居先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	
			人

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)

窓口1							
	窓口の名称		住宅型有料老人ホーム ぞうさんナーシングホーム我孫子				
	電話番号		-				
	対応している時間	平日	9時	0分	～	17時	0分
		土曜	時	分	～	時	分
		日曜・祝日	時	分	～	時	分
定休日		なし					
窓口2							
	窓口の名称		我孫子市 高齢者支援課				
	電話番号		4-7185-1111				
	対応している時間	平日	8時	30分	～	17時	0分
		土曜	時	分	～	時	分
		日曜・祝日	時	分	～	時	分
定休日		土・日・祝日・年末年始					
窓口3							
	窓口の名称						
	電話番号		-				
	対応している時間	平日	時	分	～	時	分
		土曜	時	分	～	時	分
		日曜・祝日	時	分	～	時	分
定休日							
窓口4							
	窓口の名称						
	電話番号		-				
	対応している時間	平日	時	分	～	時	分
		土曜	時	分	～	時	分
		日曜・祝日	時	分	～	時	分
定休日							
窓口5							
	窓口の名称						
	電話番号		-				
	対応している時間	平日	時	分	～	時	分
		土曜	時	分	～	時	分
		日曜・祝日	時	分	～	時	分
定休日							

(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	1 あり
	1 ありの場合 その内容
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
	1 ありの場合 その内容
事故対応及びその予防のための指針	

(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	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	結果の開示	
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	2 入居希望者に交付
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年	1 回
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
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	
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	2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	2 なし	
	1 ありの場合	
	合致しない事項がある場合の内容	
	「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	
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	

備考

--

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 年 月 日

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。