

有料老人ホーム重要事項説明書  
(指定居宅サービス事業者重要事項説明書)

作成日 令和 4年 7月 1日

記入年月日	令和4年7月1日
記入者名	松田 実
所属・職名	アイル羽生統括室長

※ 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5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5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 医療法人
名称	(ふりがな)いりょうほうじんしゃだん しゅんこうかい 医療法人社団 俊香会
主たる事務所の所在地	〒981-3515 宮城県黒川郡大郷町羽生字中ノ町11-1
連絡先	電話番号 022-359-4123
	FAX番号 022-359-4124
	ホームページアドレス <a href="http://syunkoukai.jp/sugiyamaiin/">http://syunkoukai.jp/sugiyamaiin/</a>
代表者	氏名 杉山 俊輔
	職名 理事長
設立年月日	平成 5年 5月 27日
主な実施事業	※別添1(別の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)さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく あいるはにゅう サービス付き高齢者向け住宅 アイル羽生
所在地	〒981-3515 宮城県黒川郡大郷町羽生字中ノ町11-1
主な利用交通手段	最寄駅 JR 東北本線 利府駅
	交通手段と所要時間 ① JR 東北本線利府駅より車で約20分 ② 三陸自動車道松島大郷 IC から車で約10分

連絡先	電話番号	022-359-4123
	FAX番号	022-359-4124
	ホームページアドレス	http://syunkoukai.jp/airu/
管理者	氏名	杉山 俊輔
	職名	理事長
建物の竣工日		平成 28年 11月 15日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 28年 11月 21日

(類型)

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	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	3,442.05㎡(緑地部分含む)					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地					
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃貸する土地 ( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )					
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年11月21日～2031年11月20日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> </table>	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 (2016年11月21日～2031年11月20日) 2 なし	契約の自動更新
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 (2016年11月21日～2031年11月20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	2,096.05㎡				
		うち、老人ホーム部分	1,371.59㎡				
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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					
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 ( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )					
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年11月21日～2031年11月20日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年11月21日～2031年11月20日) 2 なし	契約の自動更新
抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし						
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年11月21日～2031年11月20日) 2 なし						
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし						
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	18.52㎡	28	一般居室個室	
タイプ2		有/無	有/無	18.23㎡	2	一般居室個室	
タイプ3		有/無	有/無	18.43㎡	2	一般居室個室	
タイプ4		有/無	有/無	19.27㎡	4	一般居室個室	
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	1 箇所	うち男女別の対応が可能な便房		1 箇所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1 箇所		
	共用浴室	箇所	個室		箇所		
			大浴場		箇所		
	共用浴室における介護浴室	1 箇所	チェアー室		箇所		
			リフト浴		箇所		
			ストレッチャー浴		1 箇所		
			その他( 個室 )		1 箇所		
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		
緊急通報装置等	居室	1	あり	2	一部なし	3	なし
	便所	1	あり	2	一部なし	3	なし
	浴室	1	あり	2	一部なし	3	なし
	その他( )	1	あり	2	一部なし	3	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	事業の実施にあたっては、併設・近接施設を含む地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとし、居住者が安らぎのある生活を送れるよう支援する。
サービスの提供内容に関する特色	日常生活における心配事や悩み等に対応し、専門的な相談等については、医療・介護等の専門分野を紹介する。

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

(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
	介護職員処遇改善加算	(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅳ)	1 あり	2 なし	
	(Ⅴ)	1 あり	2 なし	
	(Ⅰ)	1 あり	2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅱ)	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	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 協力医療機関との調整 )		
協力医療機関	1	名称	杉山医院
		住所	宮城県黒川郡大郷町羽生字中ノ町11-1
		診療科目	内科・胃腸内科・腫瘍内科
		協力科目	内科・胃腸内科・腫瘍内科
		協力内容	定期的な訪問診療、緊急時の対応、急性増悪時の入院治療、看取り対応等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	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		
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無		
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		
従来からの居室との 使用の変更	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	<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	療養管理について要相談	
契約の解除の内容	入居者が死亡した場合、入居者または事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第10条に掲げる義務に違反した場合 ① 賃料、共益費、サービス支援費等 支払い義務に違反した場合 ② 本物件の使用目的遵守義務に 違反した場合 ③ 騒音、振動、不潔行為等により、近隣 又は他の入居者に迷惑をかけた場合等
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	少なくとも30日前まで	
体験入居の内容	1 あり(内容: )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	36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)。

	職員数			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				
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	2	2		
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			
柔道整復師			
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)

夜勤帯の時間設定( 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

(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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 d 3:1以上
	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	他の業務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称	医師							
	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										
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				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 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)の取り扱い	<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	消費者物価指数、雇用情勢、その他経済事情の変動等による
	手続き	協議の上

(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5	要介護3
	年齢	85歳	75歳
居室の状況	床面積	18.52㎡	19.27㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		106,300円	106,300円
家賃		30,000円	30,000円
サービス費用	※2 介護保険外	特定施設入居者生活介護※1の費用	円
		食費	52,800円
		管理費	18,000円
		サービス支援費	5,500円
		その他	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	近傍同種の建物の賃料を比較等により算出
敷金	—
食費	厨房維持費、食材費等
共益費	共用施設の維持管理費等
サービス支援費	生活支援サービスの人件費等
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	

(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)※前払い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)	
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	11人
	女性	19人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	4人
	要介護3	10人
	要介護4	4人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	15人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	7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	88.5歳
入居者数の合計	30人
入居率※	83.3%
※ 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	1人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	1人
	死亡	43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	4人
		(解約事由の例) 待機していた施設入所決定等による

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		サービス付き高齢者向け住宅 アイル羽生 苦情相談窓口	大郷町保健福祉課
電話番号		022-359-4123	022-359-5507
対応している時間	平日	9時～18時	8時30分～17時15分
	土曜	9時～18時	—
	日曜・祝日	9時～18時	—
定休日		無し	土日、祝日、年末年始
窓口の名称		一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協 会	公益財団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-6433-2200	03-3548-1077
対応している時間	平日	9時～17時	10時～17時
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土日、祝日	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	あいおいニッセイ同和損害保険株式 会社に加入
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状 況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「第6章規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「第7章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	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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)  
別添2(個別選択による介護サービス一覧表)

※ 様

説明年月日 令和 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。