

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)

更新日 2022年10月31日

記入年月日	2017年2月1日
記入者名	小尾 勝吉
所属・職名	代表取締役

※ 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	営利法人
名称	(ふりがな)あいさんさんびれっじかぶしきかいしゃ 愛さんさんビレッジ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒986-0856 宮城県石巻市大街道南4丁目6-20	
連絡先	電話番号	022-355-4660
	FAX番号	0225-90-4214
	ホームページアドレス	https://aisansan.info/
代表者	氏名	小尾 勝吉
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 28年10月20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「あいさんさんびれっじ」 有料老人ホーム「愛さんさんビレッジ」	
所在地	〒986-0856 宮城県石巻市大街道南4丁目6-20	
主な利用交通手段	最寄駅	石巻(JR)または陸前山下駅(JR)
	交通手段と所要時間	石巻(JR)から自動車で約10分 陸前山下駅(JR)から自動車で約8分
連絡先	電話番号	022-355-4660
	FAX番号	0225-90-4214
	ホームページアドレス	https://aisansan.info/
管理者	氏名	田中 郁也
	職名	管理者
建物の竣工日	平成29年1月13日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成29年2月1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	令和 年 月 日
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1183.77 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃貸する土地				
		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	(平成 29 年 1 月 1 日～平成 49 年 12 月 31 日)				
		2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	985.64m ²			
		うち、老人ホーム部分	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					
	3 木造					
	<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他(木造 合金メッキ鋼板ぶき)					
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					
	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	(平成 29 年 1 月 1 日～平成 49 年 12 月 31 日)			
		2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	17.33 m ²	11	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	17.33 m ²	6	一般居室個室(角部屋)
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	21.36 ～23.18 m ²	3	一般居室相部屋	

	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	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	2 箇所	うち男女別の対応が可能な便房		0 箇所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2 箇所	
	共用浴室	1 箇所	個室		1 箇所	
			大浴場		0 箇所	
	共用浴室における介護浴室	1 箇所	チェア一室		0 箇所	
			リフト浴		0 箇所	
			ストレッチャー浴		1 箇所	
			その他()		0 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			
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>理念 「家族愛」を理念に、お客様一人おひとりの毎日が、少しずつ普通の生活に近づいていくように、生き生き感を感じていただけるように、「自立支援介護」理論に基づくご支援をさせていただきます。また、ご家族様同意の上、看取りも含めたサポートも致します。</p> <p>運営方針 一、私たちは、感謝と尊敬を胸に、明るい笑顔と心地よいサービスを提供します。 二、私たちは、介護職としての高いモラルを持ち、お客様の尊厳、自立を守ります。 三、私たちは、諦めることなく可能性を信じ、お客様の最良のサービスを追求し続けるプロフェッショナルです。 四、私たちは、互いに尊重し、チームワークと思いやりで仲間を支えます。 五、私たちは、地域のみなさまとの関わりを大切にし、地域社会とつな</p>
----------	--

	がる介護を提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・腎臓病、糖尿病、嚥下訓練食等の食事制限に対応 ・中重度の方も、きめ細かく対応 ・「自立支援介護」理論に基づく介護サービスの提供 		
入浴, 排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 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	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	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	
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	※複数選択可	1 救急車の手配 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	医療法人社団 仁明会 齋藤病院
		住所	〒986-0873 宮城県石巻市山下町1丁目7-24
		診療科目	内科
		協力内容	健康管理全般、緊急時の受け入れ
	2	名称	佐々木薬局 豊里店
		住所	〒987-0366 宮城県登米市豊里町浦軒94番3
		診療科目	薬局
		協力内容	服薬指導、調剤、薬の配送・配薬管理
嘱託医	名称	中浦内科医院	
	住所	〒986-0847 石巻市中浦一丁目2番111号	

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 その他		
判断基準の内容	重度化等で手厚い見守りが必要なときに2階から1階に移動する場合 上記入居者が1階に移るにあたり、1階既存入居者に2階への移動を依頼する場合		
手続きの内容	利用者様やそのご家族の同意の上、居室を移動する。		
追加的費用の有無	1 あり(居室タイプによる居室料金の変更) 2 なし		
居室利用権の取扱い	現行のとおり		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし		
従来の居室との 使用の変更	面積の増減	1 あり(居室タイプによる) 2 なし	
	便所の変更	1 あり(居室タイプによる) 2 なし	
	浴室の変更	1 あり(居室タイプによる) 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	1 あり 2 なし	
	要支援の者	1 あり 2 なし	
	要介護の者	1 あり 2 なし	
留意事項	※要支援1～2、および要介護1～5を対象とする		
契約の解除の内容	入居契約書の通り		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書の通り	
	解約予告期間	6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(内容:1泊2日 5000円 税別) 2 なし		
入居定員	23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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	11	5	6	
介護職員	9	5	4	
看護職員	2	0	2	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	

栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	2	2	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	7	4	3
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の時間設定(20時～6時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制) ※該当なし

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		介護福祉士						
			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		0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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 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	
		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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 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		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	入居契約書のとおり	
	手続き	入居契約書のとおり	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(税抜)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	2	3	
	年齢	70歳	80歳	
居室の状況	床面積	17.33㎡	17.33㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	110,000円	130,000円	
月額費用の合計		144,800円	154,800円	
家賃相当額		55,000円	65,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
	介護保険外※2	食費	45,000円	45,000円
		基本サービス費(管理費)	29,800円	29,800円
	※2	介護費用	0円	0円
		光熱水費	10,000円	10,000円
		その他(10月～3月の6ヶ月間は追加料金5,000円)	5,000円	5,000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)
 ※ 水光熱費において、電気代が月額1万円を超える場合は、超過分を請求させていただきます。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃相当額	石巻市を中心に同業他社の相場の範囲内
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。
基本サービス費	24時間職員常駐、生活相談、生活リズムの記録、リネン交換、居室のごみ回収、日常の洗濯、事務管理部門の人件費、共用部等の維持管理費等
食費	朝昼夕食に提供する食材、設備費等
光熱水費	居室及び共用部分の水道、光熱費等
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2「有料老人ホームが提供するサービスの一覧表」とおり
その他のサービス利用料	暖房費(10月から3月までの6ヶ月間)として5,000円徴収

(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(上乗せサービス)	
※ 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	8人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	7人
	要介護2	1人
	要介護3	3人
	要介護4	4人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	17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	83歳
入居者数の合計	20人
入居率※	86%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られ他割合。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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	2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	2人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホームへの転居のため

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	愛さんさんビレッジ株式会社	
電話番号	022-355-4660	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし	

(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	(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	1 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	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	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
	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	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	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 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 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 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1回
	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】	1 あり(提携ホーム名:) 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 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	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 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	あり	
不適合事項がある場合の内容	土地及び建物に有料老人ホーム以外の目的による抵当権が設定されており行使される可能性がある。行使された場合、ご退去頂く可能性がある。敷金は原状回復(ハウスクリーニング代等)費用を差し引いて、利用者様へ全額返金とする。	

添付書類:別添1(別に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)

※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。

利用者氏名 _____

身元保証人 _____

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名
(当社記入) _____