

有料老人ホーム「SUN SUN ISLAND 石巻」
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7月1日

記入年月日	2022年5月29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	〒986-0824 宮城県石巻市立町2丁目6番12号	
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-group.jp/
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) ゆうりょうろうじんほーむ「さんさんあいらんど いしのまき」 有料老人ホーム「SUN SUN ISLAND 石巻」	
所在地	〒986-0824 石巻市立町二丁目6番12号	
主な利用交通手段	最寄駅	石巻駅(JR)
	交通手段と所要時間	石巻(JR)から徒歩 約3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-group.jp/
管理者	氏名	田中 郁也
	職名	管理者
建物の竣工日	年 月 日	
有料老人ホーム事業の開始日	2022年6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)		
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	497.19 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃貸する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
	契約期間	1 あり (2020年9月8日~2040年9月30日)				
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし 契約期間 20年				
建物	延床面積	全体	1532.05 m ²			
		うち、老人ホーム部分	m ²			
	耐火構造	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				
	2 鉄骨造					
	3 木造					
	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					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の有無	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり (2020年9月8日~2040年9月30日)				
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり 2 なし 契約期間 20年				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		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	有/無	有/無	約6畳	16	個室
	タイプ2	有/無	有/無	約10畳	3	相部屋
※ 「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	8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	4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	2箇所	チェア室	箇所
			リフト浴	箇所
			ストレッチャー浴	2箇所
その他()			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</p> <p>「生まれてきてよかったを創り続ける」を理念に、医療依存度や介護度の高い方々も受け入れ、「自立支援介護理論」に基づく科学的なリハビリ介護～お看取りまで対応させていただきます。 また夢を叶える為に全力支援致します！</p> <p>運営方針</p> <p>以下の言葉を大切に運営してまいります。</p> <p>たとえ、99%の人生が不幸なものでも 最後の1%の人生が幸せならば、その人の人生は 幸せなものになるでしょう。(マザー・テレサ)</p>			
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度・介護度の高い方も、きめ細かく対応 ・腎臓病、糖尿病、嚥下訓練食等の食事制限に対応 ・「自立支援介護理論」に基づくリハビリの提供 			
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	
	(Ⅲ)	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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他()	
協力医療機関	1	名称	齋藤病院 医療法人社団 仁明会
		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
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	1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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3階から2階に移動する場合 上記入居者が2階に移るにあたり、2階既存入居者に3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、すすめる。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり(居室タイプによる居室料金の変更) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
従来の居室との使用の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり(居室タイプによる) <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 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	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	22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	6	5	1	
介護職員	6	5	1	
看護職員	0	0	0	
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		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	2	2	
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(22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)

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	0	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	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	2	1	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	1	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: 個室	プラン2: 相部屋	
入居者の状況	要介護度	要介4	要介護5	
	年齢	70歳	80歳	
居室の状況	床面積	6畳	10畳	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 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		79,800円	69,800円	
家賃相当額		35,000円	25,000円	
サービス費用	共益費	4,800円	4,800円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
	※2 (介護保険外) (税抜き)	食費	30,000円	30,000円
		基本サービス費(管理費)	0円	0円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費等	10,000円	10,000円
		その他	0円	0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
家賃相当額	必要経費(賃貸借契約・人件費・その他経費)等からの逆算
敷金	0円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	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 1日1,000円(税抜) ※日割りはありません
水光熱費等	居室及び共用部の水道光熱費
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」のとおり
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)として税抜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	4人
	女性	3人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	0人
	85歳以上	2人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	1人
	要介護2	0人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	0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	76歳
入居者数の合計	7人
入居率※	31%

※ 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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0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	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	法人本部 BIT チーム	
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	休み
定休日	なし	
外部相談窓口	全国有料老人ホーム協会 TEL:03-3548-1077 午前10時~午後5時 月・水・金曜日(年末年始・祝祭日を除く)	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり(提携ホーム名:有料老人ホーム「愛さんさんビレッジ」) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	・廊下の幅が基準以下である為、要望があった場合は付き添う。 ・居室の広さが基準以下である為、家賃相当額を割引している。	
「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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
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)

※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) _____