

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	幕井 信
所属・職名	施設長

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな)かぶしきかいしゃ しきのさと 株式会社 四季の里	
主たる事務所の所在地	〒980-0504 宮城県東松島市小松字稔田60-1	
連絡先	電話番号	0225-84-1966
	FAX番号	0225-84-2002
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	岩田 祐和
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 16年 4月 1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 しきのさと 有料老人ホーム 四季の里	
所在地	〒981-0504 宮城県東松島市小松字稔田60-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR仙石線 東矢本駅
	交通手段と所要時間	JR仙石線 東矢本駅より約 1.1km 徒歩で約12分

連絡先	電話番号	0225-84-1977
	FAX 番号	0225-84-2002
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	岩田 祐和
	職名	施設長
建物の竣工日		平成19年6月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成19年10月15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	平成 年 月 日
	指定の更新日(直近)	平成 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	2,162.39 m <sup>2</sup>	
	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	1 あり (年 月 日～年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	契約の自動更新		
建物	延床面積	全体	681.11 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	399.97 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他( )	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	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 (2019年9月30日～年 月 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		有/無	有/無	5.29～ 10.35 m <sup>2</sup>	14	一般居室個室 (完全個室)		
タイプ2		有/無	有/無	14.49 m <sup>2</sup>	2	一般居室相部屋		
タイプ3		有/無	有/無	3.41～ 4.93 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室 (半個室)		
タイプ4		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ5		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ6		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ7		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ8		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ9		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ10		有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
※ 「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	6 箇所	うち男女別の対応が可能な便房		箇所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6 箇所			
	共用浴室	1 箇所	個室		1 箇所			
			大浴場		箇所			
	共用浴室における介護浴室	箇所	チェアー室		箇所			
			リフト浴		箇所			
			ストレッチャー浴		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	夜間 1 名の職員を配置している。利用者の尊厳を守り、安心・安全の生活が出来るよう努める。		
サービスの提供内容に関する特色	手厚い介護力		
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	中浦内科医院
		住所	宮城県石巻市中浦1丁目2-111
		診療科目	内科
		協力内容	利用者の健康診断他、緊急時入院・通院治療時の支援・協力
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		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	1 あり 2 なし
	要支援の者	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		
契約の解除の内容	<p>①入居者が逝去した場合                  ②入居者が解約した場合(30日間の予告期間必要)                  ③事業主が解約した場合(90日間の予告期間必要)</p> <p>主な解除理由</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居した場合</li> <li>・月払い利用料その他の支払を正当な理由無くしばしば遅延する時</li> <li>・夜間の看護師勤務がないため医療行為である痰の吸引など出来ない場合は退去していただく場合がある</li> <li>・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、又はその危害の切迫した恐れがあり有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止できない時など。</li> <li>・入居者の入院期間が30日間以上となる場合、相談の上解約できる。 (その他は入居契約書参照)</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 27 条
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30 日間	
体験入居の内容	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	22 人(長期入居 18 人 短期入居 4 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	5	3	2	
介護職員	5	3	2	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	6	1	5	
事務員				
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				
※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			
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	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									
		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					3							
前年度1年間の退職者数					3							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満				3							
	1年以上 3年未満			2								
	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	入居契約書第 25 条で規定
	手続き	事前に入居者及び身元引受人に通知する

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 一般居室個室(完全個室)	プラン2 一般居室相部屋	
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護4	
	年齢	93 歳	88 歳	
居室の状況	床面積	10.35 m <sup>2</sup>	14.49 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 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		90,000 円	79,500 円	
家賃		54,000 円	43,500 円	
サービス費用	※1 介護保険※2の費用		円	
	※2 介護保険外	食費	※3 円	※3 円
		管理費	32,500 円	32,500 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,500 円	3,500 円
		その他	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)  
 ※3 食費は別途支払((朝食 350 円 昼食 450 円 夕食 400 円)×食数)



(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当施設の土地・建物の取得費及び借入利子等を勘案し 一人月当たり費用算出
敷金	なし
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	事務部門人件費 日常生活支援サービス提供人件費等
光熱水費	1ヶ月費用を予測し 按分
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	5人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	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	12人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	3人
	要介護3	5人
	要介護4	5人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上 10年未満	2人
	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	89.3歳
入居者数の合計	16人
入居率※(長期入所定員18名で計算)	89%
※ 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	人
	医療機関	人
	死亡者	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 自宅に帰宅するため、医療機関に入院する

		ため、介護老人福祉施設へ入所するため
--	--	--------------------

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		管理者 岩田 祐和
電話番号		0225-84-1977
対応している時間	平日	午前 10 時～午後 4 時
	土曜	午前 10 時～午後 4 時
	日曜・祝日	
定休日		緊急時は随時対応 電話に出られない時は折り返し電話します

(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	(その内容) 三井住友海上賠償責任保険に加入
	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 基本は過失割合に基づき賠償
	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input 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	<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
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 家族様面会時に利用者様の要望や状況を報告し必要に応じて対応。また、体調の変化や利用者様の要望など日常的に家族様へ報告・連絡・相談を実施。
	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	東・西1号室～東・西8号室の個室、相部屋は面積基準が合致せず。ホールを改築した4室は個室基準、面積基準が合致せず。	
「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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別を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。