

重要事項説明書

記入年月日	令和3年11月30日
記入者名	山形 明子
所属・職名	総務事務

※ 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4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4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	医療法人社団福寿会(いりょうほうじんしゃだんふくじゅかい)	
主たる事務所の所在地	〒260-0834千葉市中央区今井2-7-9	
連絡先	電話番号	043-266-2660
	FAX番号	043-262-9930
	ホームページアドレス	http://sumi-carehome.hukujukai.com/
代表者	氏名	鷺見 隆仁
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 21年 10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	すみめでいかるけあほーむ 鷺見メディカルケアホーム	
所在地	〒260-0834 千葉市中央区今井2-7-9	
主な利用交通手段	最寄駅	蘇我駅
	交通手段と所要時間	蘇我駅西口より徒歩3分
連絡先	電話番号	043-266-2660
	FAX番号	043-262-9930
	ホームページアドレス	http://sumi-carehome.hukujukai.com/
管理者	氏名	鷺見 隆仁
	職名	理事長
建物の竣工日	昭和・平成	21年10月1日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	21年10月1日

(類型) 【表示事項】

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		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	1349.99 m ²			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		2 事業者が賃借する土地			
		抵当権の有無	1 あり	2 なし	
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし		
	契約の自動更新	1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	2967.53 m ²		
		うち、老人ホーム部分	2311.64 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 ()			
	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					
抵当権の設定		1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし			
契約の自動更新		1 あり	2 なし		
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	人部屋		
		最大	人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・

					室数	
	タイプ 1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18㎡	50	
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.50㎡	3	
	タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	27.00㎡	12	
	タイプ 4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ 5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ 6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ 7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ 8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ 9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ 10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡		
共用施設	※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。					
	共用便所における便房	0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	0ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	<input checked="" type="checkbox"/> 個浴	6ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	<input checked="" type="checkbox"/> チェアー浴	3ヶ所		
	介護浴槽	0ヶ所	リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
	食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし			
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし			
	エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応） 3 <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない） 4 <input type="checkbox"/> なし				
消防用設備	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし			
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし			
	火災通報装置	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし			
	スプリンクラー	1 <input type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし			
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> 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	高齢者の居住の安定確保に関する基本方針に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅を経営しております。		
サービスの提供内容に関する特色	有資格者を24時間配備し、入居者様のご相談に24時間対応できる体制をとっています。		
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体制の有無	入居継続支援加算		1	あり	2	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	2	なし
	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
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	2	なし
	医療機関連携加算		1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		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 ※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	医療法人社団福寿会鷺見医院
		住所	千葉市中央区今井2-7-9
		診療科目	内科
		協力内容	入居者体調不良時受け入れ

	2	名 称	
		住 所	
		診 療 科 目	
		協 力 内 容	
協 力 歯 科 医 療 機 関		名 称	医療法人社団福寿会鷺見医院歯科
		住 所	千葉市中央区今井2-7-9
		協 力 内 容	入居者歯痛時の受け入れ

（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 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）
判 断 基 準 の 内 容		
手 続 きの 内 容		
追 加 的 費 用 の 有 無		1 あり 2 なし
居 室 利 用 権 の 取 り 扱 い		
前 払 い 金 償 却 の 調 整 の 有 無		1 あり 2 なし
従 前 の 居 室 と の 仕 様 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	1 あり 2 なし
留 意 事 項	60歳以上	
契 約 の 解 除 の 内 容		
事 業 主 体 か ら 解 約 を 求 め る 場 合	解約条項	18条
	解約予告期間	1ヶ月
入 居 者 か ら の 解 約 予 告 期 間	1ヶ月	
体 験 入 居 の 内 容	1 あり (内容： ご相談ください)	
	2 なし	
入 居 定 員	65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				
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				
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
看護師または准看護師			
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)

夜勤帯の設定時間 (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		他の職務との兼務				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											
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	
	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	
	手続き	

(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	3		1	
	年齢	79歳		97歳	
居室の状況	床面積	18.00㎡		27.00㎡	
	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	150000円		276000円	
月額費用の合計		194560円		172267円	
サービス費用	家賃		50000円	92000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	食費	55410円	0円	
		管理費	0円	0円	
		介護費用	15565円	3017円	
		光熱水費	28500円	38000円	
		その他	45085円	39250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	周辺地価を参考にし算定
敷金	家賃の 3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。
管理費	0
食費	朝食526円、昼食619円、夕食702円
光熱水費	水道光熱費を平均して設定
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添 2
その他のサービス利用料	生活相談料

（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（上乗せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払い金の受領）※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	
前払い金の保全先	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	

	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) 家族の近くの施設に移動

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		苦情処理担当窓口
電話番号		043-266-2660
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
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) 介護保険社会福祉事業総合保険
	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) 家族、ケアマネ、保険会社への報告
	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 type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 <input type="checkbox"/> なし	
	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) 2 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし 3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
合致しない事項がある 場合		
「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」 への適合性	1 <input type="checkbox"/> 適合している (代替措置) 2 <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画) 3 <input type="checkbox"/> 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)

※ _____様

説明年月日 平成 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。