

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
記入者	田中祐馬
所属・職名	こはな 管理者

1. 設置者概要

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)	(メディカルケア・サポート株式会社) メディカルケア・サポート株式会社
主たる事務所の所在地	〒999-6403 山形県最上郡戸沢村大字角川 1436	
連絡先	電話番号	0233-32-0142
	FAX番号	0233-73-2504
	ホームページアドレス	http://hp.kaipoke.biz/Ord/
代表者	氏名	田中祐馬
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 22 年 3 月 16 日	
主な実施事業	※別添 1 (別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) (こはな) こはな	
所在地	〒999-6403 山形県最上郡戸沢村大字角川 1 4 3 6 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	古口駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 JR 古口駅より村営バス乗車 20 分、沢内公民館前停留所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 JR 古口駅より 15 分
連絡先	電話番号	0233-32-0142
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://hp.kaipoke.biz/Ord/
管理者	氏名	田中祐馬
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 24 年 5 月 10 日	

有料老人ホーム事業の開始日	平成 24 年 11 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)		
<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	661 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和 5 年 5 月 1 日～令和 6 年 4 月 30 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	235 m ²
		うち、老人ホーム部分	72 m ²
	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		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和 5 年 5 月 1 日～令和 6 年 4 月 30 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	4 人部屋	

		最大		4人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	有/無	有/無	13.69 m ²	2室	一般居室相部屋	
タイプ2	有/無	有/無	6.29 m ²	1室	一般居室個室	
タイプ3	有/無	有/無	7.92 m ²	1室	一般居室個室	
タイプ4	有/無	有/無	7.45 m ²	1室	一般居室個室	
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	1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	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
			その他 ()	0ヶ所		
	食堂	1	あり	2	なし	
	入居者や家族が利用できる調理施設	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						

場合	解約予告期間	3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 :) 2 なし	
入居定員	11 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の必要はありません)。

(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	1	1	0	1.0
生活相談員	0	0	0	0.0
直接処遇職員	10	6	4	7.3
介護職員	9	6	3	7.3
看護職員	1	0	1	0.1
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	0	0	0	0.0
栄養士	0	0	0	0.0
調理員	0	0	0	0.0
事務員	0	0	0	0.0
その他職員	0	0	0	0.0
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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	1	1	0
介護福祉士	1	1	0
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員	1	1	0

(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	1	0	1
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)

夜勤帯の設定時間 (16時 ~ 10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

(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		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	1	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	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	1年以上	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
	3年未満										
	3年以上	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
	5年未満										
	5年以上	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	10年未満										
10年以上	0	0	3	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<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）の取扱い	1 減額あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	要介護度による金額設定なし	要介護度による金額設定なし	
	年齢	年齢による金額設定なし	年齢による金額設定なし	
居室の状況	床面積	7.92 m ²	13.69 m ²	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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		51,150 円	38,750 円	
家賃		24,800 円	12,400 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	24,800 円	24,800 円
		管理費	0 円	0 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	1,550 円	1,550 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）
- ※ プラン2は、夫婦2人で同室に入居された場合、2人目の入居者にのみ適用する。

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	プラン1：800円×31日、プラン2：400円×31日
敷金	なし
介護費用	なし
管理費	
食費	朝食200円、昼食250円、夕食300円、おやつ50円
光熱水費	1日50円×31日
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	

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	0人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	0人
	85歳以上	10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	3人
	要介護3	3人
	要介護4	4人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	6人
	5年以上10年未満	3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	92 歳
入居者数の合計	11人
入居率※	100%
※ 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	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	2人
	死亡者	1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) 医療機関に長期入院のため
	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	こはな	
電話番号	0233-32-0142	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
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
管理規定	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 2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	1. 相部屋あり 2. 床面積規準に満たない一般居室あり
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input checked="" type="checkbox"/> 3 適合してない
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 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。

別添 1 事業主体が山形県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
地域密着型通所介護	あり	なし	こはな	最上郡戸沢村大字角川 1436 番地
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		

介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/> なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		なし	あり
サービス	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス	
		包含※2	都度※2 料金※3
介護サービス			
食事介助	なし あり	なし あり	○
排泄介助・おむつ交換	なし あり	なし あり	○
おむつ代	/	なし あり	○
入浴（一般浴）介助・清拭	なし あり	なし あり	○
特浴介助	なし あり	なし あり	○
身辺介助（移動・着替え等）	なし あり	なし あり	○
機能訓練	なし あり	なし あり	○
通院介助	なし あり	なし あり	○
生活サービス			※最上郡内、新庄市内
居室清掃	なし あり	なし あり	○
リネン交換	なし あり	なし あり	○
日常の洗濯	なし あり	なし あり	○
居室配膳・下膳	なし あり	なし あり	○
入居者の嗜好に応じた特別な食事	/	なし あり	○
おやつ	/	なし あり	○
理美容師による理美容サービス	/	なし あり	○
買い物代行	なし あり	なし あり	○
役所手続き代行	なし あり	なし あり	○
			※日用の軽微な品について

