

常盤の杜  
老人ホーム重要事項説明書

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

常盤の杜 老人ホーム

〒990-1101 山形県西村山郡大江町左沢 526

(有限会社 古川ケアマネジメント)

〒990-1101 山形県西村山郡大江町左沢 916-8

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 6年 7月 5日
記入者	古川 卓
所属・職名	代表取締役

※ サービス付き高齢者住宅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、「登録者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・国土交通省在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、欄自体を削除しても差し支えありません。

### 1.設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	ゆうげんかいしゃふるかわけあまねーじめんと 有限会社 古川ケアマネジメント	
主たる事務所の所在地	〒990-1101 山形県西村山郡大江町左沢 916 番地-8	
連絡先	電話番号	0237-62-4737(本社) 0237-85-1752(支社)
	FAX 番号	0237-62-4737(本社) 0237-85-1754(支社)
	ホームページアドレス	Furukawa-care.jp
代表者	氏名	古川 卓
	職名	代表取締役
設立年月日	2002 年 9 月 2 日	
主な実施事業	※地域密着型通所介護事業所・福祉用具貸与事業	

### 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 ときわのもり 有料老人ホーム 常盤の杜	
所在地	〒990-1101 山形県西村山郡大江町左沢 526 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 左沢駅 山形交通・左沢駅前
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合(JR) ・左沢駅で下車、徒歩 5 分 ② バス利用の場合(山形交通) ・左沢駅前から乗車 5 分
連絡先	電話番号	0237-85-1752
	FAX 番号	0237-85-1754
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	古川 康之

	職名	管理者
建物の竣工日	令和元年 11月 20日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和元年 12月 1日	

(類型)【表示事項】

1 介護付 (一般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	413.10 m <sup>2</sup>	
	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 なし
	契約期間	① あり (令和元年11月30日～令和21年11月) 2 なし	
	契約の自動更新	① あり 2 なし	

建物	延床面積	全体	117.75 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	117.75 m <sup>2</sup>
	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 (27年 3月 1日～ 44年 12月 20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 個室(2部屋)					
		② 相部屋あり(4部屋)					
			最小	2人部屋			
			最大 1	3人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
	タイプ1	有/ 無	有/無	8.8~13.69 m <sup>2</sup>	6室	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	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	2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	3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	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	1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	② あり	2 なし	
消 防 用 設備など	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり	② なし	
	火災報知設備	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	事業者は、利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを目指す
----------	-------------------------------------

サービスの提供内容に関する特色	通院や外出の支援、昼夜間の安否確認、医療機関との連携により、本人、ご家族が安心できるサービス提供
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施      2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
安否確認または状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	救急車の手配 入退院の付き添い(実費) 通院介助(実費) その他( )		
協力医療機関	1	名称	白田医院 白田 一誠 医師・ 白田 裕 医師
		住所	山形県西村山郡大江町左沢 1187
		診療科目	内科 外科
		協力内容	診療一般(入院及び紹介)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	公平歯科医院	
	住所	山形県西村山郡大江町左沢 548-2	
	協力内容	歯科治療・緊急対応・歯科に関する健康管理	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (要相談)
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
留意事項	要介護度 1~3 までが対象 (要介護 4・5 要相談)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	1ヶ月前
入居者からの解約予告期間		

体験入居の内容	① あり (内容:1泊 3.500円 ~ 4.000円) 2 なし
入居定員	9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1	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	8	1	3	
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、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2 時間

※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授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、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に加算した人数をいう。

※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			
基礎研修の修了者	3		2
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2
社会福祉主事	2		
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	2		2
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)

夜勤隊の設定時間( 20時～ 7時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
			資格等の名称	柔道整復師、社会福祉主事任用資格 鍼灸師、						
			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										
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満			1						
	1年以上 3年未満			1						
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満		1							
	10年以上							1		
従業者の健康診断の実施状況					<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					

## 6.利用料金

(利用料金の支払方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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法 【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 ※該当する方式をすべて選択	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
入院等における不在時における利用料金(月払い)の取り扱い	1 減額あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 3 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	経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合
	手続き	事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間(30日)をもって当該サービス利用料金を変更する

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1(一般個室)	プラン2(2人部屋・3人部屋)	
入居者の状況	要介護度	要介護1～3	要支援1～2 要介護1～3	
	年齢	不問(要介護認定を受けた方に限る)		
居室の状況	床面積			
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払い金			
	敷金			
月額費用の合計				
家賃		30,000円		
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			
	介護保険外※2	食費	45,000円	45,000円
		管理費	25,000円	30,000円
		介護費用		
		光熱水費	5,000円	5,000円
		その他		

※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係る介護費用は、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)

(利用料金に算定根拠)

費用	算定根拠																														
家賃	居室の使用権、事務手続き等にかかる費用																														
介護費用	なし																														
管理費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設共用部分の維持管理費用</li> <li>・洗濯(月2回)・廃棄物処理に係る費用</li> <li>・生活サービス費 介護度1</li> <li style="padding-left: 20px;">介護度2</li> <li style="padding-left: 20px;">介護度3</li> <li style="padding-left: 20px;">介護度4</li> <li style="padding-left: 20px;">介護度5</li> </ul> 居室維持管理、安否確認等の健康管理、日常生活の身辺のお世話等 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。																														
食費	食材、調理、おやつに係る費用(1日あたり内訳:朝食 650円、昼食 650円、夕食 650円、)																														
光熱水費	10月～3月の暖房等のため電機、燃料代としてかかる費用																														
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	○通院介助費用 通院介助(薬のみの代行も含む)にかかる費用 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>所要時間</th> <th>通院介助費用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30分未満</td> <td>1.000 円</td> </tr> <tr> <td>30分以上1時間未満</td> <td>1.500 円</td> </tr> <tr> <td>1時間以上1時間30分未満</td> <td>2.000 円</td> </tr> <tr> <td>1時間30分以上2時間未満</td> <td>2.500 円</td> </tr> <tr> <td>2時間以上2時間30分未満</td> <td>3.000 円</td> </tr> <tr> <td>2時間30分以上3時間未満</td> <td>3.500 円</td> </tr> <tr> <td>3時間以上3時間30分未満</td> <td>4.000 円</td> </tr> <tr> <td>3時間30分以上</td> <td>5.000 円</td> </tr> </tbody> </table> ○福祉用具貸与・クリーニング費用 福祉用具の貸与を受ける場合にかかる費用 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>福祉用具種別</th> <th>利用料金(月額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>電動ベッド(マットレス・サイドレール付き)</td> <td>1.500 円</td> </tr> <tr> <td>車いす(介護型標準タイプ)</td> <td>1.000 円</td> </tr> <tr> <td>エアマット</td> <td>(実費)円</td> </tr> <tr> <td>歩行器</td> <td>(実費)円</td> </tr> <tr> <td>リクライニング車いす</td> <td>(実費)円</td> </tr> </tbody> </table>	所要時間	通院介助費用	30分未満	1.000 円	30分以上1時間未満	1.500 円	1時間以上1時間30分未満	2.000 円	1時間30分以上2時間未満	2.500 円	2時間以上2時間30分未満	3.000 円	2時間30分以上3時間未満	3.500 円	3時間以上3時間30分未満	4.000 円	3時間30分以上	5.000 円	福祉用具種別	利用料金(月額)	電動ベッド(マットレス・サイドレール付き)	1.500 円	車いす(介護型標準タイプ)	1.000 円	エアマット	(実費)円	歩行器	(実費)円	リクライニング車いす	(実費)円
所要時間	通院介助費用																														
30分未満	1.000 円																														
30分以上1時間未満	1.500 円																														
1時間以上1時間30分未満	2.000 円																														
1時間30分以上2時間未満	2.500 円																														
2時間以上2時間30分未満	3.000 円																														
2時間30分以上3時間未満	3.500 円																														
3時間以上3時間30分未満	4.000 円																														
3時間30分以上	5.000 円																														
福祉用具種別	利用料金(月額)																														
電動ベッド(マットレス・サイドレール付き)	1.500 円																														
車いす(介護型標準タイプ)	1.000 円																														
エアマット	(実費)円																														
歩行器	(実費)円																														
リクライニング車いす	(実費)円																														

福祉用具の貸与終了後にかかるクリーニング費用	
福祉用具種別	クリーニング料金
電動ベッド(マットレス付き)	10.000 円
車いす(介護型標準タイプ)	5.000 円
エアマット	10.000 円
歩行器	(実費)円
リクライニング車いす	(実費)円
○その他の費用	
個別的に利用した場合、必要性が生じた場合の費用	
種別	費用(1回あたり)
季節行事費	300円～500円
オムツ代	実費
その他のサービス利用料	

※介護保険適用時は、クリーニング費用は発生致しません。

#### 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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月未満以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%

※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	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	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	(有限会社古川ケアマネジメント) 本社	
電話番号	0237-62-4737	
対応している時間	平日	AM9時 ~ PM5時
	土曜	AM9時 ~ PM5時
	祝日	AM9時 ~ PM5時
定休日		

窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 東京海上日動火災保険	(その内容) 介護サービス事業
	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時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービス提供上で、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に故意又は重大な過失及び自己の責めに帰することが認められる場合には、その賠償額を減ずることが出来ますし、また賠償責任を負わないことがあります。
	2 なし	
事故対応及びそのための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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など)

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り組みの状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
事業休止計画書	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10.その他

運営推進会議(懇談)会	1 あり	(開催頻度) 年 2回
	② なし	
	1 代替え措置あり	(内容)
	② 代替え措置なし	
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、届け出が不要
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「5.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		
「6.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		

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、説明を受けたものの署名を  
求める。