

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

記入年月日	2023	年	7	月	13	日
記入者名	坂本謙一					
所属・職名	施設長					
取込種別	2 修正					
被災確認事業所番号						

1 事業主体概要

種類	2 法人					
	※法人の場合、その種類			9 その他法人		
名称	(ふりがな) こうえきざいだんほうじんみやぎこうせいきょうかい 公益財団法人 宮城厚生協会					
法人番号	法人番号有無			1 有		
	法人番号			9370605000630		
主たる事務所の所在地	〒 985 - 0835					
	宮城県多賀城市下馬2-13-7 坂総合クリニック1号館3階					
連絡先	電話番号		022	-	361	- 1113
	FAX番号		022	-	361	- 1124
	メールアドレス		@			
	ホームページ有無		1 有			
	ホームページアドレス		http://		www.m-kousei.com	
代表者	氏名		内藤 孝			
	職名		理事長			
設立年月日	1950	年	2	月	21	日
主な実施事業	※別添1（別に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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ はなみずき					
	住宅型有料老人ホームはなみずき					
所在地	〒 982 - 0011					
	仙台市太白区長町三丁目 7 番26号					
所在地 (建物名等)	長町病院北棟					
市区町村コード	都道府県	宮城県	市区町村	041009 仙台市		
主な利用交通手段	最寄駅		J R 長町 駅			
	交通手段と所要時間		地下鉄長町駅より 1 1 0 m 徒歩2分 J R 長町駅から 2 7 8 m 市営バス：地下鉄たいはつくる前 宮城交通バス：長町駅前。各駅より徒歩5分			
連絡先	電話番号		022	-	209	- 5163
	FAX番号		022	-	209	- 5164
	メールアドレス		ksyh @ zmkk. org			
	ホームページ有無		2 無			
	ホームページアドレス					
管理者	氏名		坂本謙一			
	職名		施設長			
建物の竣工日			2014	年	8	月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日			2014	年	12	月 1 日

(類型) 【表示事項】

類型	3 住宅型			
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			
	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	1361.01	㎡			
	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の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間	開始			
			年	月	日	
			終了			
			年	月	日	
	契約の自動更新					
建物	延床面積	全体		㎡		
		うち、老人ホーム部分		㎡		
	耐火構造	1 耐火建築物				
		3 その他の場合				
	構造					
		4 その他の場合				

	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の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間				
				開始		
				年	月	日
				終了		
		年	月	日		
		契約の自動更新				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室含む）				
		2 相部屋ありの場合				
		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	2 無	2 無	13.63 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ2	2 無	2 無	14.41 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ3	2 無	2 無	14.48 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ4	2 無	2 無	14.5 m ²	26	1 一般居室個室
	タイプ5	2 無	2 無	14.59 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ6	2 無	2 無	15.48 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ7	2 無	2 無	15.52 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ8	2 無	2 無	16.99 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ9	2 無	2 無	17.05 m ²	1	1 一般居室個室
タイプ10	2 無	2 無	30.85 m ²	1	1 一般居室個室	

共用施設	共用便所における 便房	24	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	18	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	6	ヶ所	
	共用浴室	2	ヶ所	個室	2	ヶ所	
				大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
				リフト浴		ヶ所	
				ストレッチャー浴	1	ヶ所	
				その他		ヶ所	
	食堂	1	あり				
	入居者や家族が利用 できる調理設備	2	なし				
エレベーター	2	あり（ストレッチャー対応）					
消防用設備 等	消火器	1	あり				
	自動火災報知設備	1	あり				
	火災通報設備	1	あり				
	スプリンクラー	1	あり				
	防火管理者	1	あり				
	防災計画	1	あり				
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり				
	便所	1	全ての便所あり				
	浴室	1	全ての浴室あり				
	その他	食堂・廊下・多目的室など					
その他							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	1) 超高齢化社会が進む中で、医療サービスや介護サービスの提供を受けながら、生活を提供できる住居など、誰もが安心して生活できる多様な住まいが求められています。いのちの平等をめざし、有料老人ホームとしての社会的な使命と役割を果たすことができるように、責任を持って努めます。
サービスの提供内容に関する特色	サービス提供内容は別添の「介護サービス一覧」をご覧ください。本施設は医療機関・訪問看護・訪問介護・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・通所介護・メディカルフィットネスなどの施設が併設されており、住み慣れた地域・空間で、できるだけその人らしい生活を継続でき
入浴、排せつ又は食事の介護	3 なし
食事の提供	2 委託
洗濯・掃除等の家事の供与	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(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の体制の有無	入居継続支援加算	
	生活機能向上連携加算	
	個別機能訓練加算	
	夜間看護体制加算	
	若年性認知症入居者受入加算	
	医療機関連携加算	
	口腔衛生管理体制加算	
	栄養スクリーニング加算	
	退院・退所時連携加算	
	看取り介護加算	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ
		(Ⅰ)ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)

	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
		(Ⅳ)	
		(Ⅴ)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無			
		1 ありの場合	
		(介護・看護職員の配置率)	: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="radio"/>	救急車の手配	
		<input type="radio"/>	入退院の付き添い	
		<input type="radio"/>	通院介助	
			その他	
	1	名称	公益財団法人宮城厚生協会長町病院	
		住所	仙台市太白区長町三丁目7番26号	
		診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病代謝科、リハビリテーション科、小児科	
		協力科目		
		協力内容	往診・訪問診療・外来診察・予防・健康相談指導などの必要な医療サービス提供。医療機関に入院を要する場合の受入および紹介など	

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	公益財団法人宮城厚生協会長町病院附属歯科クリニック
		住所	仙台市太白区長町 1－6－9
		協力内容	外来診療・訪問診療・口腔ケア等の健康相談・指導など必要な医療サービスの提供。
	2	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		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
	○	その他	入居者の状態変化、何らかのトラブルで施設側が居室住替えが必要と判断した場合。入居者・家族に同意を得た上で実施。
判断基準の内容		医療依存度・介護度が上がり居室住替えが必要になる場合 その他、何らかのトラブルで居室住替えが必要になる場合	
手続きの内容		現居室を解約、新居室を契約。現居室の原状回復後、敷金残額を返還。新居室の敷金請求。	
追加的費用の有無		1 あり	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		2 なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	2 なし	
	便所の変更	2 なし	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	2 なし	
	台所の変更	2 なし	
	その他の変更		
		1 ありの場合	
	(変更内容)		

(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
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	<p>・他の入居者の迷惑となる行為、反社会的行為を行う方は入居お断りします。他の入居者と協調して生活できることが要件の1つとなります。</p> <p>・利用者が、利用料その他自己の支払うべき費用を滞納したときは、滞りなく支払うべき費用を滞りなく支払うことが必要となります。</p>		
契約解除の内容	<p>1. 入居者が虚偽の契約内容により契約を締結した場合。</p> <p>2. 入居者が非違行為や共同生活秩序を乱す行為を行った場合</p> <p>3. 契約に係る支払手続きをしばしば履行しない場合</p> <p>4. 入居者又は他の入居者・職員が危険な状態や健康でない状態に陥る、又はその状態になる恐れがある場合</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条	
	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		
	1 ありの場合		
	(内容)	<p>空き室があり、入居受入が可能な場合に限る。</p> <p>体験費用：1人 1泊2食付 5,000円</p>	
入居定員	50		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	1		1	0.3
生活相談員	1		1	0.3
直接処遇職員				
介護職員	15		15	10.7
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	1		1	0.3
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				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	16		16
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			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間	（ 17 時 0 分 ～ 9 時 30 分 ）			
	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	2	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】	
	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					
		業務に係る 資格等		1 あり							
				1 ありの場合							
				資格等の名称				介護福祉士			
		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											
に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数	1 年未満										
	1 年以上 3 年未満										
	3 年以上 5 年未満				3						
	5 年以上 10 年未満				13						
	10 年以上										
従業者の健康診断の実施状況		1 あり									

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
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択
		<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
		<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
		<input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定		2 なし
要介護状態に応じた金額設定		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 減額なし
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合
		<input type="text"/> 不在期間が <input type="text"/> 日以上
利用料金の改定	条件	消費税増税、生活保護費改定等
	手続き	運営懇談会又は文書・面談などでお知らせ

(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1		要介護 2	
	年齢		76	歳	71	歳
居室の状況	床面積		14. 5	m ²	30. 85	m ²
	便所		2 無		2 無	
	浴室		2 無		2 無	
	台所		2 無		2 無	
入居時点で必要な費用	前払金			円		円
	敷金		74, 000	円	90, 000	円
月額費用の合計			109, 000	円	117, 000	円
家賃			37, 000	円	45, 000	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			円		円
	介護保険外※2	食費	45, 000	円	45, 000	円
		管理費	16, 500	円	16, 500	円
		介護費用		円		円
		光熱水費	10, 000	円	10, 000	円
		その他	1, 500	円	1, 500	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	生活保護住宅扶助基準額、有料老人ホームの整備に要した費用、近傍同種の住宅の家賃から算定される額等を基礎として算定。
敷金	家賃の 2 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	事務・管理部門の人件費、日常生活支援サービスに係る人件費、共用施設の備品消耗品購入費
食費	1日あたり1500円（税込み） 朝食400円 昼食500円 夕食600円 *消費税増税などによる変動あり。 軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は上記「朝食・昼食・夕食」に示すもの以外の飲食料品の提供は、軽減税率の
光熱水費	単身世帯の平均金額。共用部分及び居室の基本使用料。
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	※個人に係る費用：医療費・日用品・嗜好品購入費・理美容費・おむつ代は別途必要 ※冷蔵庫・炬燵・電気カーペット・ポットなどの家電製品の持込の場合、1品毎に日額50円別途必要。 ※介護保険給付による自己負担額は別途必要

（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※に対する自己負担額	
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		
前払金の保全先			
	1	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	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	21	人
	女性	25	人
年齢別	65歳未満	5	人
	65歳以上75歳未満	14	人
	75歳以上85歳未満	9	人
	85歳以上	18	人
要介護度別	自立	1	人
	要支援 1	4	人
	要支援 2	2	人
	要介護 1	10	人
	要介護 2	5	人
	要介護 3	6	人
	要介護 4	13	人
	要介護 5	5	人
入居期間別	6ヶ月未満	2	人
	6ヶ月以上1年未満	1	人
	1年以上5年未満	18	人
	5年以上10年未満	25	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	80.6	歳
入居者数の合計	46	人
入居率※	92	%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関	2	人
	死亡	1	人
	その他	1	人
生前解約の状況	施設側の申し出	1	人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	4	人
		(解約事由の例) 医療依存度が高くなり退去希望。 入居者本人からの強い希望で退去。	

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)

窓口1										
窓口の名称		苦情受付担当者：坂本謙一 苦情解決責任者：坂本謙一								
電話番号		022	-	209	-	5163				
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		5月1日、8月16日、12月30日～1月3日								

窓口2										
窓口の名称			第3者委員苦情相談受付窓口（介護ネットみやぎ）							
電話番号			022	-	276	-	5202			
対応している時間	平日	9	時		分	～	17	時		分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										
窓口3										
窓口の名称			仙台市健康福祉局介護事業支援課施設指導係							
電話番号			022	-	214	-	8318			
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時		分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										
窓口4										
窓口の名称										
電話番号				-		-				
対応している時間	平日		時		分	～		時		分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										
窓口5										
窓口の名称										
電話番号				-		-				
対応している時間	平日		時		分	～		時		分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
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ときの対応）

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	三井住友海上火災保険賠償責任保険
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	
	1 ありの場合	
	その内容	施設側の責により損害賠償が生じる場合は速やかに応じます。ただし、入居者の責にある場合は賠償に応じかねる場合もあります。
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

（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	
	1 ありの場合	
	実施日	事務所前に意見箱設置
	結果の開示	2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	3 公開していない
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置あり	1 代替措置ありの場合
	(内容)	感染対策上、集団での対応を避けるため個別に面談又は文書配布。
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
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	
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	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	2 なし	
	1 ありの場合	
	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	
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	
--	-------------------	--

備考

--

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 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。