

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	山口 亨
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/ <del>法人</del>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) か) ぷろすぺりてい・な-しんぐさ-びす 株式会社プロスペリティー・ナーシングサービス	
主たる事務所の所在地	〒020-0133 岩手県盛岡市青山三丁目6-18	
連絡先	電話番号	019-646-1110
	FAX番号	019-646-1110
	メールアドレス	prosperity-ns@pearl.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://www.pn-magokoro.net
代表者	氏名	山口 トキヨ
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <del>平成</del> 23年 2月 7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まごころ 住宅型有料老人ホームまごころ	
所在地	〒020-0011 岩手県盛岡市高松3丁目4-48	
主な利用交通手段	最寄駅	盛岡駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・岩手県交通バス、高松一丁目停留所で下車、徒歩4分 ②自動車利用の場合 ・乗車16分
連絡先	電話番号	019-605-1155
	FAX番号	019-605-1158
	メールアドレス	info@pn-magokoro.net
	ホームページアドレス	http://www.pn-magokoro.net
管理者	氏名	山口 亨
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成27年 7月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成27年 9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	
	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	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 ② なし			
		契約期間	① あり (2015年3月1日～ 2066年2月28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	760.96 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	385.73 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 事業者が賃貸する建物				
		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						
最小			人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		①有/無	有/②無	13.34 m <sup>2</sup>	10	一般居室個室
タイプ2		①有/無	有/②無	13.3 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
タイプ3		①有/無	有/②無	13.27 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
タイプ4		①有/無	有/②無	13.16 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所	
			大浴場		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴		
			その他( )		
食堂	①あり	その他( )			
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		
	自動火災報知機	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	その人らしく、安心して日常生活が送れるよう、住み慣れた自宅に近い環境を整え、お一人おひとりの気持ちに寄り添い、「まごころ」込めてサポートします。		
サービスの提供内容に関する特色	24時間体制で看護スタッフや提携の医療機関が迅速に対応します。		
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	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	もりおか往診ホームケアクリニック
		住所	〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡3丁目20-3
		診療科目	内科, 外科, 消化器内科, 内視鏡内科, 循環器内科, 神経内科
		協力内容	健康診断、健康相談、診療・治療、入院支援等
	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	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	
居室利用権の取扱い		
前払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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 規定の利用料の支払いが可能な方</li> <li>・ 公的な介護保険及び医療保険に加入されている方</li> <li>・ 身元引受人を定められる方</li> <li>・ 当ホームの利用契約書・管理規定等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</li> </ul>	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が死亡したとき</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</li> <li>・ 利用者が、利用料その他の支払いを不当な理由なく、しばしば遅滞するとき</li> <li>・ 利用契約書「禁止または制限される行為」の規定に違反したとき</li> <li>・ 利用者が、重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき</li> <li>・ 利用者、身元引受人または利用者の家族の言動が、利用者自身または他の利用者あるいはプロスペリティ・ナーシングサービスの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</li> <li>・ 利用者が医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき</li> <li>・ 利用者が本施設を不在にする期間が連続して2か月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき</li> <li>・ 天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき</li> <li>・ 利用者・身元引受人またはその家族が、プロスペリティ・ナーシングサービスまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行ったとき</li> </ul>
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入所の内容	① あり (内容：内容：6泊7日 50,000円(税抜き)) 2 なし	
入居定員	16 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	
管理者		1人	0.5
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	(7)人	(6)人	ヘルパーステーション職員兼務
看護職員		1人	
機能訓練指導員			訪問看護ステーション職員兼務
計画作成担当者			
栄養士	外部委託		
調理員	外部委託		
事務員		1人	0.5
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 <sup>※2</sup>			
<p>※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、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p>			

### (資格を有している介護職員の人数)

	合計		非常勤
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	(6)人	(5)人	(1)人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	(1)人	(1)人	
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		非常勤
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1人	1人	
理学療法士	(3)人		(3)人
作業療法士	(1)人		(1)人



言語聴覚士			
柔道整復師			
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～ 9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
前年度1年間の採用者数		(1)			
前年度1年間の退職者数					

応じた業務に従事した職員の経験年数に	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上	1		(5)	(1)				(4)		
	10年未満										
	10年以上			(1)							
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	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	・消費税率が課税および改定になったとき ・消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化があったとき
	手続き	・月額利用料および有料サービスの単価については、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて改定する場合があります。 ・家賃以外は消費税が課税されます。消費税率が課税になった場合は、改定の内容および法令等の定めに従い、利用料も変更になります。

### (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		
	年齢	歳	歳

居室の状況	床面積	13.16~13.34	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	便所	① 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0	円	円	
	敷金	0	円	円	
月額費用の合計		140,000	円	円	
家賃		50,000	円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		円	円	
	2	介護保険外 <sup>※</sup>	食費	45,000	円
		管理費	20,000	円	円
		介護費用	10,000	円	円
		光熱水費	15,000	円	円
	その他		円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>					

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室および共用施設の家賃相当額です。 一定期間の空室発生や一入居者当たりの販売管理費、現状回復費用等を踏まえて、長期にわたって安定的な経営ができるように設定となっております。
敷金	家賃の ヶ月分
介護費用	生活支援サービスの提供および施設内での日常的な健康管理、安全管理に関わる人件費等となっております。 ※定期巡回による安否確認、相談支援、食事の声かけ、緊急時および急変時の対応、郵便物、来客者の対応等 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理費、生活支援サービスの人件費、厨房運営費、栄養管理費、共用施設の維持管理費となっております。
食費	食材費となっております。
光熱水費	水道料金、電気料金、ガス料金となっております。
利用者の個別的な選択によるサービス利用	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 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	2	人
	女性	9	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	4	人
	85歳以上	6	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	0	人
	要介護2	0	人
	要介護3	1	人
	要介護4	3	人
	要介護5	7	人

入居期間別	6ヶ月未満	1	人
	6ヶ月以上1年未満	2	人
	1年以上5年未満	7	人
	5年以上10年未満	1	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	86.9	歳
入居者数の合計	11	人
入居率※	69	%
※ 入居者数の合計を入居定員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	6	人
	社会福祉施設		人
	医療機関	1	人
	死亡者	13	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	住宅型有料老人ホームまごころ 施設長 山口 亨	
電話番号	019-605-1155	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/30~1/3	

(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 あり	(開催頻度) 年 1 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	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「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	なし	
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。