

重要事項説明書

記入年月日	令和6年8月16日
記入者	藤田 ユキ
所属・職名	代表取締役

※ 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、「登録信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. 設置者概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) えるだーぷれいす	エルダー PLACE
主たる事務所の所在地	〒997-0131 山形県鶴岡市羽黒町川代字八森238	
連絡先	電話番号	0235-33-8855
	FAX番号	0235-64-0111
	ホームページアドレス	http://elder-place.com
代表者	氏名	藤田 ユキ
	職名	代表取締役
設立年月日	平成23年12月16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) えるだーぷれいす エルダー PLACE	
所在地	〒997-0131 山形県鶴岡市羽黒町川代字八森238	
主な利用交通手段	最寄駅	鶴岡駅
連絡先	交通手段と 所要時間	自動車利用の場合 山形自動車道 庄内あさひICから30分
	電話番号	0235-33-8855
	FAX番号	0235-64-0111

	ホームページアドレス	http://elder-place.com
管理者	氏名	奥山 学
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年 6月 11日

(類型)【表示事項】

1. 介護付(一般形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. <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型		
4. <input type="checkbox"/> 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	- 3,219.00 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (H24年6月1日～R14年5月31日)		
	2 なし		
建物	延床面積	全体	529.16 m ²
		うち、老人ホーム部分	529.16 m ²
	構造	1. <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		2. <input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		3. 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 事業者が賃借する土地			
抵当権の設定		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		

			(H24年6月1日～R14年5月31日)			
			2 なし			
		契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
居室の 状況	居室区分 【表示事項】	1. 全室個室				
		2. <input checked="" type="checkbox"/> 相部屋あり				
		1人部屋				
		2人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.7 m ²	12	個室
	タイプ2	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.7 m ²	9	相部屋
	タイプ3	有 / 無	有 / 無			
	タイプ4	有 / 無	有 / 無			
	タイプ5	有 / 無	有 / 無			
	タイプ6	有 / 無	有 / 無			
	タイプ7	有 / 無	有 / 無			
タイプ8	有 / 無	有 / 無				
タイプ9	有 / 無	有 / 無				
タイプ10	有 / 無	有 / 無				
※「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	供用便所における 便房		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		個室	一ヶ所
			大浴場	一ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽		チェアー浴	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 なし
	入居者や家族が利用できる調理施設		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	エレベーター		1. <input checked="" type="checkbox"/> あり(車いす対応) 2. <input checked="" type="checkbox"/> あり(ストレッチャー対応) 3. <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	自動火災報知機		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	火災通報設備		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	スプリンクラー		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	防火管理者		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	防災計画		1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	安価で質の高いサービスの提供		
サービスの提供内容に関する特色			
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提供体制の有無	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	
	医療機関連携加算	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. 通院解除 4. その他()		
協力医療機関	1	名称	医療法人 あい友会 あい庄内クリニック
		住所	東田川郡三川町大字青山字外河原234-1
		診療科目	内科
		協力内容	医療指導・往診

	2	名称	いでは診療所
		住所	鶴岡市羽黒町荒川字谷地堰42-4
		診療科目	内科 循環器内科 医療指導
		協力内容	
協力医療機関		名称	谷地歯科
		住所	鶴岡市日吉町11-21
		協力内容	往診 医療指導

(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
	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
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容			
事業主体から解約を求める場 A	解約条項	契約書第 24条	
	解約予告期間	一ヶ月	
入居者からの解約予告期間	一ヶ月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊 5,000円) 2 なし		
入居定員	30人		
その他			

2. 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	非常勤	
管理者	1		1
生活相談員		1	0.5
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		2	1
事務員		1	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			
※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		
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(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 <u>3:1以上</u>
	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)	3:1

※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

外音Bサービスタイプ特定施設である有料老人ホームの介護サード提供体制(外部サービスタイプ特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	3人
	訪問介護事業所の名称	ケアリッツ
	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 <u>あり</u> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 <u>あり</u>							
			資格等の名称							
2 <u>なし</u>										
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		胴⑩ 躰⑪	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	一菱⑪
前年度一年間の採用者数										
前年度一年間の退職者数										

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

3. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居イ主の権利形態 【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)の取才及い	1 減額あり 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	入居契約書第 23 条に基づく
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例D

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護度 2 以上	要支援～要介護1
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	18.7㎡	18.7㎡
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
入居時点で	前払金	円	円

必要な費用	敷金	円	円	
月額費用の合計		91,600円	106,600円	
家賃		30,000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	41,000円	41,000円
		管理費	20,600円	20,600円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	円	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)

費用	算定根拠
家賃	30日で計算 一日1,000円~1,500円
介護費用	家賃の ヶ月分
管理費	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	1食450円 1日3食30日計算 千円未満切り捨て
光熱水費	管理費に含む
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	

(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

費用	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 連帯保証を行う金良ネウ等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保言正イ呆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…)	

4. 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	10人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	3人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	4人
	要介護3	4人
	要介護4	1人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	3人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	73.1 歳
入居者数の合計	16 人
入居率※	54 %

※ 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	2 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
		(角早糸句事由の例)

5. 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		苦情相談窓口
電話番号		0235-33-8855
対応している時間	平日	9:00~17:00
	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ときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
	2 なし	結果の開示	1 あり <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
		2 なし		

6. 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

7. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 一回
	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	1 あり 2 なし	

運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	
合致しない事項がある場合の内容	一部居室に相部屋有り
「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 (別を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>			
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	

		<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		

		し		
介護老人保健施設	あり	な		
		し		
介護療養型医療施設	あり	な		
		し		

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		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
		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）					備考
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	√		鶴岡市、酒田市
生活サービス							
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	√		鶴岡市内
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	√		

金銭・貯金管理			なし	あり	✓		
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※回数(年〇回など)を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり	✓		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	✓		鶴岡市、酒田市
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	✓		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	✓		

※1：利用者の所得等に依りて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

重要事項説明書に関する確認内容

説明年月日 令和 年 日

上記の内容について、説明をうけ、同意内容について確認しました。

入居者名 _____ 印

代理人 _____ 印

上記の内容について、説明を行い、同意内容について確認しました。

事業者名 株式会社エルダーPLACE _____ 印

代表者名 藤田 ユキ _____ 印