

住宅型有料老人ホーム
重要事項説明書 1

利用者名 _____ 様

ケアージュ富田

株式会社 医光ケア

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	工藤 道一
所属・職名	ケアージュ富田 取締役社長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃいこうけあ 株式会社医光ケア	
主たる事務所の所在地	〒982-0816 宮城県仙台市太白区山田本町 8 番 28 号	
連絡先	電話番号	022-797-7703
	FAX番号	022-797-7708
	ホームページアドレス	https://carege.info
代表者	氏名	工藤 道一
	職名	取締役社長
設立年月日	令和 1 年 10 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別の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) とみた ケアージュ富田
所在地	〒982-0033 宮城県仙台市太白区富田字上野東 16-1

主な利用交通手段	最寄駅	地下鉄 八木山動物公園駅 JR 太子堂駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・地下鉄 八木山動物公園駅から車で 15 分 ・太子堂駅から車で 10 分 ② 自動車利用の場合 ・山田 IC から乗車 5 分
連絡先	電話番号	022-797-7245
	FAX番号	022-797-7246
	ホームページアドレス	https://carege.info
管理者	氏名	菅間 豊和
	職名	施設管理者
建物の竣工日		令和 5年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 5年 4月 15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	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2044.34 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 3月 15日～令和 30年 3月 14日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	998.62 m ²

		うち、老人ホーム部分	998.62 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和5年3月15日～令和30年3月14日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	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	有/無	有/無	8.4 m ²	42 室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	11.375 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	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	7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	7ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場（通所介護の時間外利用）	1ヶ所		

	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア浴（通所介護の時間外利用）	ヶ所
			リフト浴	2ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
	防災計画	<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	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、ご本人、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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 芳縁会 芳縁在宅診療所
		住所	宮城県仙台市青葉区八幡 2 丁目 3-6 グラジオアスはちまん 303
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療・往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	鹿野クレメン歯科
		住所	宮城県仙台市太白区鹿野 2 丁目 4-25 ネオハイツ 鹿野 102
		協力内容	歯科訪問診療・歯科往診

(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
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	要介護	
契約の解除の内容	1 利用者が死亡した場合。 2 利用者又は利用者代理人が契約書第 21 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日。 3 事業者が、契約書第 23 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間 (60 日) が満了した日。 4 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。 5 施設の滅失や重大な毀損により、サービス提供が不可能になった場合。	

	<p>6 契約書第 22 条に基づき本契約が解約又は解除された場合。</p> <p>7 利用者が病気の治療とその他のため長期に当事業所を離れる事が決まり、かつその移転先の受け入れが可能になった場合。ただし、利用者が長期に事業所を離れる場合でも、利用者又は利用者代理人と事業者の協議の上、居室確保に合意した場合は本契約を継続することができる。</p> <p>8 利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となった場合。</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 23 条による
	解約予告期間	60 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：1泊2日 5000円税込み）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	44 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しています（同一法人が運営する他の通所介護職員については記載していません。）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）		
	合計	常勤	非常勤
管理者	1 以上	1 以上	0
生活相談員	3 以上	3 以上	0
直接処遇職員	0	0	0
介護職員	8 以上	8 以上	0
看護職員	1 以上	0	1 以上
機能訓練指導員	1 以上	0	1 以上
計画作成担当者	0	0	0
栄養士	0	0	0
調理員	0	0	0
事務員	0	0	0
その他職員	0	0	0

前年度1年間の 退職者数												
応じた 業務に 従事し た職員の 人数 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 10年未満											
	10年以上											
	従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 定期建物賃貸借契約	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし(家賃) 2 日割り計算で減額(管理費、廃棄、雑費、おやつ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	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（60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	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護 1~5		
	年齢	不問	歳	
居室の状況	床面積	8.40~11.375 m ²	m ²	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		123,000 円		
サービス費用	家賃	37,000 円	円	
	介護保険外 ^{※2}	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円
		食費・おやつ (税込み)	45,000 円	円
		管理費	35,000 円	円
		廃棄・雑費	3,000 円	円
		光熱費	3,000 円	円
	その他	都度払いサービス有り	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）
 ※3 1時間未満 2,000 円。2時間未満 3,000 円。3時間未満 4,000 円。4時間未満 5,000 円。
 (4時間以上を要する場合は 5,000 円が上限となります。)
 (緊急搬送時同上した場合には帰所の為の交通費を別途徴収させていただきます。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室の使用権、事務手続き等にかかる費用
管理費	施設共用部分の維持管理費用、洗濯費用、生活サービス費用
食費	食材、調理、おやつにかかる費用（一日あたり内訳：朝食 250 円、昼食 650 円、夕食 500 円、おやつ 200 円）
光熱水費	電気、水道代としてかかる費用
廃棄物処理・雑費	オムツ等の処理費用及び共有使用消耗品代
その他のサービス利用料	人件費

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	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

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) ・リハビリの強化の為、介護老人保健施設へ転居 ・家族の自宅により近い施設へ転居

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事。

窓口の名称		ケアージュ富田
電話番号		022-797-7245
対応している時間	平日	9:00~16:00
	土曜	9:00~16:00
	日曜・祝日	9:00~16:00
定休日		年中無休

窓口の名称		株式会社医光ケア
電話番号		022-797-7703
対応している時間	平日	9:00~16:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝日、会社が定めた定休日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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賠償責任を負わない

		場合があります。
	2	なし
事故対応及びその予防のための指針	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	実施日	
		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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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
管理規程	<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
事業収支計画書	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

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	
	2 代替措置なし	

前記の契約を証するため本書2通を作成し、利用者及び利用者代理人、事業者が記名押印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者

(住 所)

(氏 名) _____ (印)

ケアージュ山田本町重要事項説明書に関する説明を受け、同意し記名押印をします。

身元引受人 (家族代表)

(住 所)

(氏 名) _____ (印) (続柄:)

身元引受人

(住 所)

(氏 名) _____ (印) (続柄:)

代理人 (代理人を選任した場合)

(住 所)

(氏 名) _____ (印) (続柄:)

契約担当者

(職 名)

(氏 名) _____ (印)

事業者

(所在地) 宮城県仙台市太白区富田字上野東 16-1

(事業所) ケアージュ富田

(名称) 株式会社 医光ケア

(代表者名) 取締役社長 工藤 道一 (印)

別添 1

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					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）	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（税込み）			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。施設によるサービスが必要な場合お申し出ください。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				介護が必要な場合お申し出ください。
おむつ代			なし	あり		○	実費	廃棄費用は管理費に含まれる。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。施設によるサービスが必要な場合お申し出ください。
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		○	2,000円～5,000円	1時間未満 2,000円～1時間毎に 1,000円の加算。最大 5,000円まで。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			管理費に含まれる。
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			管理費に含まれる。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			管理費に含まれる。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			管理費に含まれる。
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		○	実費	
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				
金銭・貯金管理			なし	あり				原則行いません。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年1回以上実施。
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	○			管理費に含まれる。
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	○			管理費に含まれる。
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		○	2,000円～	1時間未満 2,000円～1時間毎に 1,000円

							5,000 円	の加算。最大 5,000 円まで。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				

※ 1 : 利用者の所得等に応じ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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。