

## 重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2023 年 1 月 31 日
記入者名	入澤 茜
所属・職名	副支配人
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	5 営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ りぞーとてらす 株式会社 リゾートテラス	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	9080101020910
主たる事務所の所在地	〒 414 - 0006	
	静岡県伊東市松原639-15	
連絡先	電話番号	0557 - 35 - 1155
	FAX番号	0557 - 35 - 1133
	メールアドレス	info @ skyterracer-ito.com
	ホームページ有無	
	ホームページアドレス	https:// www.skyterrace-ito.com
代表者	氏名	代表取締役社長
	職名	大川 晴央
設立年月日	年 月 日	
主な実施事業	※別添1 (別々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	すかいてらすいとう (ふりがな)						
	スカイテラス伊東						
所在地	〒	414	-	0006			
	静岡県伊東市松原639-15						
所在地 (建物名等)							
市区町村コード	都道府県	静岡県	市区町村	222089 伊東市			
主な利用交通手段	最寄駅	伊東				駅	
	交通手段と所要時間	①徒歩 10分 ②自動車利用の場合 乗車3分					
連絡先	電話番号	0557	-	35	-	1155	
	FAX番号	0557	-	35	-	1133	
	メールアドレス	info				@	skyterrace-ito.com
	ホームページ有無	1 有					
	ホームページアドレス	https://	www.skyterrace-ito.com				
管理者	氏名	入澤 茜					
	職名	副支配人					
建物の竣工日		2006	年	9	月	15 日	
有料老人ホーム事業の開始日		2019	年	4	月	1 日	

(類型) 【表示事項】

類型	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）					
1又は2に該当する 場合	介護保険事業者番号	2270401231				
	指定した自治体名	静岡県（伊東市）				
	事業所の指定日	2019	年	4	月	1 日
	指定の更新日（直近）	2019	年	4	月	1 日

3 建物概要

土地	敷地面積	5224.94	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	4687.1 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	4687.1 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		3 その他の場合				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		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	
		契約の自動更新		終了			
年	月			日			
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				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	1 有	21 m <sup>2</sup>	13	1 一般居室個室	
	タイプ2	1 有	1 有	24 m <sup>2</sup>	5	1 一般居室個室	
	タイプ3	1 有	1 有	26 m <sup>2</sup>	3	1 一般居室個室	
	タイプ4	1 有	1 有	37 m <sup>2</sup>	3	1 一般居室個室	
	タイプ5	1 有	1 有	42 m <sup>2</sup>	5	1 一般居室個室	
	タイプ6	1 有	1 有	44 m <sup>2</sup>	2	1 一般居室個室	
タイプ7	1 有	1 有	48 m <sup>2</sup>	1	1 一般居室個室		
タイプ8	1 有	1 有	50 m <sup>2</sup>	1	1 一般居室個室		
タイプ9	1 有	1 有	53 m <sup>2</sup>	3	1 一般居室個室		
タイプ10	1 有	1 有	58 m <sup>2</sup>	1	1 一般居室個室		

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	2	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	ヶ所	
	共用浴室	6	ヶ所	個室	4	ヶ所	
				大浴場	2	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	1	あり				
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						
その他							

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>「明るく活発に食事が美味しい」をホームのテーマとし、ご入居者お一人お一人が元気に楽しくお過ごしいただけるようなサービスを提供いたします。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>温泉大浴場や、プール、パワーリハビリテーション機器等の設備も完備し、ご入居者の方々や地域の高齢者の方々へも広く貢献していきます。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(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（Ⅰ）	2	なし	
	入居継続支援加算（Ⅱ）	2	なし	
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	2	なし	
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2	なし	
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	2	なし	
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	2	なし	
	ADL維持等加算（Ⅰ）	2	なし	
	ADL維持等加算（Ⅱ）	2	なし	
	夜間看護体制加算	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし	
	医療機関連携加算	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	2	なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	2	なし	
	科学的介護推進体制加算	2	なし	
	退院・退所時連携加算	2	なし	
	看取り介護加算（Ⅰ）	2	なし	
	看取り介護加算（Ⅱ）	2	なし	
	認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	2	なし
		（Ⅱ）	2	なし

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2	なし		
	1	ありの場合		
		(介護・看護職員の配置率)	2.5	: 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	伊東市民病院		
	住所	静岡県伊東市岡196-1		
	診療科目	内科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科・泌尿器科 皮膚科・産婦人科・小児科・脳神経外科・ペインクリニック・入院設備有り		
	協力科目	内科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科・泌尿器科 皮膚科・産婦人科・小児科・脳神経外科・ペインクリニック・入院設備有り		
	協力内容	治療の受け入れ 緊急時対応		



協力医療機関	2	名称	なでしこクリニックあたま
		住所	静岡県熱海市昭和町7-15 Fビル3階
		診療科目	内科・老齢内科
		協力科目	内科・老齢内科
		協力内容	治療の受け入れ 訪問診療
	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	アヒルデンタルクリニック
		住所	静岡県伊東市広野1-243 広野メディカルビル2階
		協力内容	治療の受け入れ 訪問歯科診療
	2	名称	石川歯科医院
		住所	静岡県伊東市銀座元町6-1
		協力内容	治療の受け入れ

(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	
	○	夫婦用居室へ移る場合 その他
判断基準の内容	入居時夫婦入居であり、事由により単身入居になった場合	
手続きの内容	ご本人、身元引受人、ホームの話し合いにより変更を行う	
追加的費用の有無	2 なし	
居室利用権の取扱い	居室権利は移動後の居室へ変更	
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	1 あり
	便所の変更	1 あり
	浴室の変更	1 あり
	洗面所の変更	1 あり
	台所の変更	1 あり
	その他の変更	1 あり
	1 ありの場合	収納設備等変更有
	(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として満60歳以上の健康な方から介護を必要とする方まで</li> <li>・健康保険に加入されている方</li> <li>・入居後、当施設における管理費・食費等の諸費用の支払いが可能の方</li> <li>・当施設の運営方針に賛同し、円滑な日常生活が営める方</li> <li>・他の入居者に迷惑をかける恐れのある方などについては、ご入居が出来ない場合、または入居後ご相談のうえ、退去していただく場合があります</li> </ul>		
契約解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご入居者がお亡くなりになったとき</li> <li>・ご入居者又は身元引受人が契約を解除したとき</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当手段により入居したとき</li> <li>・管理費その他の費用の支払いを2か月以上延滞するとき</li> <li>・承認を得ずに規定に違反する行為を行ったとき</li> <li>・建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</li> <li>・行動が他の入居者に生活または健康に重大な影響を及ぼし、団体生活の継続が困難なとき</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
体験入居の内容	1	あり	
	1	ありの場合	
	(内容)	1泊2食付き 8,000円 (税別) 最長6泊7日まで	
入居定員	53		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		0.5
生活相談員	3	3		1
直接処遇職員	20	8	12	12.2
介護職員	14	6	8	9.8
看護職員	3	2	1	2.4
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士	1	1		0.3
調理員	5	2	3	5
事務員	3	2	1	2.6
その他職員	6	2	4	4.3
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40 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	1	1	
介護福祉士	8	4	4
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	16	8	8
介護支援専門員	1	1	

(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	3	2	1
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	1		1
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	( 時 分 ~ 時 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	1.5	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	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	c 2.5 : 1 以上
(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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)	2.5 : 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		2 なし								
	業務に係る資格等	1 あり									
		1 ありの場合		資格等の名称			社会福祉士ヘルパー1級				
		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		1		1	1						
前年度1年間の退職者数			1		1						
就業した業務に従事した経験年数に応じた人数	1年未満			1	2						
	1年以上3年未満	1			4						
	3年以上5年未満			1	2						
	5年以上10年未満				2			1		1	
	10年以上		1	1	3						
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】	4 選択方式
	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	1 あり
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
	不在期間が _____ 日以上
利用料金の改定	条件 消費者物価指数及び人件費を勘案し必要と思われる場合
	手続き 運営懇談会にて意見を傾聴する

(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	要支援 1	要介護 3	
	年齢	85 歳	90 歳	
居室の状況	床面積	21 m <sup>2</sup>	24 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有	1 有	
	浴室	1 有	1 有	
	台所	2 無	2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	7,000,000 円	4,500,000 円	
	敷金	300,000 円	300,000 円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		70,000 円	70,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	5,460 円	20,220 円	
	介護保険外※2	食費	78,840 円	78,840 円
		管理費	52,800 円	52,840 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	固定電話代等 円	固定電話代等 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	専用居室の利用料
敷金	家賃の 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	
食費	
光熱水費	
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	要介護・要支援認定に応じて、介護保険負担割合証に準じて負担割合を徴収する
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	<p>入居一時金は、入居者が居住する専用居室及び利用する共用施設等の費用として終身にわたる家賃相当額の一部前払い金。          土地取得費、建設費、修繕費、施設維持費等を基礎として平均余命を勘案した想定居住期間にかかる家賃相当額として算出。</p>
想定居住期間（償却年月数）	平均余命を勘案して算出 <span style="float: right;">ヶ月</span>
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	$(\text{入居一時金} \times 5\% \div 30) \times \text{既入居日数}$
	入居後 3 月を超えた契約終了	$(\text{入居一時金} \times \text{初期償却率}) \div \text{償却期間} \times (\text{償却期} \\ \text{間} - \text{既入居月数})$
前払金の保 全先	3 信託契約を行う信託会社等	
	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	株式会社 朝日信託

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	16	人
	女性	22	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	0	人
	75歳以上85歳未満	8	人
	85歳以上	30	人
要介護度別	自立	8	人
	要支援1	6	人
	要支援2	3	人
	要介護1	4	人
	要介護2	6	人
	要介護3	3	人
	要介護4	5	人
入居期間別	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	4	人
	1年以上5年未満	13	人
	5年以上10年未満	12	人
	10年以上15年未満	5	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	89	歳
入居者数の合計	38	人
入居率※	72	%

※ 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		人
	死亡	3	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)

窓口1										
窓口の名称		スカイテラス伊東 苦情相談室 担当：大川晴央								
電話番号		0557	-	35	-	1155				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土曜、日曜も当日出勤の管理責任者が窓口として対応します								

窓口2

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3

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	あいおいニッセイ同和損保賠償責任保険
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	当施設において事業者の責任により、入居者の身体に損害を与えたときは速やかにその損害の賠償を行う。ただし、その損害の発生について、入居者に故意、または過失が認められた場合には、事業者の損害賠償額を減額する場合があります。天災、事変その他の不可抗力により入居者が受けた損害、災難に関しては一切の賠償責任を負わ
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	適宜
	結果の開示	1 あり
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	2 入居希望者に交付
財務諸表の要旨	2 入居希望者に交付
財務諸表の原本	2 入居希望者に交付



10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 2 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
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（別の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。