

## 別紙様式

### 重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	狩野 達郎
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	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやらいふけあしすてむ 株式会社ライフケアシステム	
主たる事務所の所在地	〒933-0983	
連絡先	電話番号	0766-75-1155
	FAX番号	0766-28-3581
	ホームページアドレス	無
代表者	氏名	狩野 忠則
	職名	代表取締役
設立年月日	平成23年 1月 12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) しるばーほーむふたがみあいのかぜ シルバーホーム二上あいの風
所在地	〒933-0981 富山県高岡市二上町 1144-2

主な利用交通手段	最寄駅	高岡駅
	交通手段と所要時間	例 : ①バス利用の場合 ・加越能バスで乗車 20 分、二上町停留所 で下車、徒歩 1 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 20 分
連絡先	電話番号	0766-30-2400
	FAX番号	0766-30-2587
	ホームページアドレス	無
管理者	氏名	狩野 達郎
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成23年10月1日

(類型) 【表示事項】

住宅型
-----

3. 建物概要

土地	敷地面積	848.07 m <sup>2</sup>						
	所有関係	事業者が自ら所有する土地						
建物	延床面積	全体	706.46 m <sup>2</sup>					
		うち、老人ホーム部分	706.46 m <sup>2</sup>					
	耐火構造	準耐火建築物						
居室の状況	構造	木造						
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物						
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室						
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数			
	タイプ1	無	無	15.67 m <sup>2</sup>	14 一般居室個室			
	タイプ2	無	無	16.05 m <sup>2</sup>	4 一般居室個室			
	タイプ3	無	無	16.62 m <sup>2</sup>	2 一般居室個室			

※「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	6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	6ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	

		大浴場	ヶ所
食堂	あり		
入居者や家族が利用できる調理設備	あり		
エレベーター	あり (車椅子対応)		
消防用設備等	消火器	あり	
	自動火災報知設備	あり	
	火災通報設備	あり	
	スプリンクラー	あり	
	防火管理者	あり	
	防災計画	あり	
その他			

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	利用者個人の尊厳を尊重し、安心・安全なホーム運営を行う
サービスの提供内容に関する特色	併設される小規模多機能型居宅介護事業所における 24 時間介護サービスの提供
入浴、排せつ又は食事の介護	なし
食事の提供	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	なし
健康管理の供与	なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施
生活相談サービス	自ら実施

##### (医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	救急車の手配			
協力医療機関	1	名称	(独) 高岡ふしき病院	
		住所	富山県高岡市伏木古府元町 8-5	
		診療科目	内科	
		協力内容	往診対応及び医療相談	
協力歯科医療機関		名称	万葉歯科医院	
		住所	富山県高岡市二上 1087	
		協力内容	歯科医療及び相談	

(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	なし
	要支援の者	なし
	要介護の者	あり
留意事項	集合住宅における共同生活に支障のない方	
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	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	あり (内容 : )	
入居定員	20人	
その他		

5. 職員体制

(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	1		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員			4	4
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				
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 <sup>※2</sup>				

(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	4		4
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（19時～7時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						なし			
			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	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										
応じた業務に従事した経験年数に従事した職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			4						
	5年未満									
	5年以上									
従業者の健康診断の実施状況				あり						

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

		月払い方式
年齢に応じた金額設定		なし
要介護状態に応じた金額設定		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		日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定
	手続き	1ヶ月以上前に書面にて通知

### (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 3
	年齢	73 歳	85 歳
居室の状況	床面積	15.67 m <sup>2</sup>	16.05 m <sup>2</sup>
	便所	無	無
	浴室	無	無
	台所	無	無
入居 時点 で 必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	45,000 円	45,000 円
月額費用の合計		158,850 円	158,850 円
家賃		45,000 円	45,000 円
介 護 保 険 外 <sup>※<sub>2</sub></sup>	食費	48,000 円	48,000 円
	管理費	37,400 円	37,400 円
	共益費	7,000 円	7,000 円
	光熱水費	18,150 円	18,150 円
	洗濯費	3,300 円	3,300 円

### (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	月額 45,000 円
敷金	家賃の 1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	月額 37,400 円
食費	1,600 円/日(消費税込)

光熱水費	月額 18,150 円(消費税込)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	健康診断費用、慢性疾患管理費 おむつ代等日用品代 NHK 受信料 リネンサービス代 福祉用具レンタル代 洗濯費
その他のサービス利用料	居室内の電話代、NHK受信料 等 ※個人負担となるものは全て記載

## 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	5 人
	女性	15 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	7 人
	85 歳以上	13 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	1 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	8 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	12 人
	5 年以上 10 年未満	1 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

### (入居者の属性)

平均年齢	87.2 歳
入居者数の合計	20 人
入居率※	100%

### (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	5 人

	死亡者	1人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出  (解約事由の例)	0人
		5人
	入居者側の申し出  (解約事由の例) 特養・医療機関へ移行	

## 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	シルバーホーム二上あいの風	
電話番号	0766-30-2400	
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日	無	

(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) 施設損害賠償保険
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		(その内容)
	なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	あり	実施日	
		結果の開示	あり
第三者による評価の実施状況		実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	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	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に交付
事業収支計画書	入居希望者に公開

財務諸表の要旨	入居希望者に公開
財務諸表の原本	入居希望者に公開

## 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1 回
提携ホームへの移行	あり (提携ホーム名 : ケアホーム二上あいの風)	
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	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	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	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		
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)

説明年月日 : 令和 年 月 日

説明者 狩野 達郎

説明を受けられた方

※ \_\_\_\_\_ 様

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>		
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
特定施設入居者生活介護	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
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>		
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
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし
居宅介護支援	あり	なし
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>		
介護予防訪問介護	あり	なし
介護予防訪問入浴介護	あり	なし
介護予防訪問看護	あり	なし
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし
介護予防通所介護	あり	なし
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし
介護予防短期入所生活介護	あり	なし
介護予防短期入所療養介護	あり	なし
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし
介護予防福祉用具貸与	あり	なし
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>		
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし
介護予防支援	あり	なし
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>		
介護老人福祉施設	あり	なし
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

## 別添2

## 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
	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）			備考	
		包含※2	都度※2	料金※3		
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	※付添いができる範囲を明確化すること	
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	※利用できる範囲を明確化すること	
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	上限 1 万円迄	
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり	※回数（年 1 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	※付添いができる範囲を明確化すること	
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、月額のサービス費用に包含される場合と、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。