

有料老人ホーム情報開示事項一覧

令和7年 6月 30日現在

施設名		シニアメゾン袖 いわせの	
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		あり	なし
施設の類型※1		介護付（一般型・外部サービス利用型）・ 住宅型 ・ 健康型	
居住の権利形態		利用権方式・ 建物賃貸借方式 ・ 終身建物賃貸借方式	
施設所在地		富山県高岡市野村 846-1 (電話番号 0766-54-3666 : FAX番号 0766-54-3667)	
事業主体		アイムケア株式会社	
開設年月日		平成 26年 4月 12日	
定員等	入居者数／入居定員※1	15／20	
	住宅戸数※2	20	
前払金	入居一時金（円）	敷金 105,000円 ~ 132,500円	
	介護費用の一時金（円）		
	返還金の保全措置		
入居者基金への加入		あり	なし
月額利用料（円）		127,910 ~ 138,910 円	
		内訳	家賃相当額：42,000 ~ 53,000 円 食 費： 53,460 円 管 理 費： 22,000 円 介 護 費 用（介護保険分除く）：11,000 円
要介護状態になった場合	介護を行う場所	居宅	
	追加費用の有無※3	あり	なし
体験入居の有無及び費用		あり（ 円 ）	なし
入居時の要件		① 単身高齢者世帯 ② 高齢者+同居者（配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）（「高齢者」とは60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援を受けている60歳未満の者をいう）	

職員の状況 当該有料老人ホームに従事する職員分のみ記入して下さい。訪問介護事業所等介護事業所が併設している場合は、それぞれに従事する時間に按分した上で、有料老人ホームに従事する分のみ記入して下さい。	施設長	0.5 人
	生活相談員	0 人
	介護職員	3 人 (: 1 以上)
	看護職員	0 人
	機能訓練指導員	0 人
	計画作成担当者	0 人
	栄養士	0 人
	調理員	0 人
	事務職員	0 人
	その他の職員	0 人
夜間 (17:30 ~ 8:30) の職員体制	1 人 (職種: 訪問介護職員)	
構造設備の状況	居室の面積	最多 18 m ² (18 m ² ~ 27 m ²)
	居室の設備	水洗便所・収納設備・洗面設備・浴室
	廊下幅	最大幅員 7.9 m 最小幅員 1.5 m
	一時介護室	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	食堂	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	浴室	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	談話室	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	洗濯室	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	健康・生きがい施設	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
情報開示	重要事項説明書の公開	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	契約書の公開	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	管理規程の公開	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	財務諸表の閲覧	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
(公社) 全国有料老人ホーム協会への加入	加入 <input checked="" type="checkbox"/> 非加入 <input type="checkbox"/>	
介護保険	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
最寄(バス停)駅等	野村バス停留所より徒歩 10 分	
備考		

※1 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を除く。

※2 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のみ記入。

※3 介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入。