

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 6 月 30 日
記入者名	平 優子
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人(法人)	
	※法人の場合、その種類	公益財団法人
名称	(ふりがな) こうえきざいだんほうじんしるばーりはびりてーしょんきょうかい 公益財団法人シルバーリハビリテーション協会	
主たる事務所の所在地	〒039-1161 青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10-444	
連絡先	電話番号	0178-51-2000
	FAX 番号	0178-51-2015
	E-mail アドレス	info@silverrehab.jp
	ホームページアドレス	https://www.silverrehab.com
代表者	氏名	田中 由紀子
	職名	理事長
設立年月日	1986 年 3 月 31 日	
主な実施事業	※別添 1（別を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) ゆうりょうろうじん 有 料 老 人 ホ ム ハ ー ト ス マ イ ル は ま い ち か わ	
所在地	〒039-2241 青森県八戸市大字市川町字上大谷地 13 番 2	
主な利用交通手段	最寄駅	陸奥市川駅
	交通手段と所要時間	青い森鉄道 陸奥市川駅から車で 10 分
連絡先	電話番号	0178-32-0031
	FAX 番号	0178-52-5552

	E-mail アドレス	hamaichikawa@sg-hakuju.com
	ホームページアドレス	http://sg-hakuju.com/hamaichikawa/
管理者	氏名	平 優子
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 28 年 5 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 5 年 3 月 1 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）		
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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,819.05 m ²	
	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（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり ② なし
		契約期間	① あり (2023年2月15日～2028年2月14日) 2 なし
契約の自動更新	① あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,424.89 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,424.86 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 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			
③ 木造			
4 その他（ ）			
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（普通賃借・定期賃借）		
	抵当権の設定	1 あり ② なし	

		契約期間	① あり (2023年2月15日~2028年2月14日) 2 なし			
		契約の自動更新	① あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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	12.99 m ²	39室	
	タイプ2	有/無	有/無	12.42 m ²	2室	
	タイプ3	有/無	有/無	13.64 m ²	2室	
	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	5か所	うち男女別の対応が可能な便房		2か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3か所	
	共用浴室	3か所	個室		3か所	
			大浴場		か所	
	共用浴室における介護浴槽	か所	チェアー浴		か所	
			リフト浴		か所	
			ストレッチャー浴		か所	
			その他（ ）		か所	
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	① あり（2階2部屋のみ） 2 なし					
エレベーター	① あり（車椅子対応） 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	① あり 2 なし				
	自動火災報知設備	① あり 2 なし				

	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室 ① あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 あり ② 一部あり 3 なし	浴室 1 あり ② 一部あり 3 なし	その他 () 1 あり 2 一部あり 3 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	ご利用者様の日々の生活場所を、ご家庭と変わらない環境で提供します。
サービスの提供内容に関する特色	ADL 維持向上のためリハビリを生かした生活ができます。
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

(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 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	メディカルコート八戸西病院
		住所	青森県八戸市大字長苗代字中坪77
		診療科目	内科・循環器内科・神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・婦人科・眼科・リハビリテーション科
		協力内容	入居者に医療機関を利用する必要がある場合、主

			治医と連携して診察・治療を受けることができる。
	2	名称	シルバークリニック
		住所	青森県八戸市大字河原木字八太郎山 10-444
		診療科目	内科・リハビリテーション科
		協力内容	入居者に医療機関を利用する必要がある場合、主治医と連携して診察・治療を受けることができる。
協力歯科医療機関		名称	山本歯科医院
		住所	〒039-1167 青森県八戸市沢里ニツ屋 3-1 2
		協力内容	訪問歯科

(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 (居室変更)	
判断基準の内容	本人の ADL の変化により居室変更が妥当と判断された場合	
手続きの内容	本人、家族への口頭による承諾を得る	
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
	浴室の変更	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 (変更内容) 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 ② なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	感染症または自傷他害の恐れがない。	
契約の解除の内容	有料老人ホーム ハートスマイルはまいちかわ契約書第 5 章 22 条の定めるものとする。	
事業主体から解除を求める場合	解約条項	第 23 条
	解約予告期間	90 日
入居者からの解除予告期間	90 日	
体験入居の内容	① あり (内容: お試し宿泊)	

	2 なし
入居定員	43 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）。

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1 名	1 名		1.0
生活相談員				
直接処遇職員	10 名	10 名		5.8
介護職員	10 名	10 名		5.8
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1 名		1 名	0.6
事務員				
その他職員				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉主事			
介護福祉士	9 名		9 名
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（ 16 時 30 分～ 9 時 30 分）		
	平均人数	最小時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						① あり 2 なし				
	業務に係る資格等						① あり				
							資格等の名称		介護福祉士		
						2 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				2名							
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した職員の人数	1年未満			1名							
	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			9名							
従業者の健康診断の実施状況						① あり 2 なし					

(職員の教育訓練、研修等の実施状況)

教育訓練、研修等の内容	実施状況
虐待予防、倫理、感染予防、防災、事故防止	1回/年
	回/年
	回/年
	回/年

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	
利用料金の支払い方法 【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	
利用料金の支払い方法 【表示事項】	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）の取扱い	1 減額なし 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 21 条に基づき、施設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等を勘案。
	手続き	運営懇談会を開催し、利用者及びご家族へ文書にて事前通知、了承を得る。

(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3	要介護2	
	年齢	80歳	70歳	
居室の状況	床面積	13.64 m ²	12.99 m ²	
	便所	①有 2無	①有 2無	
	浴室	1有 ②無	1有 ②無	
	台所	1有 ②無	1有 ②無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		139,810円	136,710円	
家賃		52,700円	49,600円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
	介護保険外※2	食費	49,910円	49,910円
		管理費	24,800円	24,800円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	12,400円	12,400円
	その他	0円	0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	プラン1日額：1,700円 プラン2日額：1,600円
敷金	家賃の 0 か月分
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	日額：800円
食費	日額：1,610円
光熱水費	日額：400円
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	

想定居住期間（償却年月数）	か月
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	

(入居者の属性)

平均年齢	81.6 歳
入居者数の合計	42 人
入居率 ※	97.6%
※ 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	5 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	5 人
	死亡者	0 人
	その他	5 人
生前解約の 状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	15 人
		(解約事由の例) 長期入院や介護施設、自宅環境の改善等

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	有料老人ホーム ハートスマイルはまいちかわ	
電話番号	0178-32-0031	
対応している 時間	平日	8 : 30~17 : 30
	土曜	8 : 30~17 : 30
	日曜・祝日	8 : 30~17 : 30
定休日	なし	

(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) あいおいニッセイ同和損保 (株)
	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) ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡し必要な措置を講じます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	① あり	実施日	令和6年5月28日
		結果の開示	① あり 2 なし
	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		

9. 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
重要事項説明書	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
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

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 1 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	
	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 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 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	① あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	居室の界壁に通気のための空間作り (2 部屋) 床面積 13 ㎡以下 (12.99 ㎡)	
「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 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	賃貸契約書 情報開示について	
不適合事項がある場合の内容	賃貸契約書 (借地の場合) 土地の所有者が有料老人ホーム事業の継続について協力する旨が明記されていない。 建物の登記をするなど法律上の対抗要件を具備していない。 借地契約の期間が 30 年以上となっていない。 無断譲渡、無断転賃の禁止条項が契約に入っていない。 増改築の禁止特約が設けられている。 譲渡等により土地の所有者が変更された場合、新たな所有者に契約が継承される条項が設けられていない。 (借家の場合) 建物の所有者が有料老人ホーム事業の継続について協力する旨が明記されていない。	

	<p>契約期間が20年以上となっていない。 無断譲渡、無断転貸の禁止条項が契約に入っていない。 譲渡等により建物の所有者が変更された場合、新たな所有者に契約が継承される条項が設けられていない。</p> <p>情報開示について 事業収支計画書、財務諸表の要旨、財務諸表の原本について、非公開としている。</p>
--	--

※ _____ 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。

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

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）			サービス提供実績		備考	
				※2 包含	※2 都度	料金 ※3			
介護サービス									
食事介助	なし	あり	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			なし	あり	
おむつ代	-	-	なし	あり	月額	12,400円	なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	1回	入浴 700円 清拭 400円	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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			なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			なし	あり	
通院介助	なし	あり	なし	あり	1時間	1,000円	なし	あり	急変時、家族が遠方在住で対応できないとき
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり			なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	月額	3,100円	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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			なし	あり	
おやつ	-	-	なし	あり			なし	あり	食費込み
理美容師による理美容サービス	-	-	なし	あり			なし	あり	外部訪問理美容あり

買い物同行支援	なし	あり	なし	あり		30分	500円	なし	あり	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		1か所	700円	なし	あり	家族で対応ができないとき
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
金銭・貯金管理	-	-	なし	あり	○			なし	あり	自己管理ができない方 (現金のみ)
健康管理サービス										
定期健康診断	-	-	なし	あり				なし	あり	※回数(年○回など) を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			なし	あり	
服薬支援	なし	あり	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	○			なし	あり	
入退院・入院中のサービス										
外出支援費	なし	あり	なし	あり		片道	10 km 未満 1000円 10 km以上～ 20km 未満 2000円	なし	あり	※20km 以上は要相談
入退院中の同行	なし	あり	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				なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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。