

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
記入者名	橋本 知江美
所属・職名	フィオーレ高知本町 管理者

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
名称	※法人の場合、その種類 株式会社 (ふりがな) かぶしきがいしゅりーべ 株式会社りーべ	
主たる事業所の所在地	〒062-0055 北海道札幌市豊平区月寒東5条15丁目4番17号	
連絡先	電話番号	011-867-9321
	FAX番号	011-867-9354
	ホームページアドレス	http://liebe-fiore.com
代表者	氏名	村山 勇樹
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 18 年 1 月 18 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) ふいおーれこうちほんまち フィオーレ高知本町	
所在地	〒780-0870 高知県高知市本町3丁目3-23	
主な利用交通手段	最寄駅	高知駅
	交通手段と所要時間	とさでん「高知城前駅」から徒歩2分
連絡先	電話番号	088-821-3277
	FAX番号	088-821-2883
	ホームページアドレス	http://liebe-fiore.com
管理者	氏名	橋本 知江美
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和 年 月	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 30 年 4 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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業所番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	
	指定の更新年月日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	218.06 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				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
契約期間		1 あり (平成30年3月15日~40年3月14日)				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
建物	延床面積	全体	1,179.39 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,033.23 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 (鉄骨造 一部鉄筋コンクリート造)				
	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						
抵当権の有無		1 あり 2 なし				
契約期間		1 あり (平成30年3月15日~40年3月14日)				
	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				
		2 相部屋あり				
		最小	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	14.4 m ²	2	一般居室 個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	14.6 m ²	1	一般居室 個室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	14.8 m ²	1	一般居室 個室
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	15.0 m ²	3	一般居室 個室
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	15.2 m ²	9	一般居室 個室
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	15.4 m ²	3	一般居室 個室
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	15.6 m ²	1	一般居室 個室
タイプ8	有 / 無	有 / 無	16.0 m ²	3	一般居室 個室	
	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	7	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0	ヶ所
				うち車いす等の対応が可能な便房	7	ヶ所
	共用浴室	2	ヶ所	個室	2	ヶ所
				大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0	ヶ所	チェアー浴		ヶ所
				リフト浴		ヶ所
		0	ヶ所	ストレッチャー浴		ヶ所
			その他 ()		ヶ所	
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 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			
	火災通報装置	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	便所	浴室	その他 ()		
	1 あり	1 あり	1 あり	1	あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2	一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし	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	入居者が、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、日常生活上の援助を行うことにより、入居者の心身の機能の維持、家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図るよう支援していく。		
サービスの提供内容に関する特色	関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関との緊密な連携により、入居者一人ひとりの身体的及び精神的なレベルを考えた個別ケアを行ない、身体的及び精神的な機能の維持向上を図る。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称 医療法人博愛会 横浜病院 住所 高知県高知市横浜東町10番1号 診療科目 内科・外科・呼吸器科・循環器科・整形外科 リハビリテーション科 協力科目 内科・外科・呼吸器科・循環器科・整形外科 リハビリテーション科 協力内容 医科医療の提供・健康相談・定期健康診断 緊急時における医療相談及び指示	
	2	名称 医療法人新松田会愛宕病院 住所 高知県高知市愛宕町1丁目1番13号 診療科目 内科・整形外科・脳神経外科・眼科・婦人科・耳鼻咽喉科 外科・皮膚科・ER蘇生センター 協力科目 内科・整形外科・脳神経外科・眼科・婦人科・耳鼻咽喉科 外科・皮膚科・ER蘇生センター 協力内容 医科医療の提供・健康相談・定期健康診断 緊急時における医療相談及び指示	
協力歯科医療機関	名称 住所 協力内容		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	・概ね60歳以上の方で健康な方及び日常生活で介護の必要な方 ・概ね要介護2以下の者および障害支援区分3以下の者を対象とする		
契約の解除の内容	(1) 入居者が死亡したとき(入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき) (2) 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき (3) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば遅滞するとき (4) 入居契約書 第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき (5) 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第28条(事業者からの契約解除)	
	解約予告期間	90	日
入居者から解約予告期間	30	日	
体験入居の内容	1	あり(内容:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
入居定員	23	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	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	9	2	7	4.2
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				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	0		
介護福祉士	1		1
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員	0		

(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
看護師及び准看護師	0		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復師	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		
はり師	0		
きゅう師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

	夜勤帯の設定時間 (18 時～ 9 時)	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	1 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	実務者研修					
		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
前年度1年間の採用者数				4				
前年度1年間の退職者数				2				
業務に就いた経年数に 従事した 職員の人数	1年未満		1	3				
	1年以上 3年未満		1	2				
	3年以上 5年未満			2				
	5年以上 10年未満		1					
	10年以上							
従業者の健康診断の実施状況				① あり 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	
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	
	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	1 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	③ 不在期間が 30日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改訂	条件	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	入居者及び身元引受人等に通知

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

入居の状況	要介護度	プラン1		プラン2		
		要支援1		要介護3		
居居の状況	年齢	65	歳	72	歳	
居室の状況	床面積	14.3	m ²	16.0	m ²	
	便所	1 あり	② なし	1 あり	② なし	
	浴室	1 あり	② なし	1 あり	② なし	
	台所	1 あり	② なし	1 あり	② なし	
入居時点で 必要な費用	前払金	該当せず				
	敷金	32,000	円	32,000	円	
	礼金	32,000	円	32,000	円	
	賠償責任付き 火災保険料	15,000	円	15,000	円	
月額費用の合計		97,000	円	97,000	円	
サービス費用 ※2 ※1	家賃	32,000	円	32,000	円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	該当せず				
	介護保険外	食費	38,000	円	38,000	円
		管理費	24,000	円	24,000	円
		介護費用	0	円	0	円
		光熱水費	管理費に含まれる			
	その他	冬季暖房費(10~3月)	3,000	円	3,000	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、本欄には記入しない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	借家賃料、修繕費、設備備品費、管理事務費等
敷金	家賃の 1 ヶ月分
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	人件費、共有施設の維持管理費、事務手続き費、備品・消耗品費 町内会費、入居者の居室光熱水費
食費	食材費、食事に関わる消耗品費
光熱水費	管理費に含まれる
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	冬季暖房費(10月~翌年4月)

7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	8	人
	女性	15	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	4	人
	75歳以上85歳未満	12	人
	85歳以上	7	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	4	人
	要介護2	2	人
	要介護3	8	人
	要介護4	8	人
入居期間別	6ヶ月未満	3	人
	6ヶ月以上1年未満	5	人
	1年以上5年未満	12	人
	5年以上10年未満	3	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	79.6	歳
入居者数の合計	23	人
入居率※	100.00	%
※ 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	3	人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 病状やADL状況も含め施設での生活が困難なため、医療機 や家族、その他関係者等での協議において解約となる。	3 人

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状況)

窓口の名称		フィオーレ高知本町 苦情・事故受付窓口
電話番号		088 - 821 - 3277
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土・日曜日・祝祭日、12月29日 ~ 1月3日
窓口の名称		高知市役所 高齢者支援課
電話番号		088 - 823 - 9441
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土・日曜日・祝祭日、12月29日 ~ 1月3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"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険の「賠償責任保険」に加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日			
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日			
		評価機関名称			
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	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 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 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		<ul style="list-style-type: none"> ・食堂は入居定員に応じた座席数を確保していない ・廊下に手すりを設置していない ・エレベーターはストレッチャーに対応していない
「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	1 あり ② なし	
不適合事項がある場合の内容		

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）

私は本契約締結前に重要事項の説明を受けました。

署名 ※ _____ 印

署名代行者 ※ _____ 印

説明年月日 令和 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。