

## 重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付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	個人(法人)	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃゆーふおりあだぶりゆーあんどでいー 株式会社ユーフォリアW&D	
主たる事務所の所在地	〒 411-0817 静岡県三島市八反畑100番地の34	
連絡先	電話番号	055-983-1181
	FAX番号	055-983-1182
	ホームページアドレス	http://www.euphoria-wd.co.jp
代表者	氏名	山梨茂男
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 29年 4月 4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) ゆーふおりあぬまづはらひがしまち ユーフォリア沼津はら東町	
所在地	〒 410-0312 静岡県沼津市原1413番1ほか	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 東海道線 原駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 富士急シティバス原団地線で乗車9分、 県営原団地停留所で下車、徒歩約2分(163m) ②徒歩の場合 J R 東海道線原駅から徒歩17分(1400m)
連絡先	電話番号	055-957-0705 (ユーフォリア函南大場)
	FAX番号	055-957-0706 (ユーフォリア函南大場)
	ホームページアドレス	http://www.euphoria-wd.co.jp
管理者	氏名	山梨茂男
	職名	代表取締役 兼 施設長
建物の竣工日	昭和・平成	令和 5年 6月 日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	令和 5年 7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	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1493.94 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	
		抵当権の有無	① あり 2 なし
		契約期間	① あり (令和6年7月1日～令和36年6月30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	997.34 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	997.34 m <sup>2</sup>

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					
	抵当権の設定	① あり      2 なし				
	契約期間	1 あり (令和6年7月1日～令和36年6月30日) 2 なし				
居室の状況	居室区分	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
	【表示事項】	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	③ 有/無	有/③ 無	13.1 m <sup>2</sup>	38	一般居室個室	
タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※ 「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	4 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2 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	2 ヶ所	チェアー浴		2 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	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
その他			

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	福祉業者単体の「1本の線」での施設運営ではなく、福祉・医療・地域の社会資源を活用し、「多面体」での施設運営を行います。(地域社会資源と積極的に連携)		
サービスの提供内容に関する特色	医療・介護・法令の根拠に基づいたケアを行います。また、「元気になって帰ってもらう」基底理念を基に、生活リハビリテーションや華道・茶道などのクラブ活動を通じて「生きがい」を創出します。		
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

(介護サービスの内容) ※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

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	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ) イ	1 あり	2 なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり	2 なし
(Ⅱ)		1 あり	2 なし	
(Ⅲ)		1 あり	2 なし	
人員配置が手厚い介護サービス の実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配 ※複数選択可 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他(訪問診療医、服薬管理指導薬剤師の確保、)	
協力医療機関	1	名称	オカニューロケアクリニック
		住所	静岡県三島市一番町13-11
		診療科目	脳神経外科、内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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(他のフロアの居室へ移る場合)	
判断基準の内容	認知症状の発症により専門的ケアを要する場合。医療的ケアが必要になった場合。	
手続きの内容	①施設が指定する医師の意見を聞く ②一定の観察期間を置く 本人又は身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行する	
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	入居者の条件として、概ね満65歳以上であり、感染症・伝染病を有せず、共同生活に適応でき、所定の利用料が負担でき、原則として身元引受人を立てられる方	
契約の解除の内容	利用料の支払いを2カ月以上にわたり怠った場合等。詳細は契約書記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	31条
	解約予告期間	1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 (内容:原則3日以内の体験利用) 2 なし	
入居定員	38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	
生活相談員	1	1	0	
直接処遇職員	18	0	0	
介護職員	15	10	5	
看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員	1	1	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	1	0	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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			
介護福祉士			
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			

(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	1	2
理学療法士			
作業療法士	1	1	
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
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 (17時30分～8時30分)		
	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	2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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	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)	: 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		①あり 2なし							
	業務に係る資格等		①あり							
			資格等の名称	介護職員初任者研修						
	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	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										
応じた職員 の人数	業務に従事した 経験年数	1年未満								
		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										
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	介護保険制度改正、消費税率変更、物価高騰等の事由が生じた場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で行います

(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	1	5	
	年齢	70歳	88歳	
居室の状況	床面積	13.1㎡	13.1㎡	
	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 必要な経費	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		170,000円	円	
家賃		65,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外 ※2	食費	45,000円	円
		管理費	45,000円	円
		看護・生活支援費	12,000円	円
		フロントサービス費	3,000円	円
その他	円	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）  
 ※3 介護サービスが必要な方で、介護保険適用外サービス（施設インフォーマルサービス）を受けるときの料金は「施設管理規定 別表Ⅳ その他サービス一覧表」に記載しております。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	2,090,000円÷38（定員数） ※入居率84%計算
敷金	家賃の0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	①管理人件費 620,000円/月 ②施設維持費 390,000円/月 ③事務用品、消耗品費 200,000円/月 ④その他経費 160,000円/月 ⑤車両管理費 97,000円/月 ⑥リネン費 34,000円/月 ⑦介護ベッドなど備品償却費 100,000円/月
食費	①厨房管理費（人件費、食堂器具等）650,000円/月 ②食材費912,000円/月 ③食事時提供以外の飲料費200,000円/月
看護・生活支援費	施設看護師、機能訓練職員人件費600,000円/月
フロントサービス費	事務員人件費180,000円/月
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	
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		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
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	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他 (名称: )	

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

(入居者の属性)

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		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) ※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		住宅型有料老人ホームユーフォリア沼津はら東町
電話番号		
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		原則無し

(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) 介護サービス事業者賠償責任保険加入
	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) 過失が認められる場合、上記保険に基づき対応
	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	
		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
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) 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		
「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)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日      平成      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。