

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年 3月 1日
記入者名	米子 香苗
所属・職名	シェアホーム管理者

## 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先				
事業主体の名称	法人等の種類	なし	あり	株式会社
	名称	(ふりがな) ぱらてい Para ti		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒799-3113	愛媛県伊予市米湊740-12		
事業主体の連絡先	電話番号	089-982-0767		
	FAX 番号	089-994-8221		
	メールアドレス	parati-hty@rouge.plala.or.jp		
	ホームページ	なし		
	アドレス	あり : http://www.ohuku-care.com		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	米子 大志		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	2013年5月14日			
主な実施事業	シェアホームおふくの家 自費ホームヘルプおふくの手 介護研修			

## 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) しえあほーむ おふくのいえ シェアホーム おふくの家		
所在地	〒799-3113 愛媛県伊予市米湊1640-6		
主な利用交通手段	最寄駅	伊予鉄道 郡中港駅 もしくは JR 伊予市駅	
	交通手段と所要時間	① 自動車(タクシー)利用の場合	

		・駅から乗車3分 ② 徒歩の場合 ・駅から10分
連絡先	電話番号	089-994-8220
	FAX 番号	089-994-8221
	メールアドレス	parati-hty@rouge.plala.or.jp
	ホームページアドレス	http://www.ohuku-care.com
管理者	氏名	米子 香苗
	職名	取締役 (看護師)
建物の竣工日		2007年 8月30日
有料老人ホーム事業の開始日		2021年 5月 14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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	495.00㎡	
	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 契約期間	1 あり 2 なし 1 あり （ 年 月 日～ 年 月 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	221.11㎡
		うち、老人ホーム部分	200.81㎡
	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 ( 年 月 日～ 年 月 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	14.44 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.05 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	21.09 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	13.68 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ5	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	2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	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		1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	便所	浴室	共有スペース（食堂）
	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	日常生活に支援を要する人が、年齢や病名に関係なくお互いさまの気持ちで共に住まう家であり、地域で当たり前に暮らし続けるための居場所づくりを目指す
サービスの提供内容に関する特色	職員が24時間常駐し、日常生活に必要な支援を柔軟に提供する
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（服薬の管理）
協力医療機関	名称	愛媛医療生活協同組合伊予診療所
	住所	伊予市米湊816-1
	診療科目	内科・胃腸科・循環器科・呼吸器科
	協力科目	同上
	協力内容	入居者の健康相談や受診

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	民家を活用した共同生活の場であることを理解していること	
契約解除の内容	入居契約書 第17条に記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第18条に記載
	解約予告期間	30日間
入居者からの解約予告期間	30日間	
体験入居の内容	① あり    内容：見学、昼食（620円）の提供、他の入居者との交流	
	2 なし	
入居定員	4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		
生活相談員	1	1		管理者と兼務
直接処遇職員				
介護職員	2	1	1	
看護職員	1	1		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				※業務委託あり
調理員	2		2	
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 ※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 (旧基礎研修・1 級課程)			1
初任者研修の修了者 (旧 2 級課程)		1	
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			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤または宿直を行う看護・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	人	人
介護職員	人	人

※夜勤帯は、看護職員または介護職員いずれか 1 名以上を配置

## (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		看護師 介護支援専門員												
		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					1											
前年度1年間の退職者数				1												
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	1														
	1年以上 3年未満				1											
	3年以上 5年未満			1												
	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	物価変動、人件費上昇、消費税増税など
	手続き	入居者、家族（身元引受人）に説明し、契約継続の意思確認を行う

（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		要支援 2	要介護 2
	年齢		80歳	90歳
居室の状況	床面積		13.68㎡	18.05㎡
	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		円	円
	入居一時金		100,000円	100,000円
月額費用の合計			179,300円	196,300円
家賃			38,000円	45,000円
介護保険外	食費		52,500円	52,500円
	生活支援費（家事支援）		73,800円	73,800円
	光熱水費		15,000円	15,000円
	自費ホームヘルプ <sup>o</sup> （通院付添等）		0円	10,000円
その他		個人で使用する衛生用品等	実費	実費
	介護保険サービス利用料 ※		0円	5,000円
※通所介護や訪問介護等の介護保険サービスを利用する場合は、個人で外部事業所と契約していただき、契約した事業所に利用料金を直接支払っていただきます。介護度や利用するサービス内容、負担割合等によって料金が異なります。				
※通院付添や夜間の排泄介助等で当社の自費ホームヘルプを利用する場合は、別途、自費ホームヘルプ利用契約書を作成していただきます。				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	8 畳相当 40,000 円
入居一時金	一時預かり金（保証金）として 一律 100,000 円 ※退去時、整備修復等に必要な経費を除き返却



生活支援費	掃除洗濯等の家事支援、生活見守りや健康相談等 一日 2,460 円
食費	まかない費として一日 1,750 円（朝食 430 円 昼食 620 円 夕食 700 円） ※まかない費には、食材費、調理費、人件費、調理場維持費を含む
光熱水費	一日 500 円
自費ホームヘルプ利用費	通院付添、夜間の排泄介助など 2,500 円/1 時間 ※別途 自費ホームヘルプ事業「おふくの手」利用契約あり

## 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	4 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	4 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	2 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	4 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	95 歳
入居者数の合計	4 人
入居率※	100%
※ 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	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	
		(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		苦情対応窓口
電話番号		089-994-8220
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	9時～17時
	日曜・祝日	9時～17時
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	東京海上日動火災保険 超ビジネス保険
	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	東京海上日動火災保険 超ビジネス保険
	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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 家族訪問時等に随時面談を実施
	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	5 規模及び構造設備 (2) 建築基準法に規定する耐火建築物又は準耐火建築物であること (9) 一のロ (建築基準法第 30 条に基づく界壁により区分されたもの) 四 便所は居室に近接して設置し緊急通報装置等を備えること 五 中廊下の幅は 1.8 メートル以上とすること	
「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) ・地域交流スペースおよび廊下の一角に図書コーナーを設置している ・地域交流スペースで、入居者と見学訪問者や地域住民が交流している ・動物好きな入居者が猫と触れ合えるスペースを設けている ・入居者の希望に応じて、職員が廊下の移動を介助している 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	
	9 サービス等 (1) 一のロ 栄養士による献立表を作成すること	
不適合事項がある場合の内容	調理員や看護介護職員が入居者の状態及び嗜好に合わせて献立を立案。業務委託契約を締結した栄養士が定期的に訪問して、検食と指導を行っている。	

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                      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 1 (1) 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類		併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
通所介護	あり	なし	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接	
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接	
介護医療院	あり	なし	併設・隣接	
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	
その他の支援サービス	あり	なし	併設・隣接	

別添 1      事業主体が県内で実施する他の介護サービス

事業の名称	自費ホームヘルプ   おふくの手
所在地	〒799-3113   伊予市米湊 1640-6
事業内容	介護保険で利用できない家事や通院付き添い等の支援を実施

## 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								<input checked="" type="radio"/>	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			
						介護保険サービス以外の時間に必要な場合は自費ホームヘルプにて提供			
					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	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	実費	自費ホームヘルプ事業	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業	
おむつ代			なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業	
特浴介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業	
機能訓練	なし	あり	<input checked="" type="radio"/>	あり					
通院介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業 ※家族に代わって行える範囲	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
リネン交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
日常の洗濯	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			まかない費	
おやつ			なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			まかない費	
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		地域の訪問理美容サービス利用	
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			近隣の店舗における日常の買物	
役所手続き代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業	
金銭・貯金管理			<input checked="" type="radio"/>	あり				生活支援費（日常生活財産管理委託契約）	
健康管理サービス									
定期健康診断			<input checked="" type="radio"/>	あり				かかりつけ医にて実施	
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input checked="" type="radio"/>	あり					
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		自費ホームヘルプ事業	
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		※家族に代わって行える範囲	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			生活支援費	

※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、月額サービスの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



