

重要事項説明書

記入年月日	令和6年8月1日
記入者名	工藤 海查生
所属・職名	リビングサンクス石橋・管理者

※ 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については、「宇都宮市サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の様式第18号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、様式第18号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	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) りびんぐさんくす リビングサンクス	
主たる事務所の所在地	〒321-0132 栃木県宇都宮市雀の宮2丁目8番8号	
連絡先	電話番号	028-688-8414
	FAX 番号	028-688-8415
	ホームページアドレス	http://living-thanks.co.jp/
代表者	氏名	高山絵理子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 28年 7月 15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 リビングサンクス石橋	(ふりがな) りびんぐさんくすいしばし
------------------	------------------------

所在地	〒329-0511 栃木県下野市石橋27番地	
主な利用交通手段	最寄駅	石橋駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 ・JR石橋駅より、徒歩15分 ②自動車利用の場合 ・北関東自動車道壬生インターより15分
連絡先	電話番号	0285-51-0300
	FAX 番号	0285-51-0301
	ホームページアドレス	http://www.living-thanks.co.jp/
管理者	氏名	工藤 海査生
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 24年 1月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 25年 2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 <u>住宅型</u>		
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	999.32㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <u>事業者が賃借する土地</u>	
		抵当権の有無	1 あり 2 <u>なし</u>
		契約期間	1 <u>あり</u> (2014年2月1日～2044年1月31日) 2 なし
建物	延床面積	契約の自動更新	1 <u>あり</u> 2 なし
		全体	1,589.94㎡

		うち、老人ホーム部分	1, 4 4 2. 1 2 m ²			
	耐火構造	1 <u>耐火建築物</u> 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 <u>鉄筋コンクリート造</u> 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 <u>事業者が賃借する建物</u>				
		抵当権の設定	1 あり	2 <u>なし</u>		
		契約期間	1 <u>あり</u> (2014年2月1日～2044年1月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 <u>あり</u>	2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 <u>相部屋あり</u>				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<u>有</u> / 無	有 / <u>無</u>	18.52 m ²	14 戸	一般居室個室
	タイプ2	<u>有</u> / 無	有 / <u>無</u>	18.68 m ²	21 戸	一般居室個室
	タイプ3	<u>有</u> / 無	有 / <u>無</u>	27.52 m ²	2 戸	一般居室個室
	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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	5ヶ所	個室		5ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
共用浴室における	3ヶ所	チェアー浴		2ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	1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	リハビリに特化した住宅で、付属の通所介護事業所でのリハビリの提供により ADL の向上を目指します。		
サービスの提供内容に関する特色	付属の通所介護事業所での機能訓練に加え、住宅内での生活リハビリの提供によって、お客様の在宅復帰を支援します。		
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	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
	医療機関連携加算	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		※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	つばさクリニック		
		住所	下野市大光寺 2-19-7 ユーミーレインボー204		
		診療科目	内科、精神科、皮膚科		
		協力内容	訪問診療		
	2	名称	佐々木記念クリニック		
		住所	栃木県宇都宮市屋板町 5 7 8-3 8		
		診療科目	脳神経外科、神経内科、内科、外科、整形外科		
		協力内容	訪問診療		
	3	名称	どんどんまもろうクリニックしらさぎ		
		住所	栃木県河内郡上三川町しらさぎ 1 丁目 41-17		
		診療科目	内科、循環器科、消化器科		
		協力内容	訪問診療、往診対応		
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	自傷、他害のある方、常時の医療行為の必要な方は受け入れられません。	
契約の解除の内容	契約者様本人の死亡時。 2か月以上の家賃滞納時。 契約上の禁止事項に抵触し、注意後も改善の見られない方。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第15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：1日ごとの体験入居を行い、食事や支援の内容の確認をさせて頂きます。)	
入居定員	39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人	0人	1人
生活相談員		0人	0人	0人
直接処遇職員		3人	7人	2.4人
介護職員		3人	7人	2.4人
看護職員		0人	0人	0人
機能訓練指導員		0人	0人	0人
計画作成担当者		0人	0人	0人
栄養士		0人	0人	0人
調理員		1人	3人	2.2人
事務員		1人	0人	1人
その他職員		0人	0人	0人
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、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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人	0人
介護福祉士		1人	6人
実務者研修の修了者		0人	0人
初任者研修の修了者		2人	1人
介護支援専門員		0人	0人

(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		0人	0人
理学療法士		1人	0人
作業療法士		0人	0人
言語聴覚士		0人	0人
柔道整復士		0人	0人
あん摩マッサージ指圧師		0人	0人

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～ 9時)		
	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	1人	1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)	
※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	理学療法士							
	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	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
前年度1年間の退職者数	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満	0人	0人	0人	5人	0人	0人	0人	0人	0人
	1年以上	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人
	3年未満									
	3年以上	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人
	5年未満									
	5年以上	0人	0人	1人	2人	0人	0人	0人	0人	0人
	10年未満									
	10年以上	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
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 手続き	周辺状況の変化 6 か月前にお客様、ご家族様へと通知

(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5	要介護3
	年齢	77歳	87歳
居室の状況	床面積	18.56㎡	18.56㎡
	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		154,000円	154,000円
家賃		54,000円	54,000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
	2 介護保険外※ ² 食費	36,000円	36,000円
	管理費	0円	0円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	55,000円	55,000円

		その他	9,000円	9,000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、本欄には記入していない）				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	周辺の同様のサービスを行うサービス付き高齢者向け住宅に準拠
敷金	無し
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	無し
食費	朝食300円、昼食450円、夕食450円
光熱水費	近隣のサービス付き高齢者向け住宅に準拠
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	① 状況把握、生活相談サービス：5千円／月。②健康管理、巡視サービス：2千円／月。③緊急時、急な体調不良等、急用時等の対応。往診時の立会い。緊急時、急な体調不良等、急用時等の対応。往診時の立会い。手紙、各種書類、送付状等の受け取り・代筆。宅配物等の居室への配達。薬の管理、金銭・貴重品の管理。緊急時のご家族様への連絡、救急車の手配。各種代理サービス。宅配物等の居室への配達。薬の管理、金銭・貴重品の管理。緊急時のご家族様への連絡、救急車の手配。各種代理サービス：2千円／月。

（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	%

(入居者の属性)

平均年齢	83.2歳
入居者数の合計	29人
入居率※	78.8%
※ 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	8人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	8人
	死亡者	0人
	その他	0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	20人
	入院や他の施設への転居、自宅復帰等	

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	リビングサックス石橋	
電話番号	0285-51-0300	
対応している時間	平日	9時～18時
	土曜	9時～18時
	日曜・祝日	9時～18時
定休日	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	人身傷害、物損、自動車同乗時
	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	原因究明し市に報告、必要に応じて賠償
	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	4 月、10 月	
	2 なし	結果の開示	1 あり	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	1 あり (提携ホーム名 :)		
【表示事項】	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「6. 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	
「7. 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	なし
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 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。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションサックス石嘴
訪問入浴介護	あり	なし	
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居宅療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	ケアサービスサックス石嘴
特定福祉用具販売	あり	なし	
<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	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	
認知症対応型通所介護	あり	なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
地域密着型通所介護	あり	なし	デイサービスサックス石嘴
居宅介護支援	あり	なし	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
介護予防訪問看護	あり	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	ケアサービスサックス石嘴
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	
<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	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
介護予防支援	あり	なし	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	なし	
介護老人保健施設	あり	なし	
介護療養型医療施設	あり	なし	
介護医療院	あり	なし	

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										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					包含※2	都度※2	料金※3	備考	
		(利用者が全額負担)									
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											
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり				都度 10 分毎に別途料金が発生します。	
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	なし	あり				都度 10 分毎に別途料金が発生します。院内も介助いたします。	
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	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											
おやつ											
理美容師による理美容サービス										理美容師に直接お渡しください。	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり				都度 10 分毎に別途料金が発生します。近隣のスーパーに限りです。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり				都度 10 分毎に別途料金が発生します。	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり					
健康管理サービス											
定期健康診断											
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					
入退院時・入院中のサービス											
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり				都度 10 分毎に別途料金が発生します。	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり				都度 10 分毎に別途料金が発生します。送迎のエリアは都度ご相談ください。	
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、月額の利用料に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に比べて、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。