

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人 <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしがいいしゃ あるば 株式会社 アルバ	
主たる事務所の所在地	〒453-0069 愛知県名古屋市中村区本陣通 5 丁目 130 番地	
連絡先	電話番号	052-486-2258
	FAX番号	052-486-7588
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	中村 忠司
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 14年 10月 4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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ さんらいず いずみこうえん 住宅型有料老人ホーム サンライズ 泉公園	
所在地	〒471-0803 愛知県豊田市泉町一丁目 5 - 1	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄三河線 豊田 駅
	交通手段と所要時間	名鉄三河線豊田駅から車で 10 分
連絡先	電話番号	0565-42-8751
	FAX番号	0565-42-8752
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和 <u>平成</u> 27年 12月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 <u>平成</u> 30年 7月 9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	986 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	☒ あり （H30 年 7 月 1 日～H58 年 8 月 31 日） 2 なし
	契約の自動更新	☒ あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	945.34 m ²
		うち、老人ホーム部分	945.34 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（ 軽量鉄骨造 地上 2 階建て ）	
	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		☒ あり 2 なし	
契約期間		☒ あり （H30 年 7 月 1 日～H58 年 8 月 31 日） 2 なし	
契約の自動更新		☒ 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				
		最少		1 人部屋		
	最大		1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有 ☒ 無	有 ☒ 無	13.02 m ²	30	
	タイプ2	有 ☒ 無	有 ☒ 無	13.14 m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
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			
※「個室」「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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		8ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		8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	1ヶ所	チェアー浴		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	1. 利用者に対し、安全で快適。且つ自由な生活環境を維持できるように配慮した運営をおこないます。 2. 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたち、必要とされるサービスの提供に努めます。また、サポートが必要になった場合は、訪問介護サービスを受けられる体制を支援します。
サービスの提供内容に関する特色	
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		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（ ）	
協力医療機関	1	名称	なごみホームメンタルクリニック
		住所	日進市浅田平子3丁目292 平子台マンション1階
		診療科目	内科・精神科
		協力内容	訪問診察・往診等24時間対応
	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	山田歯科 豊田市井上町11-8-17
		名称・住所	鈴木歯科医院 豊田市桜町1-49
		協力内容	訪問診療・口腔ケア指導・必要時の治療

(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 <u>なし</u>
	要支援の者	1 <u>あり</u>	2 なし
	要介護の者	1 <u>あり</u>	2 なし
留意事項	1. 65 歳以上で介護の必要な方 2. 要支援・要介護の認定を受けている方 3. 共同生活を営める方 4. 自傷行為や暴力行為などの著しい精神障害や行動障害のない方・他傷行為のない方 5. 感染・伝染病のない方		
契約の解除の内容	(入居者からの契約解除) 1. 入居者の死亡、転居 2. 入居者は事業者に対して、別途定める解約届けを退去日の 30 日前までに提出することにより本契約を解約できるものとします。 3. 入居者が前項の解約届けを提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、本契約は解約されたものとします (施設からの解除事由) 1. 事業者は入居者が次の各項のいずれかに該当し、且つそのことが本契約をこれ以上将来にわたり維持することが困難と判断した場合に契約を解除することがあります。 一 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 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき、又は 2 ヶ月以上滞納したとき 三 入居契約書第 13 条の禁止または制限される行為の規程に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者、又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 五 正当な理由がなく、身元引受人を定められないとき 六 医療行為が常時必要な場合で、本施設では対応できないとき 七 共同生活の秩序を乱す行為があったとき 2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。 一 契約解除の通告について 30 日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会		

	を設ける 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合は入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。 3. 第1項四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項に加え、次の各号の手続きを行います。 一 医師の意見を聞く 二 一定の観察期間をおく 3. 当事者は、暴力団、過激的政治活動集団・宗教団体等の反社会的勢力との関係ないし関与がないことを確認するものとする。 万一、契約当事者に、当該勢力との関係ないし関与が判明した場合、無条件無催告にて本契約を解除できるものとする。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約第 27 条
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	7 日前	
体験入居の内容	1 <u>あり</u> 内容：1 日 5,400 円。（税込み・3 食おやつ付き） 原則 2 泊 3 日まで 2 なし	
入居定員	30 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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（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		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	20	3	17	3.6
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	8		8	
事務員	1	1		1
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	5		5
実務者研修の修了者	4	2	2
初任者研修の修了者 （ヘルパー2級含）	9	2	5
介護支援専門員	1		1

(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	人	人
介護職員	2 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		居宅介護支援相談員・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											
前年度 1 年間の退職者数					1						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1 年未満				3						
	1 年以上 3 年未満				8						
	3 年以上 5 年未満			1	2						
	5 年以上 10 年未満			2	3						
	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	入居契約書 第 25 条に準ずる
	手続き	運営推進委員会の意見聴取を必要とする

(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			
	年齢		歳	歳
居室の状況	床面積		13.00 m ²	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	事務手数料		円	円
	敷金		円	円
月額費用の合計			146,400 円	円
家賃			60,000 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	48,600 円	円
		管理費	37,800 円	円
		生活支援サービス費Ⅱ	円	円
			円	円
		その他	円	円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の ヶ月分
家賃	賃貸借料相当
共益費	施設維持費等の月額経費相当
食費	直営方式における月額経費相当（食材費、水光熱費など）
生活支援サービス費	事務サービスにかかるスタッフ人件費等
水道光熱費	居室における水道光熱費は月間平均金額を、入居率 95% の場合で算出。
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	リ ネ ン 費 70 円 (日 額) 生活支援サービスⅡ（介護保険外の介護・掃除・洗濯）月額 9,000 円 (20 分のサービスを 8 回対応)

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	12 人
	女性	18 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	22 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	4 人
入居期間別	6 ヶ月未満	9 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	17 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	85歳
入居者数※の合計	30人
入居率※※	100%
※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。	
※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。	

(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	1人
	医療機関	1人
	死亡者	7人
	その他	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	2人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホームへ転居1名 長期入院1名

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 サンライズ 施設長
電話番号		0565-42-8751
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝日及び12月29日から31日・1月1日~3日

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		豊田市 介護保険課
電話番号		0565-34-6634
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		年末年始等

(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) 東京海上日動火災保険 超ビジネス保険の保障内容にて対応。
	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) 同上
	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		
「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 (事業者が運営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)

令和 年 月 日

有料老人ホーム サンライズ泉公園のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

氏名 _____ 印

私は、下記の理由により、上記署名を利用者に代わって行いました。

理由（ _____ ）

私は、本人の契約意思を確認しました。

住所 _____

氏名 _____ 印 （続柄： _____ ）

別添 1 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

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	訪問介護ステーション サライ泉公園	豊田市泉町1-5-1
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	デイサービス サライ上豊田	豊田市上原町西山290-17
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		
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		
居宅介護支援	(あり)	なし	居宅介護支援 事業所 サライ高根公園	豊田市上原町西山290-17
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	(あり)	なし	訪問介護ステーション サライ泉公園	豊田市泉町1-5-1
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		
介護予防通所介護	(あり)	なし	デイサービス サライ上豊田	豊田市上原町西山290-17
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		
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	居宅介護支援 事業所 サライ高根公園	豊田市上原町西山290-17
＜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		

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（利用者が全額負担）		利用料に含む※2	その都度徴収※2	料金※3	備 考	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○		20 分	1,500 円
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○		20 分	1,500 円
おむつ代			なし	あり		○			実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○		20 分	1,500 円
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		20 分	1,500 円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○		20 分	1,500 円
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		60 分	1,800 円
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		1,500 円/回	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○			
居室配膳・下膳	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		○		実費	
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり				外注	実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		30 分	900 円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり				年 1 回	
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	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					
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		○		60 分	1,800 円、夜間 2,700 円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		60 分	1,800 円、夜間 2,700 円
入院中の洗濯物交換・買い物	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					