サービス付き高齢者住宅
クルール豊田吉原西館

重 要 事 項 説 明 書

事業者名　株式会社クルール豊田

重要事項説明書

記入年月日	2025/8/10
記入者名	久保田清紀
所属・職名	クルール豊田吉原西館

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな)	かぶしきかいしゃ　くるーるとよた
	株式会社　クルール豊田	
主たる事務所の所在地	〒460-0002　名古屋市中村区丸の内三丁目20番9号三晃社ビル3階	
連絡先	電話番号	052-962-0966
	FAX番号	052-962-0967
	ホームページアドレス	http:// couleurcourt-okazaki.com/
代表者	氏名	二木　渉子
	職種	代　表　取　締　役
設立年月日	令和　元年　11月　1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)　くるーるとよたよしわらにしかん クルール豊田吉原西館	
所在地	〒 473-0916	愛知県豊田市吉原町鶴喰40番24
主な利用交通手段	最寄駅	名古屋鉄道三河線　若林駅
	交通手段と所要時間	名鉄三河線　若林駅より徒歩10分
連絡先	電話番号	0565-51-0294
	FAX番号	0565-51-0295
	ホームページアドレス	http://couleurcourt-okazaki.com/
管理者	氏名	久保田清紀
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和　元年　10月　31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和　元年　11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	
	事業所の指定日	令和　　年　　月　　日
	指定の更新日（直近）	令和　　年　　月　　日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1464.98　㎡		
	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 （2019年11月1日～2045年4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	998.2　㎡	
		うち、老人ホーム部分	（居室+共同利用施設）　754.25　㎡	
	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　鉄筋造 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　事業者が賃貸する建物		
			抵当権の設定	1　あり　　2　なし
			契約期間	①　あり （2019年11月1日～2045年4月30日） 2　なし
			契約の自動更新	1　あり　　2　なし

4. サービスの内容

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				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)	18.03 ㎡	24 戸	一般居室個室
	タイプ2	(有)／無	有／(無)	18.21 ㎡	2	一般居室個室
	タイプ3	(有)／無	有／(無)	18.34 ㎡	4	一般居室個室
	タイプ4	有／無	有／無	㎡		
	タイプ5	有／無	有／無	㎡		
	タイプ6	有／無	有／無	㎡		
	タイプ7	有／無	有／無	㎡		
	タイプ8	有／無	有／無	㎡		
	タイプ9	有／無	有／無	㎡		
	タイプ10	有／無	有／無	㎡		

※「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	0 ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4 ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	2 ヶ所
			大浴場	0 ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0 ヶ所
			リフト浴	0 ヶ所
			ストレッチャー浴	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	消火器	(1) あり　2 なし		
	自動火災報知機	(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				

運営に関する方針			御利用者が安心かつ安全な日常生活営めるように、御利用者個人の意思を尊重した自立生活の支援を行うよう取り組んでいくと共に、コンプライアンス（法令遵守）を徹底します。
サービスの提供内容に関する特色			24時間職員が対応できます。
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
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
	1　あり		（介護・看護職員の配置率） ：1
	2　なし		
医療支援	1　救急車の手配　(1)　あり・2　なし 2　入退院の付き添い　1　あり　(2)　なし 3　通院介助　1　あり　(2)　なし 4　その他（　　）		
協力医療機関	1	名称	在宅クリニック　レリーフ
		住所	愛知県岡崎市上六名１丁目１番地６号
		診療科目	訪問内科・歯科診療
		協力内容	訪問診療・訪問歯科
	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 ※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（　　）
判断基準の内容	①　あり　2　なし　ADL及び本人家族の希望
手続きの内容	①　あり　2　なし　解約と住み替えを管理会社に報告
追加的費用の有無	①　あり　2　なし　清掃代金発生
居室利用権の取扱い	①　あり　2　なし
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		
入居資格	年齢60歳以上・要介護認定をお持ちの方	
契約の解除の内容	（入居契約書第11条参照）	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第11条　契約の解除に定める
	解約予告期間	2　ヶ月
入居者からの解約予告期間		1　ヶ月
体験入所の内容	①　あり（内容：騒音等環境面を確認したい場合 2　なし	
入居定員		30　人
その他		

5. 職員体制

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計			※1※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	0	0		0.0
直接処遇職員	13	4	9	7.5
介護職員	9	3	6	7.5
看護職員	4	2	2	2.5
機能訓練指導員	0	0	0	0.0
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	0.0
調理員	0	0	0	0.0
事務員	2	0	2	1.0
その他職員	7	0	7	2.0
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				40時間

※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。

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	3	1	2
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	5	2	3
介護支援専門員	0	0	0

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4	2	2
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

夜勤帯の設定時間（　17　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	

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								
		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			2	2	4						
前年度1年間の退職者数			1	2	3						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		2	1	1						
	1年以上3年未満	1		1	2						
	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 ※該当する方式をすべて選択	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	全ての料金改定において、運営懇談会にて意見を聴いた上で改定を行うものとする。	

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

			プランA	プランB
入居者の状況	要介護度		1	1
	年齢		60　歳	60　歳
居室の状況	床面積		18.03　㎡	18.21　㎡
	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		100,000 円	100,000 円
月額費用の合計			139,000 円	139,000 円
サービス費用	家賃		49,000 円	49,000 円
	特定施設入居者生活介護※1の費用		0 円	0 円
	介護保健外※2	食費	49,000 円	49,000 円
		共益費費	25,000 円	25,000 円
		介護費用	自己負担分 円	自己負担分 円
		光熱水費	共益費に含む 円	共益費に含む 円
		状況把握. 生活相談サービス費	16,000 円	16,000 円
	その他　おやつ・寝具リース代		おやつ1食70＋リース1日100円	おやつ1食70＋リース1日100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）

費目	算定根拠
家賃	株式会社アフェクトホールディングスの借上げ家賃
敷金	家賃の2.1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。
共益費	別紙参照
食費	別紙参照
光熱水費	共益費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用	別添2に準ずる。
その他のサービス利用料	寝具リース代100円

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	なし
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（上乗せサービス）	なし
※　介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	11 人
	女性	18 人
年齢別	65歳未満	1 人
	65歳以上75歳未満	3 人
	75歳以上85歳未満	7 人
	85歳以上	18 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	9 人
	要介護２	6 人
	要介護３	8 人
	要介護４	4 人
	要介護５	2 人
入居期間別	６ヶ月未満	3 人
	６ヶ月以上１年未満	4 人
	１年以上５年未満	19 人
	５年以上10年未満	0 人
	10年以上15年未満	0 人
	15年以上	0 人

（入居者の属性）

費目	算定根拠
平均年齢	87 歳
入居者数の合計	29 人
豊田市外からの転入者数	人
入居率※	97%
※ 入居者数の合計を入居定員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	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 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	0 人
		（解約事由の例）

8. 苦情・事故等に関する体制

窓口の名称		クルール豊田吉原西館
電話番号		0565-51-0294
対応している時間	平日	９時～１７時まで
	土曜	９時～１７時まで
	日曜・祝日	９時～１７時まで
定休日		なし

（外部の苦情処理機関）

窓口の名称		豊田市役所　介護保険課
電話番号		0565-34-6634
対応している時間	平日	８時３０分～１７時１５分まで
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土・日・祝日

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	（その内容） 対人・対物・管理財物賠償保障
	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	事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償
	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	

9. 入居希望者への事前の情報開示

利用者アンケート調査、意見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		

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 10. その他	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 12月に発送する請求書にアンケート同封
	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：クルール豊田上挙母)	
	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 (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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所一覧

法人名　株式会社クルール豊田

事業所番号	事業所名	サービスの種類
2 3 7 3 0 0 4 2 4 7	クルール豊田上挙母	訪問介護
2 3 7 3 0 0 4 2 5 4	クルール豊田吉原東館	訪問介護
2 3 7 3 0 0 4 2 3 9	クルール豊田吉原西館	訪問介護

※法人の名称、所在地、電話番号、FAX番号の変更、役員の氏名及び住所の変更、定款の変更があった場合等で、複数の事業所がある場合に作成してください。

別添1　　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		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含 ※2	都度 ※2	料金 ※3	備　考
介護サービス									
1	食事誘導	なし	あり	なし	あり				
2	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	100	1回につき+実費（オムツ等利用時）
3	おむつ代			なし	あり		○	100	1枚につき
4	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1000	1回につき
5	特浴介助	なし	あり	なし	あり				
6	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
7	機能訓練	なし	あり	なし	あり				
8	通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1000	病院までの送迎・院内は家族様付添い
生活サービス									
1	居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1000	1回につき
2	リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	500	1回につき
3	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500	1回につき
4	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
5	入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
6	おやつ			なし	あり			2000	
7	理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費2000円（理美容師へ支払）
8	買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1000	30分程度
9	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
10	金銭・貯金管理			なし	あり				基本お預かりいたしません。
11	その他（ナースコール含む）	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス									
1	定期健康診断			なし	あり		○	0	実費（医療機関へ支払）
2	健康相談	なし	あり	なし	あり				
3	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
4	安否確認	なし	あり	なし	あり				
5	服薬支援	なし	あり	なし	あり				
6	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	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス									
1	移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	1000	30分　+交通費
2	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
3	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
4	入院中の見舞い訪問	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、月額のサービス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。