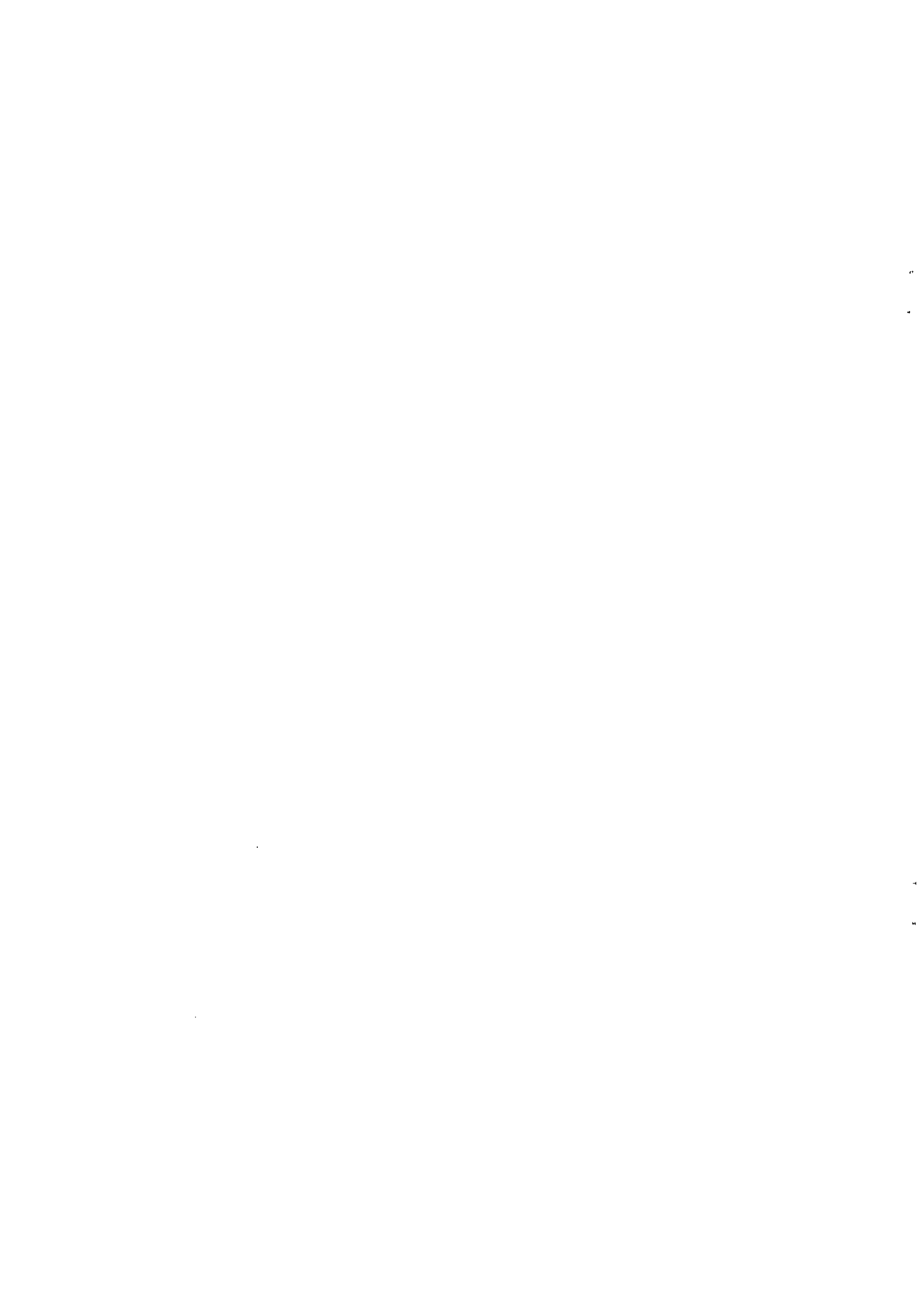


重要事項説明書

住宅型有料老人ホーム **あいケアホーム本地**

株式会社 **i コーポレーション**



重要事項説明書

		記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	古賀 一弘	所属・職名	施設長

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	株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あいこーぼれーしょん 株式会社 i コーポレーション
事業主体の主たる事務所の所在地	〒444-0831 愛知県岡崎市羽根北町一丁目4番地2	
事業主体の連絡先	電話番号	0564-47-8145
	FAX 番号	0564-47-8146
	ホームページアドレス	http://i-carehome.net/
業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	古賀 一弘
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成27年8月24日	

事業主体が愛知県豊田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
訪問介護		なし	
訪問入浴介護		なし	
訪問看護		なし	
訪問リハビリテーション		なし	
居宅療養管理指導		なし	
通所介護		なし	
通所リハビリテーション		なし	
短期入所生活介護		なし	
短期入所療養介護		なし	
特定施設入居者生活介護		なし	
福祉用具貸与		なし	
特定福祉用具販売		なし	
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護		なし	
夜間対応型訪問介護		なし	
認知症対応型通所介護		なし	
認知症対応型通所介護		なし	

小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護		なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
複合型サービス		なし		
居宅介護支援		なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護		なし		
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所介護		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし		
介護予防福祉用具貸与		なし		
特定介護予防福祉用具販売		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		なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設		なし		
介護老人保健施設		なし		
介護療養型医療施設		なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先				
施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ あいけあほーむほんじ 住宅型有料老人ホーム あいケアホーム本地			
施設の所在地	〒471-0848	愛知県豊田市本地町三丁目29番地1		
施設の連絡先	電話番号	0565-41-8335		
	FAX番号	0565-41-8336		
	ホームページアドレス	http://i-carehome.net/		
施設の開設年月日	平成28年2月1日			

施設の管理者の氏名及び役職	氏 名	古 賀 弘
	職 名	施 設 長
施設までの主な利用交通手段		
名鉄三河線 土橋駅		
施設の類型及び表示事項	類型 : 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払い方式 : 月払い方式 入居時の要件 : 要介護認定を受けている方 介護保険 : 在宅サービス利用 居室区分 : 全室個室	
介護保険事業所番号		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）		
事業の開始（予定）年月日	該当なし	
指定の年月日	該当なし	
指定の更新年月日	該当なし	

3. 従業員に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
責任者	1				1	1.0
生活相談員						
看護職員						
介護職員	5		1		6	5.5
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員兼サービス担当	1				1	1.0
その他従事者						
1 周間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						40 時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従事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事により、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	5		3	
実務者研修				
1級	1			
2級				
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師および准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 (18時～翌9時)	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1	1
介護職員	1	1

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針

ご利用者が安心かつ安全な日常生活を営めるように、ご利用者個人の意志を尊重した自立生活の支援を行うよう取り組んでまいります。
コンプライアンス（法令遵守）を徹底します。

介護サービスの内容、利用定員等

個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無		あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		あり
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	

協力医療機関の名称	ちどり在宅クリニック他	
（協力の内容）緊急時即対応 月2回程度に加え入居者の必要に応じ、健康相談、健康診断・治療の協力 医療費とその他の費用は、入居者負担		

協力歯科医療機関の名称	つぐみ歯科他	
（協力の内容） 入居者様の必要に応じ、定期検診・治療の協力		

要介護時に於ける居室の住み替えに関する事項

要介護時に介護を行う場所

個人の各居室

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室に移る場合

判断基準・手続きについて

（その内容）

入居一時金償却の調整の有無	なし	
---------------	----	--

居室利用権の取り扱い

（その内容）

入居一時金償却の調整の有無	なし	
---------------	----	--

従前の居室から面積の増減有無	なし	
----------------	----	--

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無	なし	
----------	----	--

浴室の変更の有無	なし	
----------	----	--

洗面所の変更の有無	なし	
-----------	----	--

台所の有無	なし	
-------	----	--

その他の変更の有無	なし	
-----------	----	--

（その内容）

介護居室へ移る場合		
判断基準・手続きについて		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	
居室利用権の取り扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	
浴室の変更の有無	なし	
洗面所の変更の有無	なし	
台所の有無	なし	
その他の変更の有無	なし	
(その内容)		
その他 ()	なし	
判断基準・手続きについて		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	
居室利用権の取り扱い	なし	
(その内容)		
入居一時金償却調整の有無	なし	
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	
従前居室の仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	
浴室の変更の有無	なし	
洗面所の変更の有無	なし	
台所の有無	なし	
その他の変更の有無	なし	
(その内容)		
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	
要支援の者を対象	なし	
要介護の者を対象		あり
契約の解除の内容	入居契約書 第30条参考	

体験入居の内容	1日5,000円（介護費用、食事などを含む） 入居期間5日間
入居定員	定員29名（個室29室）
その他	

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満					2	2
65歳以上75歳未満					0	0
75歳以上85歳未満				2	4	6
85歳以上				2	3	5
	自立	要支援1	要支援2	障がい区分		合計
65歳未満				13		13
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数	男性	16	女性	10
-----------	----	----	----	----

入居率（一時的に不在となっているものを含む。）

豊田市外からの転入数（豊田市外住民登録者を含む。）

前年度迄の有料老人ホームを退去したものの人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設				4		4
医療機関						
死亡者				2	23	25
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	6	3	17			

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9合の2に規定する耐火建築物	あり
	建築基準法第2条第9合の3に規定する耐火建築物	あり

居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり		29室		13.73㎡	
	一般居室相談室		なし			㎡	
					㎡		
					㎡		
	介護居室個室		なし			㎡	
	介護居室相部屋		なし			㎡	
					㎡		
					㎡		
	一時介護室		なし			㎡	
				㎡			
				㎡			
共用便所の設置数	11ヶ所 (1階5ヶ所、2階6ヶ所)	うち男女別の対応が可能な数			なし		
		うち車椅子等の対応が可能な数			11ヶ所		
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合			0%		
		うち車椅子等の対応が可能な数			0%		
浴室の設置状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴		
		2		1			
その他、浴室の設備に関する事項							
食堂の設備状況							
入居者などが調理を行う設備状況		なし					
その他、共有施設の設備状況							
なし	あり	(その他の内容) 玄関・ホール・厨房・洗面・脱衣室・浴室・エレベーター リネン室・洗濯室・トイレ・リビング・食堂・駐車場・その他					
バリアフリーの対応状況							
(その内容) 介護施設の基準に対応							
緊急通報装置の設置状況						あり	
外線電話回線の設置状況			なし				
テレビ回線の設置状況						あり	
施設の敷地に関する事項							
敷地の面積			1,650.64㎡				
事業所を運営する法人が所有		なし					
抵当権の設置					あり		
賃借(借地)							
		あり	契約期間	始	H28.2.1	終	H58.11.30
		契約の自動更新				あり	
施設の建物に関する事項							
建物の構造			鉄骨造2階建て				
建物延床面積			1,005.72㎡				
事業所を運営する法人が所有		なし					
抵当権の設定					あり		

賃貸（借家）							
	あり	契約期間	始	H28.2.1	終	H58.11.30	
		契約の自動更新				あり	
利用者からの苦情に対する窓口等の状況							
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口							
窓口の名称	住宅型有料老人ホーム「あいケイホーム本地」						
電話番号	0565-41-8335						
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00					
	土曜	9:00 ~ 18:00					
	日曜・祝日	9:00 ~ 18:00					
定休日等	なし						
上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等							
窓口の名称	豊田市役所 介護保険課						
電話番号	0565-34-6634（直通）						
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15					
	土曜	なし					
	日曜・祝日	なし					
定休日等	土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）						
サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応							
損害賠償責任保険の加入状況							
	あり	（その内容）開設時に損害賠償責任保険加入					
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応に関すること							
	あり	（その内容）開設時に加入					
サービスの提供内容に関する特色等							
（その内容）開設時に加入							
利用者など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、意見箱利用者の意見などを把握する取組の状況							
	あり	実施した年月日					
		当該結果の開示状況				なし	
第三者による評価の実施状況							
	なし	実施した年月日					
		実施した評価機関の名称					
		当該結果の開示状況				なし	

5. 利用料金

利用料金の支払い方式	月払い方式				
敷金（修繕預り金）	55,000円				
月払い方式					
月単位で支払う利用料					
年齢に応じた金額設定			なし		
要介護状態に応じた金額設定			なし		
料金プラン					
プラン名称	月額	(内訳)			
	計	家賃相当額	管理費	食費	
月額利用料	129,000円	55,000円	35,000円	39,000円	
* 介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
算定根拠	家賃相当額	・建物賃貸料及び借地料、建物長期修繕計画積立金、 建物法定検査料及び建物ビルメンテナンス料 【55,000円】			
	管理費	・事務管理部門の person 費、生活支援サービス提供の person 費、居室及び共用部の 水道光熱費、損害保険及び火災保険等の保険料、共用施設及び設備の利用料、 退去時の居室原状回復修繕積立金 【35,000円】			
	食費	・朝食300円 昼食500円 夕食500円 1日合計 1,300円 1,300円×30日 = 【39,000円】			
	退去時費用	敷金及び管理費内の居室修繕積立金を充当			
月払い方式共通					
入居時、事務手数料					
金額		25,000円			
算定根拠		事務処理作業にかかる person 費			
介護保険サービスの自己負担額					
内容		※要介護度に応じて介護保険負担割合証に明記されている分を徴収する			
人員配置が手厚い介護サービス（再掲）			なし		
内容					

利用料	円 (月 額 ・ 日 割)	
算定根拠		
支払方法		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料		
個別的な選択による生活支援サービス	あり	
算定根拠		
料金改定の手続き		
入居契約書 第27条 記載		

6. その他

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	あり	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		なし
(その内容)		

添付書類：「介護サービスなどの一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者記名 鷹橋千景 印

※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。

介護サービス等の一覧表

介護を行う場所	自立		(要支援1・2、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)			
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス						
○巡回 ・昼間 11:00～12:00 ・夜間 22:00～23:00	日2回		日2回		日2回以上	
○食事介助		○	適時		適時	
○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代		○	適時	○	適時	○
○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助		○	週2回		週2回	
○身辺介助 ・体位変換 ・居室からの移動 ・衣服の着脱 ・身だしなみ介助		○	適時		適時	
○機能訓練						
○通院の介助 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外		○	適時	○	適時	○
○緊急時対応 ・ナースコール	適時		適時		適時	
生活サービス						
○家事 ・居室清掃 ・日常の洗濯 ・リネン交換	週1回	○	週1回	○	週1回	○
○居室配膳・下膳 ・入居者の嗜好に応じた特別な食事 ・おやつ	適時		適時		適時	
○理美容師による理美容サービス		○		○		○
○代行 ・買い物(通常の利用区域) ・買い物(上記以外の区域) ・役所手続き ・金銭・貯金管理	適時	○	適時	○	適時	○
○健康管理サービス ・定期健康診断 ・健康相談 ・生活指導・栄養指導 ・服薬支援	年2回 適時	(自己負担) ○	年2回 適時	(自己負担) ○	年2回 適時	(自己負担) ○

・医師の往診 ・生活リズムの記録(排便・睡眠等)	適時		適時		適時	
・入退院時、入院中のサービス ・医療費		○		○		○
○移送サービス ○入退院時の同行 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 ○入院中の洗濯物交換・買い物 ○入院中の見舞い訪問		○	適時	○	適時	○
その他のサービス						

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援1・2、要介護I～Vと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。