

(別紙様式)

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	西野 陽祐
所属・職名	本社

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び豊田市有料老人ホーム設置運営指導指針13(1)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. 事業主体概要

住宅の名称	しょうわとよた 笑和とよた
所在地(住居表示)	〒473-0924 愛知県豊田市花園町小松原14-1
利用交通手段	■電車(名鉄三河線 三河八橋駅から 徒歩で 8分)
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 2及び3の場合 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 3及び4の場合 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称又は氏名	かぶしきがいしゃぷらっつ 株式会社プラッツ	
住所 主たる事務所	〒457-0863 名古屋市南区豊二丁目13番27号	
連絡先	電話番号	(052) 693-5535
	FAX番号	(052) 693-5937
法人の役員	別添1のとおり	

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の住所

事務所の名称	かぶしきがいしゃぷらっつ 株式会社プラッツ	
事務所の所在地	〒457-0863 名古屋市南区豊二丁目13番27号	
連絡先	電話番号	(052) 693-5535
	FAX番号	(052) 693-5937

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	30戸
居住部分の規模	(最小)	18.02㎡
	(最大)	21.16㎡
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	木造
竣工の年月	2021年3月31日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	
消防用設備等	<input checked="" type="checkbox"/> 消火器 <input checked="" type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input checked="" type="checkbox"/> 火災通報装置 <input checked="" type="checkbox"/> スプリンクラー <input checked="" type="checkbox"/> 防火管理者 <input checked="" type="checkbox"/> 防災計画	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他（利用権契約）
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者／60歳以上の親族／要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族／特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者 （高齢者とは、60歳以上の者又は要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）
入居契約の内容	別添 入居契約書 のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合にかぎり記入すること。（西暦記入）

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において入居者から受領する金銭

家賃の概算額	(最低)	約 49,000円	詳細については 別添2のとおり
	(最高)	約 49,000円	
共益費の概算額	(最低)	約 27,500円	
	(最高)	約 27,500円	
敷金の概算額	(最低)	約 0円	家賃 0 月分
	(最高)	約 0円	
状況把握・生活相談に係る費用	(最低)	約 11,000円	
	(最高)	約 11,000円	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式) <input checked="" type="checkbox"/> なし (月払い方式)		

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称又は氏名		
住所		
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
修繕計画	計画策定の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	大規模修繕の実施予定 (頃実施予定)	
	その他計画的な修繕予定 ()	

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
ヘルパーステーション笑和とよた	訪問介護・介護予防訪問サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建築物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一建築物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

(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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	<p>1 概ね60歳以上の方で、他人数の集合住宅内における生活を営むことに支障のない方。</p> <p>2 入居申込者が、特別な入院治療を必要とする等に起因し、入居生活の維持が明らかに困難であると認められる身体状況の場合は、介護保険施設または病院等を紹介するとともに、入居の申し込みを受け入れない場合があります。</p> <p>3 入居後に要介護度が著しく重度化する等の理由により身体の状態が悪化し、外部の居宅介護サービス等を利用して自立した生活が困難と認められる場合は、入居者及びそのご家族に説明し同意を得た上で、介護保険施設または病院等への移動・転居を依頼する場合があります。</p>	
契約の解除の内容	<p>1 事業者が契約書第10条に基づき、契約の解除を勧告し、期間が満了した場合。</p> <p>2 入居者が契約書第11条に基づき、契約の解約を行った場合。</p>	
事業主体から解約を 求める場合	解約条項	契約書10条のとおり
	解約予告期間	3か月
入居者からの解約予告 期間	1か月	
体験入居の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1泊2日を単位として最長6泊7日まで可能。 ・ 体験入居料金は、食費を除き1泊2日の場合、6,000円(税込)以降1泊を増す毎に、2,400円(税込)。 ・ 食費は一般入居者と同じメニューとし、体験入居中に食した料金を積算。(朝食366円、昼食550円、夕食550円) ・ 体験入居希望者は「体験入居申込書」を提出。 ・ 入居条件については、一般入居者と同様に取り扱います。 	
入居定員	30人	
その他		

11. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員	20		20	
介護職員	20		20	
看護職員				
調理員				
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				

(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	7		7
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	5		5
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			
柔道整復士			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（18時～翌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

(職員の状況)

管理者		他の職務との兼務		■あり □なし			
		業務に係る資格等		■あり			
				資格等の名称		初任者研修	
				□なし			
		看護職員		介護職員		生活相談員	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満				6		
	1年以上 3年未満			1	13		
	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				■あり □なし			

12. 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	13人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	18人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	6人
	要介護3	2人
	要介護4	8人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	21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	87歳
入居者数の合計	29人
入居率	96%

(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	1人
	死亡者	2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	人
		(解約事由の例)

13. 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)

窓口の名称		笑和とよた 苦情対応窓口
電話番号		(0565) 54-8900
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		なし

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		豊田市役所都市整備部定住促進課
電話番号		(0565) 34-6728
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝日・年末年始

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 開設時に損害賠償保険に加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設長の責任で事実確認を把握し迅速に対応
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> なし			

14. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

15. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
不適合事項がある 場合の内容		

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

役員名簿

(ふりがな)	役名等
氏名	
とみなが しんたろう	代表取締役
富永 信太郎	
いとう こういち	代表取締役
伊藤 興一	
にしの ようすけ	取締役
西野 陽祐	
おおぐち まさひろ	取締役
大口 真宏	
いとう あい	取締役
伊藤 亜衣	

別添 2

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の床面積	構造及び設備※						住戸数	住戸番号	月額家賃(円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.02㎡	×	○	○	×	×	○	29戸	101~111 201~218	49,000円
	21.16㎡	×	○	○	×	×	○	1戸	219	49,000円

設備等	数	合計床面積	整備箇所	想定利用戸数	備考
食堂	1箇所	99.69㎡	1F×1	30戸	
居間	1箇所	19.71㎡	2F×1	30戸	
浴室	3箇所	21.42㎡	1F×1 2F×2	30戸	
脱衣室	3箇所	19.75㎡	1F×1 2F×2	30戸	
洗濯室	2箇所	36.05㎡	1F×1 2F×1	30戸	
共用トイレ	4箇所	11.70㎡	1F×3 2F×1	30戸	

別添 3

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)		電話番号	
サービスを提供する法人等の別		<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 7人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	7人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 6人
	合計				人員 20人
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)			
常駐する日		<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ()			
常駐する時間	日中	9時00分～18時00分		人員	1人
	上記以外	18時00分～9時00分		人員	1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		早朝、夜間に定期的な訪問にて状況把握を行う。			毎日 2回
		<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申し出があった場合は、当該居住部分への訪問 (近接する土地に常駐する場合のみ)			
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時00分～24時00分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	緊急通報装置			
	通報先	1階事務室、PHS 通報先から住宅までの到着予定時間1分			
サービス提供の対価 (概算額)	月額	約 11,000円	前払金算定方法		
	前払金	約 0円			
備考		各住戸にある緊急通報装置、もしくは共用トイレ、浴室に設置のナースコールを押して頂ければ、1階事務室、住宅職員が携帯のPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ必要な対応を行います。			

2. 食事の提供サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する			
委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)	電話番号		
	本業務に係る事務所所在地	(郵便番号)	電話番号		
食事提供の場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居室部分 <input type="checkbox"/> その他 ()			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価 (概算額)	月額※内訳	約43,980円 朝食366円 昼食550円 夕食550円			
	前払金	約	0円	前払金算 定方法	
備考					

※30日間利用した場合の金額。

3. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)	電話番号	
	本業務に係る事務所所在地	(郵便番号)	電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約 3,000円	前払金算 定方法	
	前払金	約 0円		
備考	洗濯1回750円(税込)にて提供。 ※月額金額は、月で4回の利用を想定 ※掛け布団のみ2,200円/回(税込) 【別途サービス】 リネン費(寝具一式リース) 110円/日(税込) 3,300円/月(税込)※30日利用を想定			

4. 健康の維持増進サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)	電話番号	
	本業務に係る事務所所在地	(郵便番号)	電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等測定 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等付添 <input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価 (概算額)		月額	約 2,000円	前払金算 定方法
		前払金	約 0円	
備考		健康相談・血圧等の測定等にかかるサービス提供の対価は「状況把握及び生活相談サービス提供の対価」に含む。 外出等付添は、7:00～20:00まで30分毎に1,000円(税込) 例) 散歩同行、病院付添 緊急搬送等の付添は時刻が20:00～翌7:00間の場合は、30分毎に2,000円(税込) ※月額金額は、日中の外出等付添いを月1時間の利用を想定。		

別添4 事業者が豊田市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		併設・隣接 の状況	事業所名称	所在地	
<居宅サービス>					
訪問介護	あり		併設	笑和とよた	豊田市花園町小松原14-1
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・随時対応型訪問介護看護		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			
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			
看護小規模多機能型居宅介護		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			
介護医療院		なし			
<介護予防・日常生活総合支援事業>					
訪問型サービス	あり		併設	笑和とよた	豊田市花園町小松原14-1
通所型サービス		なし			
その他の生活支援サービス		なし			

別添5 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
	有料老人ホームが実施するサービス						備考
	介護保険外サービス	月額利用料等を含む	その都度徴収	料金			
介護サービス							
食事介助	なし						
排泄介助・おむつ交換	なし						
おむつ代		あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし						
特浴介助	なし						
身辺介助（移動・着替え等）	なし						
機能訓練	なし						
通院介助	なし						
生活サービス							
居室清掃	なし						
リネン交換	なし						
日常の洗濯		あり		○	実費	一回750円	
居室配膳・下膳		あり	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし						
おやつ		あり	○				
理美容師による理美容サービス	なし						
買い物代行		あり		○	実費	30分毎 1,000円	
役所手続き代行		あり		○	実費	30分毎 1,000円	
金銭・貯金管理	なし						
健康管理サービス							
定期健康診断	なし						
健康相談		あり	○				
生活指導・栄養指導		あり	○				
服薬支援	なし						
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		あり	○				
入退院時・入院中のサービス							
入退院時の同行	なし						
入院中の洗濯物交換・買い物	なし						
入院中の見舞い訪問	なし						
その他							
巡回		あり	○				早朝夜間に毎日2回
緊急時対応（ナースコール等）		あり	○				随時