

令和 7年 9月 1日

愛知県有料老人ホーム

重要事項説明書

法人名等

株式会社サンガジャパン

施設名

きよす翔裕館

※愛知県においては、一般居室、介護居室の別を行っておりません。
重要事項説明書においては全て「介護居室」と表示しています。

重要事項説明書

Ver 1.2

記入年月日	2025 年 9 月 1 日
記入者名	林 俊輔
所属・職名	管理者
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	2300092033006

1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	5 営利法人
名称	かぶしきがいしゃさんがじゃばん (ふりがな) 株式会社サンガジャパン	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	3030001131053
主たる事務所の所在地	〒 330 - 0845	
	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-11-9ニッセイ大宮桜木町ビル8階	
連絡先	電話番号	048 - 614 - 1541
	FAX番号	048 - 614 - 1552
	メールアドレス	kiyosu @ sangajapan.jp
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	https:// sangajapan.jp
代表者	氏名	山口 智博
	職名	代表取締役
設立年月日	2019 年 5 月 20 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	きよすしょうゆうかん (ふりがな)			
	きよす翔裕館			
所在地	〒 452 - 0905			
	愛知県清須市須ヶ口302-1			
所在地 (建物名等)	きよす翔裕館			
市区町村コード	都道府県	愛知県	市区町村	232335 清須市
主な利用交通手段	最寄駅		名鉄須ヶ口 駅	
	交通手段と所要時間		名鉄須ヶ口駅より徒歩8分	
連絡先	電話番号		052 - 325 - 8707	
	FAX番号		052 - 325 - 8706	
	メールアドレス		kiyosu @ sangajapan.jp	
	ホームページ有無		1 有	
	ホームページアドレス		https://	sangajapan.jp
管理者	氏名		林 俊輔	
	職名		管理者	
建物の竣工日		2022	年	3 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		2022	年	5 月 1 日

(類型) 【表示事項】

類型	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）		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	2377300807	
	指定した自治体名	愛知県	
	事業所の指定日	2022	年 5 月 1 日
	指定の更新日（直近）		年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1614.67	m ²
	所有関係	2 事業者が賃借する土地	
		2 事業者が賃借する土地の場合	
		賃貸の種類別	1 普通貸借
		抵当権の有無	2 なし
		契約期間	1 あり
			開始
			2022 年 5 月 1 日
			終了
建物	延床面積	全体	1129.66 m ²
		うち、老人ホーム部分	1129.66 m ²
	耐火構造	2 準耐火建築物	
		3 その他の場合	
	構造		
		4 その他の場合	

居室の状況	所有関係		2 事業者が賃借する建物			
			2 事業者が賃借する建物の場合			
			賃貸の種別		1 普通貸借	
			抵当権の有無		2 なし	
			契約期間		1 あり	
					開始	
					2022 年 5 月 1 日	
					終了	
			2052 年 4 月 30 日			
	契約の自動更新		1 あり			
	居室区分 【表示事項】		1 全室個室（縁故者個室含む）			
			2 相部屋ありの場合			
			最少		人部屋	
			最大		人部屋	
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分	
タイプ1	1 有	2 無	18.06 m ²	29	3 介護居室個室	
タイプ2			m ²			
タイプ3			m ²			
タイプ4			m ²			
タイプ5			m ²			
タイプ6			m ²			
タイプ7			m ²			
タイプ8			m ²			
タイプ9			m ²			
タイプ10			m ²			

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		ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	4	ヶ所
	共用浴室	4	ヶ所	個室	3	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	1	ヶ所
				ストレッチャー浴		ヶ所
				その他		ヶ所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり			
	エレベーター	2	あり（ストレッチャー対応）			
消防用設備等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			
緊急通報装置等	居室	1	全ての居室あり			
	便所	1	全ての便所あり			
	浴室	1	全ての浴室あり			
	その他					
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	・常に愛情と熱意をもって利用者の自立を助け、その家族の繁栄を支援いたします。 ・介護のスペシャリストとして常に自己研鑽に励み、誠意をもって質の高い介護サービスが提供できるよう、専門性の向上に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	・医療機関との連携を図り、医療・介護技術の進歩に即応し、高水準の介護を追求します。 ・利用者一人ひとりのニーズを尊重し、生活の質の向上に努めます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	2 委託
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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	入居継続支援加算(Ⅰ)	2 なし
	入居継続支援加算(Ⅱ)	2 なし
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	2 なし
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	2 なし
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	2 なし
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	2 なし
	ADL維持等加算(Ⅰ)	2 なし
	ADL維持等加算(Ⅱ)	2 なし
	夜間看護体制加算(Ⅰ)	2 なし
	夜間看護体制加算(Ⅱ)	1 あり
	若年性認知症入居者受入加算	2 なし
	協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時 確保している協力医療機関と連 携している場合)	1 あり
	協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連 携している場合)	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	2 なし
	科学的介護推進体制加算	2 なし
	退院・退所時連携加算	1 あり
	退居時情報提供加算	1 あり
	看取り介護加算(Ⅰ)	1 あり
	看取り介護加算(Ⅱ)	2 なし
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	2 なし
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	2 なし
	新興感染症等施設療養費	2 なし
	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	2 なし
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	2 なし

サービス提供体制 強化加算	(I)	2	なし	
	(II)	2	なし	
	(III)	2	なし	
	介護職員等処遇改 善加算	(I)	2	なし
		(II)	1	あり
		(III)	2	なし
		(IV)	2	なし
		(V) (1)	2	なし
		(V) (2)	2	なし
		(V) (3)	2	なし
		(V) (4)	2	なし
		(V) (5)	2	なし
		(V) (6)	2	なし
		(V) (7)	2	なし
		(V) (8)	2	なし
		(V) (9)	2	なし
		(V) (10)	2	なし
	(V) (11)	2	なし	
	(V) (12)	2	なし	
	(V) (13)	2	なし	
	(V) (14)	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービ スの実施の有無	2 なし			
	1 ありの場合			
	(介護・看護職員の配置率)		: 1	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	☐ 救急車の手配	
	☐ 入退院の付き添い	
	☐ 通院介助	
	その他	
	名称	医療法人豊隆会 ちくさ病院
	住所	愛知県名古屋市千種区今池南4番1号
	診療科目	内科・皮膚科、整形外科等

1	協力科目	内科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり

協力医療機
関

2	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	
3	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	
	名称		
	住所		

	4	診療科目			
		協力科目			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		
	5	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		
	新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携	2	なし		
		1	ありの場合		
		医療機関の名称			
		医療機関の住所			
協力歯科医療機関	1	名称	おはよう歯科		
		住所	愛知県名古屋市港区南十一番町3丁目5番地		
		協力内容	訪問歯科診療 通院治療及び緊急受診の受け入れ		
	2	名称			
		住所			
		協力内容			

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	一時介護室へ移る場合	
	介護居室へ移る場合	
	○	全室介護居室 その他
判断基準の内容	介護が提供され心身の状態が重度化した場合、住み替えを行うことがある。	
手続きの内容	1. 事業者の指定する医師の意見を聞く 2. 入居者の意志を確認する 3. 入居者の身元引受人等の意見を聞く 4. 概ね、3ヶ月間の観察期間を置く	
追加的費用の有無	2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室へ移行	
前払金償却の調整の有無	2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	2 なし
	便所の変更	2 なし
	浴室の変更	2 なし
	洗面所の変更	2 なし
	台所の変更	2 なし
		2 なし
	その他の変更	1 ありの場合 (変更内容)

(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	2	なし
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	介護保険上の認定を受け、要支援または要介護状態にある方を対象とする。施設での医療行為については入居前に要相談とする。		
契約解除の内容	備考に詳細記載 (①～⑤) ・自立と認定された場合 ・入居者が死亡したとき 等		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・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 ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができない場合。 ・カスタマーハラスメントに該当する行為が認められ、是正を求めた結果、是正がされないとき、等。	
	解約予告期間	3	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	
	1	ありの場合	
	(内容)	6泊7日まで無料 (最長13泊14日まで) 7泊目以降1泊11,000円	
入居定員	29		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	1	0	0.53
生活相談員	3	1	2	1.08
直接処遇職員	14	8	6	13.08
介護職員	12	7	5	10.96
看護職員	2	1	1	1.55
機能訓練指導員	1	0	1	0.4
計画作成担当者	2	0	2	0.9
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	1	0	0.95
その他職員	1	1	0	0.95
1週間のうち、常勤の従業者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	0	0	0
介護福祉士	9	4	5
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	機能訓練指導員	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	0	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 30 分 ～ 9 時 30 分)	
	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	2 人	2 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】	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)	2.3 : 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	19 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					
		業務に係る 資格等											
				1 ありの場合									
				資格等の名称						社会福祉士			
		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		1	0	3	2	0	0	0	0	0	2		
前年度1年間の退職者数		1	0	4	1	0	0	0	0	0	2		
応業務に 従事した 職員の 人数 経験 年数に	1年未満	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1		
	1年以上 3年未満	0	1	4	3	1	1	0	1	0	1		
	3年以上 5年未満	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況		1 あり											

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
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択
		全額前払い方式
		一部前払い・一部月払い方式
		月払い方式
年齢に応じた金額設定		2 なし
要介護状態に応じた金額設定		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
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合
		不在期間が 日以上
利用料金の改定	条件	地域自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会に提出、承認。

(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		要支援2		要介護2	
	年齢		80	歳	80	歳
居室の状況	床面積		18.06	m ²	18.06	m ²
	便所		1	有	1	有
	浴室		2	無	2	無
	台所		2	無	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			219,396	円	229,628	円
家賃			78,000	円	78,000	円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	10,936	円	21,168	円
		食費	68,460	円	68,460	円
		管理費	15,000	円	15,000	円
		介護費用		円		円
		光熱水費		円		円
		その他	47,000	円	47,000	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	近隣の(施設)家賃相場を勘案し設定
敷金	家賃の0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。	※介護保険サービスの自己負担額は含まない

管理費	居室及び共用部の水道光熱費
食費	1日3食の食事とおやつを提供するための費用
光熱水費	管理費に含む
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	共益費41,500/月（共用部（リビング、風呂、談話室等）の使用料並びに建物及び設備の維持管理費及び保守費等相当分を入居者数で按分）、制限食は加算請求（加工内容により1食あたり加算請求あり。） リネンレンタル費5,500円/月（掛け布団、毛布、ベッドパッド、枕、掛け布団シーツ、シーツ、枕シーツ）の使用料。通常のシーツ交換は週に1回。1週間に2回以上のシーツ交換を含むリネン交換が必要な場合は別途請求あり。

(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※に対する自己負担額	別添2参照
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）	
※ 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	%

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 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	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	7	人
	女性	22	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	3	人
	75歳以上85歳未満	6	人
	85歳以上	20	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	3	人
	要支援 2	2	人
	要介護 1	7	人
	要介護 2	6	人
	要介護 3	5	人
	要介護 4	4	人
	要介護 5	2	人
入居期間別	6ヶ月未満	5	人
	6ヶ月以上1年未満	0	人
	1年以上5年未満	24	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)

平均年齢	88.57	歳
入居者数の合計	29	人
入居率※	100	%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	0	人
	社会福祉施設	1	人
	医療機関	1	人
	死亡	1	人
	その他	1	人
生前解約の状況		0	人
	施設側の申し出	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	4	人
		(解約事由の例) ・入院に伴い継続した医療処置が必要になったことによる解約 ・他の施設への入居が決まった事による解約	

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)

窓口1		株式会社サンガジャパン西日本支社苦情受付窓口			
窓口の名称		株式会社サンガジャパン西日本支社苦情受付窓口			
電話番号		075	-	256	- 8700
対応している時間	平日	9	時	0	分 ~ 18 時 0 分
	土曜		時	分	~ 時 分
	日曜・祝日		時	分	~ 時 分
定休日		土・日・祝・年末年始(12/31~1/3)			

窓口2				
窓口の名称		清須市健康福祉部高齢福祉課		
電話番号		052 - 400 - 2911		
対応している時間	平日	8	時	30 分 ~ 17 時 15 分
	土曜		時	分 ~ 時 分
	日曜・祝日		時	分 ~ 時 分
定休日		土・日・祝・年末年始 (12/31~1/3)		
窓口3				
窓口の名称		愛知県福祉局高齢福祉課		
電話番号		052 - 954 - 6287		
対応している時間	平日	9	時	0 分 ~ 17 時 0 分
	土曜		時	分 ~ 時 分
	日曜・祝日		時	分 ~ 時 分
定休日				
窓口4				
窓口の名称		愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室内		
電話番号		052 - 971 - 4165		
対応している時間	平日	9	時	0 分 ~ 17 時 0 分
	土曜		時	分 ~ 時 分
	日曜・祝日		時	分 ~ 時 分
定休日				
窓口5				
窓口の名称				
電話番号		- -		
対応している時間	平日		時	分 ~ 時 分
	土曜		時	分 ~ 時 分
	日曜・祝日		時	分 ~ 時 分
定休日				

(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	
	1 ありの場合	
	その内容	あいおいニッセイ 同和損害保険株式会社 賠償責任保険
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	
	1 ありの場合	
	その内容	迅速な医療機関受診と身元引受人等への連絡及び保険による補償 (但し、該当する場合)
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	実施日	令和6年8月
	結果の開示	2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の定期的な実施	1 あり
	担当者の配置	1 あり
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正化委員会の開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の実施	1 あり
		2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)	1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画(BCP)	1 あり
	災害に関する業務継続計画(BCP)	1 あり
	従業員に対する周知の実施	1 あり
	定期的な研修の実施	1 あり
	定期的な訓練の実施	1 あり
	定期的な見直し	1 あり
提携ホームへの移行【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第90条第1項	1 あり	

有料老人ホームの不適格事項 に規定する届出		1 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		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		2 なし	
		1 ありの場合	
		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	
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		

4. サービスの内容
(入居に関する要件)

～契約解除の内容～

- ①要介護の認定更新において入居者が自立と認定された場合
- ②入居者が死亡したとき
- ③入居者が30日の予告期間を置いて解除を通告し、予告期間が満了した場合
- ④施設が利用料の未払に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合
- ⑤入居者が他の介護保険施設への入居が決まり、その施設側で受け入れが可能となった場合

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 _____ 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等

介護サービスの種類	有無	主な事業所の名称	所在地	併設	隣接
<居宅サービス>					
訪問介護	2 無				
訪問入浴介護	2 無				
訪問看護	2 無				
訪問リハビリテーション	2 無				
居宅療養管理指導	2 無				
通所介護	2 無				
通所リハビリテーション	2 無				
短期入所生活介護	2 無				
短期入所療養介護	2 無				
特定施設入居者生活介護	1 有	やとみ翔裕館	愛知県弥富市竹田4-46		
福祉用具貸与	2 無				
特定福祉用具販売	2 無				
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2 無				
夜間対応型訪問介護	2 無				

地域密着型通所介護	1 有	デイサービスセンターしもかた	名古屋市千種区下方町3-13		
認知症対応型通所介護	2 無				
小規模多機能型居宅介護	2 無				
認知症対応型共同生活介護	1 有	グループホームしもかた	名古屋市千種区下方町3-13		
地域密着型特定施設入居者生活介護	1 有	すえひろ翔裕館	安城市末広町9-27		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2 無				
看護小規模多機能型居宅介護	2 無				
居宅介護支援	2 無				
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	2 無				
介護予防訪問看護	2 無				
介護予防訪問リハビリテーション	2 無				
介護予防居宅療養管理指導	2 無				
介護予防通所リハビリテーション	2 無				
介護予防短期入所生活介護	2 無				
介護予防短期入所療養介護	2 無				
介護予防特定施設入居者生活介護	1 有	やとみ翔裕館	愛知県弥富市竹田4-46		

介護予防福祉用具貸与	2 無				
特定介護予防福祉用具販売	2 無				
<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	2 無				
介護予防小規模多機能型居宅介護	2 無				
介護予防認知症対応型共同生活介護	1 有	グループホームしもかたしもかた	名古屋市千種区下方町3-13		
介護予防支援	2 無				
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	2 無				
介護老人保健施設	2 無				
介護医療院	2 無				
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	2 無				
通所型サービス	1 有	デイサービスセンターしもかた	名古屋市千種区下方町3-13		
その他生活支援サービス	2 無				

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						1 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)	個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)	包含※2			備考
			包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	1 あり	2 なし	○			
排泄介助・おむつ交換	1 あり	2 なし	○			
おむつ代		1 あり		○		実費
入浴（一般浴）介助・清拭	1 あり	1 あり	○	○	1,650円/回	週2回（3回目以降実費）
特浴介助	1 あり	1 あり	○	○	3,850円/回	週2回（3回目以降実費）
身辺介助（移動・着替え等）	1 あり	2 なし	○			
機能訓練	1 あり	2 なし	○			
通院介助	1 あり	1 あり	○	○	1,650円/時間	協力医療機関に限る （協力医療機関以外は実費）
口腔衛生管理	1 あり	2 なし	○			
生活サービス						
居室清掃	1 あり	1 あり	○	○	770円/30分	週1回（2回目以降実費）
リネン交換	1 あり	1 あり	○	○	550円/回	週1回（2回目以降実費）
日常の洗濯	1 あり	1 あり	○	○	550円/回	週2回（3回目以降実費）
居室配膳・下膳	1 あり	2 なし	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事		2 なし				
おやつ		1 あり		○		1食216円
理美容師による理美容サービス		1 あり		○		実費（外部からの訪問理美容ご利用時）
買い物代行	1 あり	1 あり	○	○	30分1,655円	清須市全域（それ以外は実費）
役所手続き代行	1 あり	2 なし	○			施設より30分以内（それ以外は実費）
金銭・貯金管理		2 なし				
健康管理サービス						
定期健康診断		1 あり		○	実費	希望により年2回実施（自己負担）
健康相談	1 あり	2 なし	○			
生活指導・栄養指導	1 あり	2 なし	○			
服薬支援	1 あり	2 なし	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	1 あり	2 なし	○			

入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	1 あり	1 あり	○	○	2,200円/時間	協力医療機関に限る (協力医療機関以外は実費)
入院中の洗濯物交換・買い物	1 あり	1 あり	○	○	1,100円/時間	協力医療機関に限る (協力医療機関以外は実費)
入院中の見舞い訪問	1 あり	2 なし	○			協力医療機関に限る

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3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。

別添 3 特定施設入居者生活介護（介護保険対象サービス利用料）

（１）家賃、共益費、管理費

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	内 容
家 賃	78,000 円							ご契約頂いたお部屋の 部屋代
共 益 費	41,500 円							建物の維持管理費
管 理 費	15,000 円（税込）							専用居室及び共用部の 水道光熱費
合 計(1)	134,500 円							

※月の途中での入退居については、「家賃・共益費・管理費」共に日割り計算となります。

■日割計算式：1ヶ月30日として日割計算します

（２）介護サービス基本単位（料金）

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	備考
基本単位 (1日)	183	313	542	609	679	744	813	
(2)負担割合 1割	6,442 円	10,936 円	19,163 円	21,479 円	23,899 円	26,146 円	28,531 円	1ヶ月（30 日として算 定）あたり の自己負担 額の目安
(3)負担割合 2割	12,883 円	21,871 円	38,326 円	42,958 円	47,797 円	52,291 円	57,062 円	
(4)負担割合 3割	19,324 円	32,807 円	57,489 円	64,436 円	71,695 円	78,436 円	85,593 円	

■自己負担額(2)(3)(4)には、下記加算①～④を含みます。

①地域加算：清須市＝6級地 1単位＝10.27円

②協力医療機関連携加算 ※1 1月100単位

③夜間看護体制加算(Ⅱ) ※2 9単位/日 要介護者に対する加算

④介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) ※3 介護サービス基本単位に 12.2%加算

※自己負担額の計算式(30日で算定)

①（基本単価（1日）×30日）＋（夜間看護体制加算（1日）×30日）＋協力医療機関連携加算＝総単位数

②総単位数×処遇改善加算率＝処遇改善加算の総額（小数点第一位を四捨五入）

③総単位数＋処遇改善加算の総額＝1ヶ月の合計単位数

④1ヶ月の合計単位数×地域単位（10.27円）＝介護報酬額（小数点第一位を切り捨て）

⑤介護報酬額×90%or80%or70%＝保険給付額（小数点第一位を切り捨て）

⑥上記④－上記⑤＝自己負担額

※1 協力医療機関連携加算は、協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て病歴等の情報を共有する会議を開催している場合に算定します。協力医療機関と病状が急変した場合等において、医師又は看護師が相談対応を行う体制や、施設側から診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保しています。

※2 夜間看護体制加算（Ⅱ）算定にあたり、看護に係る責任者を定め、管理者を中心に介護職員及び看護職員による協議のうえ、夜間における連絡・対応体制（オンコール体制）に関する取り決めを整備しております。また、看護職員が不在の際に介護職員が行う利用者の観察項目が標準化されており、必要時には看護職員に連絡する体制を整えております。さらに、重度化した場合における対応に係る指針を定めています。

※3 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は、介護職員の人材確保を推し進め、介護職員が安心して働ける環境を整える事により、介護サービスの質の向上を図ることを目的とした加算です。

（３）食事代

お食事代は、召し上がられた分のみの実費負担となります。

- ・朝食：５９４円（税込み８％） ・昼食：６９１円（税込み８％）
- ・夕食：７８１円（税込み１０％） ・おやつ：２１６円（税込み８％）

〔１日の金額：２，２８２円税込み〕

１ヶ月あたりの目安 （３０日として算定）	６８，４６０円
-------------------------	---------

（４）対象時加算

- ・退院退所時連携加算３０単位／日：病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から入居した場合に、入居日から３０日以内の期間算定します。３０日以上入院又は介護老人保健施設や介護医療院への入所後再び入居した場合にも同様に算定します。
- ・退去時情報提供加算２５０単位／回：医療機関へ退所する際、医療機関に対し入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴を示す情報を提供した場合に、入所者等１人につき１回に限り算定します。
- ・看取り介護加算（Ⅰ）：看取りに関する指針を定め、医師が一般的な医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した入居者に対して、多職種共同にて介護に係る計画を作成し入居者又はその家族の同意のもと、入居者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。看取り介護の実施に際しては、ご家族への十分な説明を行いご理解と同意を得たうえですすめて参ります。

死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位/日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位/日
死亡日前日及び前々日	680 単位/日
死亡日	1,280 単位/日

（５）医療費、おむつ代、理美容、その他消耗品等、個別的選択によるサービスに

ついては実費分をご請求します。

また、病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を利用した場合には、その実費分（往復）をご請求します。

（６）敷金 なし

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、以下事業所サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和.....年.....月.....日

事業所
住所 埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-11-9
ニッセイ大宮桜木町ビル 8 階
事業者名 株式会社 サンガジャパン
代表者名 代表取締役 山口 智博

事業所
住所 愛知県清須市須ヶ口 3 0 2 - 1
サービス 介護予防特定入居生活介護・特定入居者生活介護
事業所名 きよす翔裕館
事業所番号 2377300807

説明者

氏名.....

私は、貴事業所を利用するに当たり、貴事業所サービスの内容及び重要事項の説明を受け、内容について同意しました。

令和.....年.....月.....日

本人

住所.....

氏名.....

私は、利用と同様に説明を受け内容について同意しました。また本人の契約意思を確認し、以下選択した立場として署名します。

署名者

住所.....

氏名.....

本人と関係.....

※署名者の該当する立場に○を付けてください。複数該当可。

署名代行者 ・ 法定代理人 ・ 任意代理人

署名代行の理由.....

