

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

すえひろ翔裕館

※愛知県においては、一般居室、介護居室の別を行っていません。
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 1.1

記入年月日	2024 年 10 月 1 日
記入者名	大山 龍治
所属・職名	管理者
取込種別	1 追加
被災確認事業所番号	2300090012007

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	かぶしきかいしゃ さんがじゃぱん (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	0300-01-131053
主たる事務所の所在地	〒 330 - 0854	
	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番9号	
連絡先	電話番号	048 - 614 - 1541
	FAX番号	048 - 614 - 1552
	メールアドレス	suehiro @ sangajapan.jp
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	https:// www.sanga-kaigo.co.jp
代表者	氏名	神成 裕介 ・ 洞口 淳一 ・ 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	すえひろしょうゆうかん (ふりがな)				
	すえひろ翔裕館				
所在地	〒	446	-	0038	
	愛知県安城市末広町9番地27				
所在地 (建物名等)	すえひろ翔裕館				
市区町村コード	都道府県	愛知県	市区町村	232122 安城市	
主な利用交通手段	最寄駅	JR安城			駅
	交通手段と所要時間	JR東海道本線安城駅から徒歩5分			
連絡先	電話番号	0566	-	93	- 5575
	FAX番号	0566	-	93	- 5576
	メールアドレス	suehiro			@ sangajapan.jp
	ホームページ有無	1 有			
	ホームページアドレス	https://	www.sanga-kaigo.co.jp		
管理者	氏名	大山 龍治			
	職名	管理者			
建物の竣工日		2018	年	2	月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		2021	年	1	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	2393100256					
	指定した自治体名	安城市					
	事業所の指定日	2021	年	1	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	1,425.78	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			
		賃貸の種別	1 普通貸借		
		抵当権の有無	1 あり		
		契約期間	1 あり		
			開始	2018 年 4 月 1 日	
			終了	2048 年 3 月 31 日	
契約の自動更新	1 あり				
建物	延床面積	全体	1549.26 m ²		
		うち、老人ホーム部分	1338.35 m ²		
	耐火構造	1 耐火建築物			
		3 その他の場合			
	構造	2 鉄骨造			
		4 その他の場合			

居室の状況	居室区分 【表示事項】	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		1 あり					
		契約期間		開始					
				2018	年	4	月	1	日
				終了					
				2048	年	3	月	31	日
		契約の自動更新		1 あり					
		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	3	ヶ所	個室	3	ヶ所
				大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2	ヶ所	チェアー浴	1	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			
	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)

<p>運営に関する方針</p>	<p>常に愛情と敬意をもって利用者の自立を助け、利用者一人一人のニーズと意思を尊重した支援を行います。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>利用者の自立を支援し、家庭的な雰囲気でお過ごせるよう支援します。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>2 委託</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(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	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし
	医療機関連携加算	2	なし
	口腔衛生管理体制加算	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
	看取り介護加算 (I)	2	なし
	看取り介護加算 (II)	2	なし
	認知症専門ケア加 算	(I)	2
(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
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	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	<input type="radio"/>	救急車の手配		
	<input type="radio"/>	入退院の付き添い		
	<input type="radio"/>	通院介助		
	<input type="radio"/>	その他	訪問診療	
1	名称	かきつばた在宅ケアクリニック		
	住所	知立市堀切3丁目18-1 堀切ビル2F		
	診療科目	内科・外科・循環器内科・呼吸器内科・精神科 皮膚科・老年内科		
	協力科目			
	協力内容	訪問診療		

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	1	名称	いまえだ歯科クリニック
		住所	刈谷市末広町1丁目19-9
		協力内容	訪問診療
	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		
		その他		
判断基準の内容				
手続きの内容				
追加的費用の有無				
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無				
従前の居室との仕様の変更	面積の増減			
	便所の変更			
	浴室の変更			
	洗面所の変更			
	台所の変更			
	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	2	なし
	要介護の者	1	あり
留意事項	無し		
契約解除の内容	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場合など		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第30条	
	解約予告期間	1	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 7泊目より1泊2日で10,000円(税込) 3食おやつ付、入浴1回	
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	0.9
生活相談員	2	1	1	1.84
直接処遇職員	18	5	13	13.07
介護職員	16	4	12	11.21
看護職員	2	1	1	1.86
機能訓練指導員	1	0	1	0.34
計画作成担当者	1	0	1	0.1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	1	0	1
その他職員	0	0	0	0
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	7	2	5
実務者研修の修了者	3	1	2
初任者研修の修了者	1	0	1
介護支援専門員	1	0	1

(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	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 0 分 ~ 9 時 0 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	1 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)	: 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	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									
		1 ありの場合		資格等の名称							介護福祉士
		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		2	1	2	12	1	1	1	0	0	1
前年度1年間の退職者数		1	0	3	4	0	0	0	1	0	1
応業務に 従事した 職員の 人数 経験年数 に	1年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	1	0	3	1	1	0	0	0	1
	3年以上 5年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0
	10年以上	2	0	0	2	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	物価の変動や人件費の増額、または厚生労働者による介護報酬改定時
	手続き	利用者に追加し書面で同意（署名捺印）をいただきます

(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	要介護1	要介護1	
	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		211,009 円	216,009 円	
家賃		70,000 円	75,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	18,989 円	18,989 円	
	介護保険外※2	食費	64,020 円	64,020 円
		管理費	16,500 円	16,500 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	0 円	0 円
その他	41,500 円	41,500 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	近隣の共同住宅家賃に入居一時金相当分を加算して算定
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。	

管理費	専用居室及び共用部の水道光熱費に充当
食費	朝食486円（税込）、昼食770円（税込）、夕食770円（税込） おやつ108円（税込）
光熱水費	共用部（リビング、風呂、談話室等）の使用料に充当
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	共益費として 41,500円

(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（上乘せサービス）	なし
※ 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	11	人
	女性	17	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	1	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	12	人
	要介護 2	5	人
	要介護 3	5	人
	要介護 4	3	人
入居期間別	要介護 5	3	人
	6ヶ月未満	8	人
	6ヶ月以上1年未満	5	人
	1年以上5年未満	13	人
	5年以上10年未満	2	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	85.2	歳
入居者数の合計	28	人
入居率※	97	%

※ 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	1	人
	社会福祉施設	1	人
	医療機関		人
	死亡	2	人
	その他	1	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)	

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	
窓口の名称	すえひろ翔裕館
電話番号	0566 - 93 - 5575
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	土・日・祝祭日

窓口2										
窓口の名称		株式会社 サンガジャパン西日本支社								
電話番号		075	-	256	-	8700				
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		土・日・祝祭日								
窓口3										
窓口の名称		安城市高齢福祉課								
電話番号		0566	-	76	-	1111				
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝祭日								
窓口4										
窓口の名称		愛知県国民健康保険団体連合会								
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		土・日・祝祭日								
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による賠償責任保険に加入
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	当施設で発生した事故については速やかに損害を賠償します
事故対応及びその予防のための指針	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	
	1 ありの場合	
	実施日	2020/1/29
	結果の開示	1 あり
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

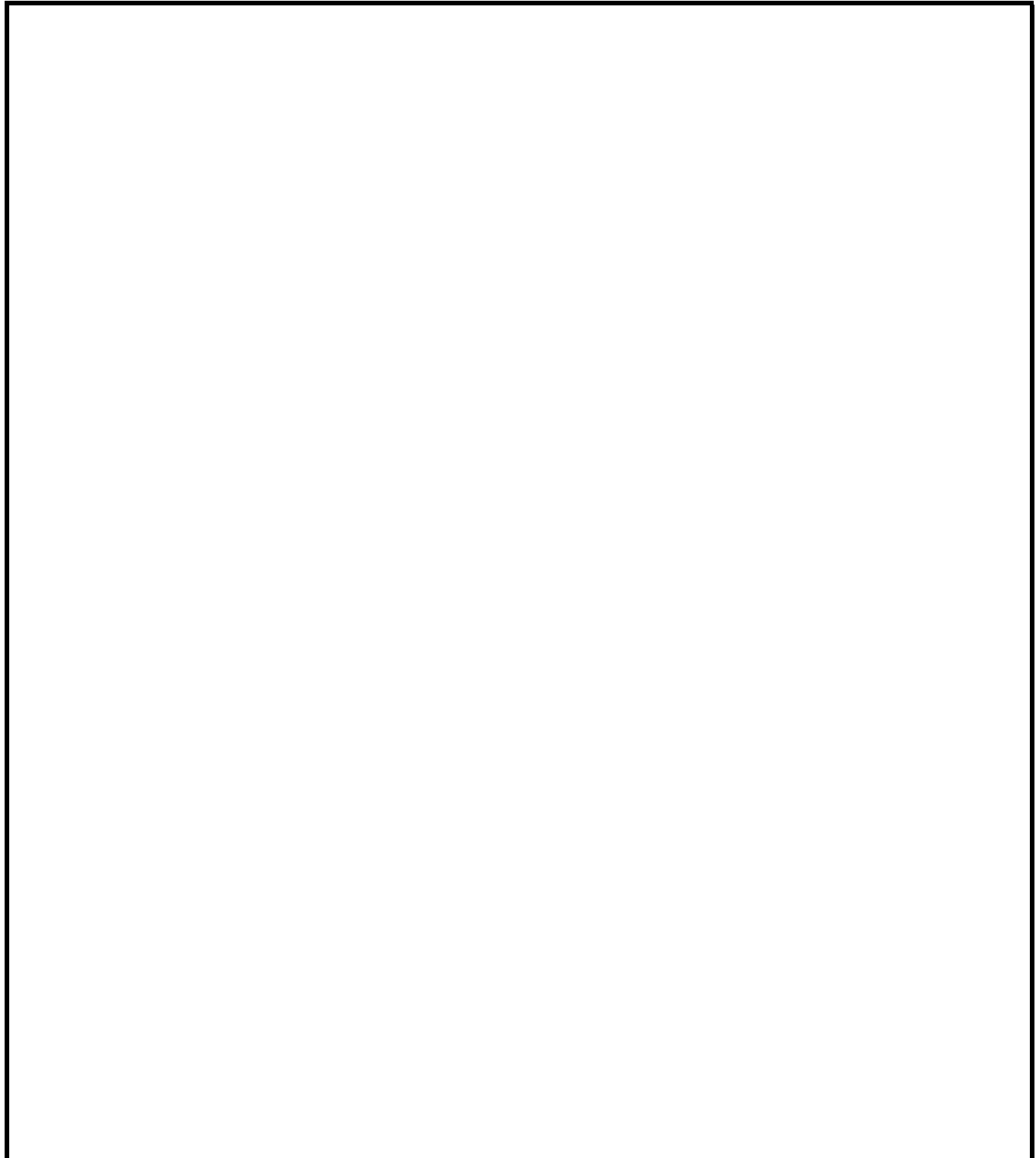
入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開
管理規程	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 4 回	
	2 なしの場合	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
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	2 なし	
	1 ありの場合	
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	提携ホーム名	
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	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	
	1 あり	
	2 なし	
	1 ありの場合	
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	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	
--	-------------------	--

備考





添付書類： 別添 1（別の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。

地域密着型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	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	内容
家賃	70,000円非課税(2階)・75,000円非課税(3階)					ご契約頂いたお部屋の部屋代
共益費	41,500円(非課税)					共用部(リビング、風呂、談話室等)の使用料
管理費	16,500円(税込)					専用居室及び共用部の水道光熱費
合計(1)	128,000円(2階)・133,000円(3階)					

※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)	546	614	685	750	820	1ヶ月(30日として算定) あたりの自己負担額の目安
協力医療機関連携加算(I)	上記基本単位に1月100単位を加算					
処遇改善加算(II)	上記基本単位に「12.2%」を加算					
(2)負担割合1割	18,989円	21,340円	23,795円	26,042円	28,461円	
(3)負担割合2割	37,978円	42,680円	47,589円	52,083円	56,923円	
(4)負担割合3割	56,968円	64,020円	71,384円	78,125円	85,384円	

■自己負担額(2)(3)には、地域加算と処遇改善加算を含みます。

■地域加算：安城市＝6級地 1単位＝10.27円

■協力医療機関連携加算(I) 1月100単位

■退院・退所時連携加算 1月つき30単位(入居日から30日まで)

■介護職員処遇改善加算(II) 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総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×12.2%＝1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)

②上記①で得た1ヶ月の単位数×10.27円＝1ヶ月の介護報酬額(小数点第一位を切り捨て)

③上記②で得た1ヶ月の介護報酬額×90%or80%or70%＝介護保険負担額(小数点第一位を切り捨て)

④上記②－上記③＝自己負担額

(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。(課税) 軽減税率適用

・朝食：486円・昼食：770円・夕食：770円
・おやつ：108円 [1日の金額：2,134円]

1ヶ月あたりの目安 (30日として算定)	64,020円
-------------------------	---------

(4) 医療費、おむつ代、消耗品等 実費

令和 年 月 日

当事業所の地域密着型特定施設入居者生活介護サービスについて、本書面に
基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目 11 番 9 号

名 称 株式会社サンガジャパン

説明者 事業所名 すえひろ翔裕館

氏 名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて、事業者から地域密着型特定施設入居者生活介護
サービスについての重要な事項の説明を受け、同意しました。

本 人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(続柄 : _____)