

重要事項説明書

記入年月日	令和6年8月1日
記入者名	野名 秀明
所属・職名	代表者代表取締役

1. 設置者概要

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやさくら 株式会社さくら	
主たる事務所の所在地	〒517-0603 三重県志摩市大王町波切3401-17	
連絡先	電話番号	0599-65-7031
	FAX番号	0599-65-7057
	ホームページアドレス	http://www.suzuran1.jp
代表者	氏名	野名 秀明
	職名	代表者代表取締役
設立年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 21年6月17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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたくすずらんとよた サービス付き高齢者向け住宅すずらんとよた	
所在地	〒470-0376 愛知県豊田市高町東山133-1	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄線 猿投駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・とよたおいでんバス8さなげ・足助線で乗車8分、「運動公園」停留所で下車、徒歩10分 ② 徒歩の場合 ・駅歩17分
連絡先	電話番号	0565-46-6171
	FAX番号	0565-46-6172
	ホームページアドレス	http://www.suzuran1.jp
管理者	氏名	野名 秀明
	職名	代表者代表取締役
建物の竣工日		2016年2月1日
有料老人ホーム事業の開始日		2016年10月1日

3. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	豊田市有料老人ホーム設置運営指導指針および愛知県高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携があり、また、常時職員による緊急時対応が可能な体制となっております。
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

(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 ※福数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ② その他（ご利用者様の希望、介護の程度の変化等）	
判断基準の内容	他の部屋に空きがあり、介護の程度により部屋の場所を移動した方がご利用者様の介護がし易いなどを主治医、担当看護師、担当介護支援専門員等の助言等があり、これがお利用者様、ご親族様からのご要望と合致する等の合理的な理由がある場合。	
手続きの内容	入居契約書の覚書による居室の変更	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	同じ	
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（居室により微小の誤差があるため） 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 ② なし (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	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	介護するにあたり、医師法その他その行為をすることに資格を有することを必要とする行為の伴う症状のある方については、受入の可否について都度相談を要する。	
契約の解除の内容	期間満了時、「入居契約書」第11乃至13条記載の内容に該当した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	「入居契約書」第11条
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり（内容： ） ② なし	
入居定員	20人	
その他		

4. 職員体制

(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	0.6
生活相談員	1		1	0.6
直接処遇職員	9		9	2.94
介護職員	7		7	2.71
看護職員	2		2	0.23
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	9		9	0.88
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※2				176
※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			
介護福祉士	1		1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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	2		2
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1		1

あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～ 翌朝8時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1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】	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 2 なし					
	業務に係る 資格等		① あり								
			資格等の名 称		柔道整復師						
		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			0		1		0				
前年度1年間の 退職者数			0		0		0				
じた業務に 従事した 職員の 人数 に 経験 年数 に 応	1年未満		0		1		0				
	1年以上 3年未満		0		1		0				
	3年以上 5年未満		2		4		0				
	5年以上 10年未満		0		0		1				
	10年以上		0		0		0				
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

5. 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 ※該当する方式を全て選択	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	入居契約書第20条に基づく合意
	手続き	入居契約書にかかる合意書等における合意

(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1～要介護5		
	年齢	平均86歳		
居室の状況	床面積	18.05～21.046㎡		
	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	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		円	円	
サービス費用	家賃	45,000円	円	
	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費※月30日換算の場合	45,000円	円
		共益費	25,000円	円
		生活支援費	25,000円	円
		清掃・洗濯費	5,000円	円
その他	円	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	近隣地域の賃貸料金相場に基づく
敷金	家賃の 〇ヶ月分
共益費	水道・光熱費等より算出
生活支援費	緊急時対応、その他日常介護費用を含む
食費	朝食400円、昼食700円、夕食700円
清掃・洗濯費	清掃委託代金、洗剤およびこれにかかる人件費等
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	

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	
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）	
※ 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）		〇ヶ月
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）		〇円
初期償却率		〇%
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： 〇）	

6. 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	2人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	5人
	要介護2	5人
	要介護3	5人
	要介護4	2人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	13人
	5年以上 10年未満	4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	83.85歳
入居者数※の合計	20人
入居率※※	100%
豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む)	4人

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(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	2人
	医療機関	人
	死亡者	2人
	その他	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	2人
		特別養護老人福祉施設の入居順待ち

7. 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）

※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		株式会社さくら
電話番号		0565-46-6171
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土、日曜日および年末年始

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		豊田市 介護保険課
電話番号		0565-34-6634
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		年末年始等

(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	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 賠償責任1億、訴訟対応費用500万、初期対応費用500万
	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	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 賠償責任1億、訴訟対応費用500万、初期対応費用500万
	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

(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	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		

8. 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 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

9. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	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:) 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 (事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業)

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)

※

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 森谷 尚夫

※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 事業者が愛知県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	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスす ずらんとよた	豊田市高町東 山132-12
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスす ずらんとよた	豊田市高町東 山132-12
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

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						なし	あり	備考
	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※2）		有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）		月額利用料等を含む※3	その都度徴収※3	料金※4	
	介護サービス							
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
おむつ代			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,000円	1回当りの入浴介助につき1,000円
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
身辺介助（移動・着替え等）	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
通院介助	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			清掃・洗濯費に含む
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	3,000円	レンタル寝具を利用した場合、3,000円/月
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			清掃・洗濯費に含む
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おやつ			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,000円	2か月に1回訪問美容1回につき2,000円
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
その他								
巡回	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			2～3時間毎に巡回あり（生活支援費に含む）
緊急時対応（ナースコール等）	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			生活支援費に含む

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
 ※2：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）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額の利用料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。
 ※4：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。