

重要事項説明書

記入年月日	令和元年 7月26日
記入者名	谷垣 和輝
所属・職名	有料老人ホームしあわせ・ 管理者

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	法人の種類	<u>あり</u> 有限会社
	名称	なし (ふりがな) ゆうげんがいしゃしあわせ 有限会社しあわせ
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒512-1105	三重県四日市市水沢町横堀5131-3
事業主体の連絡先	電話番号	059-329-3930
	FAX番号	059-329-3931
	メールアドレス	shiwase@m4.cty-net.ne.jp
	ホームページ アドレス	https://shiwase-senior.co.jp/
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	谷垣 和輝
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成15年 1月 8日	

事業主体が県内で実施する他の介護サービス (有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む)

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地	入居者の利用数
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし			名
訪問入浴介護	あり	なし			名
訪問看護	あり	なし			名
訪問リハビリテーション	あり	なし			名
居宅療養管理指導	あり	なし			名
通所介護	あり	なし	デイサービスセンターしあわせ	四日市市水沢町横堀 5131-3	11名
通所リハビリテーション	あり	なし			名
短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイしあわせ	四日市市水沢町横堀 5131-1	名
短期入所療養介護	あり	なし			名
特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
福祉用具貸与	あり	なし			名
特定福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
夜間対応型訪問介護	あり	なし			名
地域密着型通所介護	あり	なし			名
認知症対応型通所介護	あり	なし			名
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームしあわせ	四日市市水沢町横堀 5137-1	名
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			名
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
居宅介護支援	あり	なし	しあわせ居宅介護支援センター	四日市市水沢町横堀 5131-1	名
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問看護	あり	なし			名
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			名
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			名
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイしあわせ	四日市市水沢町横堀 5131-1	名
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			名
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			名
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名

介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームしあわせ	四日市市水沢町横堀 5137-1	名
介護予防支援	あり	なし	しあわせ居宅介護支援センター	四日市市水沢町横堀 5131-1	名
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし			名
介護老人保健施設	あり	なし			名
介護療養型医療施設	あり	なし			名
介護医療院	あり	なし			名

2. 有料老人ホーム事業の概要 (住まいの概要)

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) ゆうりょうろうじんほーむ しあわせ 有料老人ホーム しあわせ	
施設の所在地	〒512-1105 三重県四日市市水沢町横堀 5 1 3 1 - 1	
施設の連絡先	電話番号	0 5 9 - 3 2 9 - 3 9 3 0
	FAX番号	0 5 9 - 3 2 9 - 3 9 3 1
	メールアドレス	shiaiwase@m4.cty-net.ne.jp
	ホームページ アドレス	https://shiaiwase-senior.co.jp/
施設までの主な利用交通手段		
近鉄四日市駅 三交バス宮妻行 青木バス停下車 徒歩5分		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	谷垣 和輝
	職名	管理者
建物の竣工日	平成24年 1月20日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成16年 9月 1日	

(類型)【表示事項】

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)	
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)	
3 住宅型	
4 健康型	
1 又は 2 に該当する場合	
介護保険事業者番号	
指定した自治体名	
事業の開始 (予定) 年月日	
事業所の指定日	
指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2790㎡							
	所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし			
		事業者が賃借する土地							
		抵当権の設定	あり		なし				
		契約期間	あり	年月日～年月日		なし			
契約の自動更新	あり		なし						
建物	延床面積	全体	718.093㎡						
		うち、老人ホーム部分	458.658㎡						
	耐火構造	1 耐火建築物							
		2 準耐火建築物							
		3 その他 ()							
	構造	1 鉄筋コンクリート造							
		2 鉄骨造							
		3 木造							
		4 その他 ()							
	所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし			
事業者が賃借する建物									
抵当権の設定		あり		なし					
契約期間		あり	年月日～年月日		なし				
契約の自動更新		あり		なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室							
		2 相部屋あり							
		最少	人部屋						
	最大	人部屋							
	居室の状況	区分		室数	人数	トイレ	浴室	面積	
		一般居室 個室	あり	なし	12	/	有/無	有/無	13.55㎡
							有/無	有/無	㎡
							有/無	有/無	㎡
		一般居室 相部屋	あり	なし		/	有/無	有/無	㎡
							有/無	有/無	㎡
有/無							有/無	㎡	
介護居室 個室		あり	なし		/	有/無	有/無	㎡	
						有/無	有/無	㎡	
	有/無					有/無	㎡		
介護居室 相部屋	あり	なし		/	有/無	有/無	㎡		
					有/無	有/無	㎡		
					有/無	有/無	㎡		
一時 介護室	あり	なし			有/無	有/無	㎡		

共用施設	共用便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数		
			うち車椅子等の対応が可能な数	3	
	共用浴室の設置数	1	個浴	1	
			大浴場		
	共用浴室における介護浴槽の設置数			チェアー浴	
				リフト浴	
				ストレッチャー浴	
				その他 ()	
	食堂	あり	なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備		あり	なし	
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1、2に該当しない) 4 なし				
バリアフリーの対応状況	(内容) 高齢者の住宅建築基準に該当 手摺取付 幅広い廊下 (車いす並列2台可能) 段差なし				
その他の共用施設の設備状況	あり	なし			
	(内容) 健康管理室・談話室・機能訓練室・健康生きがい室・相談室				
緊急通報装置の設置状況	全居室内にあり	一部あり	なし		
外線電話回線の設置状況	全居室内にあり	一部あり	なし		
テレビ回線の設置状況	全居室内にあり	一部あり	なし		
消防用設備等	消火器	あり	なし		
	自動火災報知設備	あり	なし		
	火災通報設備	あり	なし		
	スプリンクラー	あり	なし		
	防火管理者	あり	なし		
	防災計画	あり	なし		
その他	年2回の避難訓練実施				

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保していくこと。より一層、入居者の個人的尊厳を確保して福祉の向上を図る。		
サービスの提供内容に関する特色	少人数の施設の為、入居者・ご家族のご要望を伺い細やかな対応を心掛ける。入居者個々の状態及び日々の変化をよく観察してサービスを提供する。		
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	委託	なし
食事の提供	自ら実施	委託	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	委託	なし
健康管理の供与	自ら実施	委託	なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施	委託	なし
生活相談サービス	自ら実施	委託	なし
利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況	別添		

(介護サービスの内容) ※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

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	個別機能訓練加算		あり	なし
	夜間看護体制加算		あり	なし
	医療機関連携加算		あり	なし
	看取り介護加算		あり	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	あり	なし
		(II)	あり	なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	あり	なし
		(I) ロ	あり	なし
(II)		あり	なし	
(III)		あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		なし

(医療連携の内容)

医療支援 可	※複数選択	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	小野外科内科	
		所在地	三重県四日市市智積町 6333	
		診療科目	内科 神経内科 消化器科 外科 整形外科 リハビリテーション科	
		協力内容	訪問診療・緊急時の対応等	
	2	名称	水沢病院	
		所在地	三重県四日市市水沢町 638-3	

		診療科目	精神科・神経科・内科・循環器内科
		協力内容	緊急時の対応等
協力歯科医療機関		名称	高花平デンタルクリニック
		所在地	三重県四日市市高花平 3-1-3
		協力内容	訪問診療

(要介護時にお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			
入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		あり	なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		あり	なし
従前の居室 との 仕様変更	面積の増減	あり	なし
	便所の変更	あり	なし
	浴室の変更	あり	なし
	洗面所の変更	あり	なし
	台所の変更	あり	なし
	その他の変更	あり	(変更内容)
		なし	

(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	あり	なし
	要支援の者	あり	なし
	要介護の者	あり	なし
留意事項			
契約の解除の内容		有料老人ホームしあわせ入居契約書第 24 条 第 25 条による	
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	有料老人ホームしあわせ入居契約書第 24 条第 1 項	
	解約予告期間	2 か月	
入居者からの解約予告期間		1 か月	
体験入居	あり	(内容) 1 泊限り (16:00~9:00) 5000 円 朝・夕食代込 送迎は基本無し	
	なし		
入居定員		12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		
管理者	1				1	1
生活相談員		1			1	0.6
直接処遇職員	看護職員					
	介護職員		3	2	5	2.69
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員				1	1	0.1
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					37.5時間	
※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。						
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					1	
実務者研修の修了者						
初任者研修の修了者	1	1	2			
介護支援専門員						
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		
看護師及び准看護師						
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数		
	夜勤帯平均人数 (16時～ 9時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	1

(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		あり		なし					
	業務に係る 資格等	あり								
		資格等の名称	訪問介護員 2級							
		なし								
職員	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							
前年度1年間の 退職者数										
応じた 業務に従事した 職員の人数 経験年数に	1年未満		2							
	1年以上		1							
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上			2		1				
	10年未満									
10年以上										
職員の健康診断の実施状況			あり				なし			



【 費用及び利用料の一覧表 】

1. 1ヶ月のホーム利用料金（1ヶ月30日）

要介護度	個人負担額					
	介護費	部屋代	食事代	水光熱費	日用消耗品費	個人負担額
介護度1	37,500	42,000	39,000	10,000	3,500	132,000
介護度2	37,500	42,000	39,000	10,000	3,500	132,000
介護度3	52,500	42,000	39,000	10,000	3,500	147,000
介護度4	52,500	42,000	39,000	10,000	3,500	147,000
介護度5	52,500	42,000	39,000	10,000	3,500	147,000

※ 食事代…朝 250 円/回 昼（おやつ込み）650 円/回 夕 400 円/回

2. 諸雑費の徴収について

当ホームでは入居者の利便性を図るため、最低 10,000 円を徴収します。その用途は入居者のお菓子の購入費、理美容代支払い費、医療費等、入居者自身の消費に係わる小口の雑費として支払うものです。雑費費は残金が少なくなった場合は、その都度徴収を行います。

3. 緊急の場合（緊急に入院が必要な場合および個人的に緊急外泊をされる場合）の対応

- (1) 介護費、日用消耗品費は日割り計算いたします。
- (2) 食材費のキャンセル料として 1,300 円いただくとともに、既にご利用いただいた食事代は、日割にて計算します。（ただし、前日の午前中にキャンセルを行った場合は、キャンセル料金は発生しません）
- (3) ご希望により、3ヶ月間はお部屋を確保いたします。
 ※ 確保時は部屋代と水光熱費の料金をいただきます。
- (4) 入院中のお世話（洗濯物の受け取り及び必要品のお届けなど）をご希望される方はお申し出ください。
 ※ お世話には介護費の料金をいただきます。

4. 外泊時（あらかじめ入院予定が明確な場合および個人的な理由による外泊）の対応

- (1) 前日午前中までにお申し出いただいた場合は、ご利用停止期間の間、お食事代を減額いたします。
 ※ 食事代…朝 250 円/回 昼（おやつ込み）650 円/回 夕 400 円/回
 ※ テレビ個室使用時
 テレビ電気料・・・300 円/月
 テレビレンタル料・・・1500 円/月
 ※ その他の電化製品は応相談になります。



入居者の個別選択によるサービス一覧表

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		あり		なし		備考	
特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	月額の利用料等でするサービス	あり	なし	あり	なし	※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。	
介護サービス							
食事介助	あり	なし	あり	あり	あり		
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	あり	あり		
おむつ代	—	なし	あり	なし	あり	実費	
入浴(一般浴)介助・清拭	あり	なし	あり	あり	あり		
特浴介助	あり	なし	あり	あり	あり		
身辺介助(移動・着替え等)	あり	なし	あり	あり	あり		
機能訓練	あり	なし	あり	あり	あり		
通院介助(協力医療機関)	あり	なし	あり	あり	あり	1時間以内毎に1,000円を徴収	
通院介助(協力医療機関以外)	あり	なし	あり	あり	あり	1時間以内毎に1,000円を徴収	
生活サービス							
居室清掃	あり	なし	あり	あり	あり		
リネン交換	あり	なし	あり	あり	あり		
日常の洗濯	あり	なし	あり	あり	あり		
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	あり	あり		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	—	なし	あり	なし	あり	実費	
おやつ	—	なし	あり	なし	あり	実費(施設外の理美容希望は、入退院時の同行と同額の費用を徴収)	
理美容師による理美容サービス	—	なし	あり	なし	あり	1回当り1,000円	
買い物代行(通常の利用区域)	あり	なし	あり	なし	あり	1回当り1,000円	
買い物代行(上記以外の区域)	あり	なし	あり	なし	あり	1回当り1,000円	
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし	あり	1月当り1,000円	
金銭・貯金管理	—	なし	あり	なし	あり	1月当り1,000円	
健康管理サービス							
定期健康診断	—	なし	あり	なし	あり	医療機関よりの請求金額	
健康相談	なし	なし	あり	なし	あり		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり		
服薬支援	あり	なし	あり	なし	あり		
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	なし	あり	なし	あり		
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	あり	なし	あり	なし	あり	1時間以内毎に1,000円を徴収	
入退院時の同行(協力医療機関)	あり	なし	あり	なし	あり	1時間以内毎に1,000円を徴収	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	あり	なし	あり	なし	あり	1時間以内毎に1,000円を徴収	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり	1月当り、介護度1・2は37,500円、介護度3以上は52,500円。1月に満たない場合は日割計算。	
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	あり		

