

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	須藤 治代
所属・職名	四季彩四日市施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人
名称	※法人の場合、その種類 (ふりがな) かぶしがいいしやあほんせらいふさぼーと 株式会社アバンセライフサポート 株式会社
主たる事務所の所在地	〒491-0912 愛知県一宮市新生3丁目9番1号
連絡先	電話番号 0586-52-5700 FAX番号 0586-52-5757 ホームページアドレス http://www.a-lifesupport.co.jp
代表者	氏名 天野 修一 職名 代表取締役
設立年月日	2005年 4月 15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)

名称	(ふりがな) しきさいよっかいち 四季彩四日市
所在地	〒510-0885 三重県四日市市日永四丁目5番57号
主な利用交通手段	最寄駅 四日市あすなろう鉄道「南日永」駅 交通手段と所要時間 電車利用の場合 ・四日市あすなろう鉄道南部線 南日永駅より 徒歩 5分
連絡先	電話番号 059-349-1720 FAX番号 059-349-1721 ホームページアドレス https://a-lifesupport.co.jp/elder/shikisai_yokkaichi/
管理者	氏名 須藤 治代 職名 施設長
建物の竣工日 年 月 日	
有料老人ホーム事業の開始日 2012年 7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 県（市） 事業所の指定日 平成 年 月 日 指定の更新日（直近） 平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1327.39㎡			
		所有関係			
建物	延床面積	1006.74㎡ 981.44㎡			
		うち、老人ホーム部分			
	耐火構造	1 耐火建築物	1 あり	2 なし	
		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	1 事業者が自ら所有する建物			
2 事業者が賃借する建物		1 あり	2 なし		
3 借主					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室	2 相部屋あり		
		居室区分			
		最小	最大		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	有/無	有/無	18㎡	30	個室
	有/無	有/無	㎡		
	有/無	有/無	㎡		
	有/無	有/無	㎡		
	有/無	有/無	㎡		
	有/無	有/無	㎡		

※「個室」「相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
		3ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所
	共用浴室	個室	3ヶ所	
		大浴場		
		チェア浴	1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	リフト浴	ヶ所
		ストレッチャー浴	ヶ所	
	食堂	1ヶ所	ストレッチャー浴	ヶ所
		その他 ()	ヶ所	
	入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり	2 なし	
2 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			
消防用設備 等	消火器	1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 あり	2 なし	
	防火管理者	1 あり	2 なし	
防災計画	1 あり	2 なし		
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1. 原則 65 歳以上の方を対象とし、その社会的孤立感の解消を図るため、施設において、公共の介護サービス等を利用することにより、利用者の要介護状態の心身の特徴を踏まえた日常生活向上の世話と、その他の必要な援助を行い、その有する能力に応じ心身共に充実、安定した生活を営む事を目的とする。</p> <p>2. 関係地方自治体や地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。
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

(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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I) 1 あり 2 なし (II) 1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ 1 あり 2 なし (I)ロ 1 あり 2 なし (II) 1 あり 2 なし (III) 1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	(介護・看護職員の配置率)	: 1
	1 あり	
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援	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 ()	
※複数選択可		
協力医療機関	1	名称 員沼内科 住所 三重県四日市市泊山崎町 10 番 1 号 診療科目 内科 協力内容 月 2 回の往診、健康相談、看護指導 (医療費、その他の費用は自己負担)
	2	名称 住所 診療科目 協力内容
協力歯科医療機関		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	1 一時介護室へ移る場合	
	2 その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
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 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 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり (変更内容) 2 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	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	自立、要支援は応相談		
契約の解除の内容	入居契約書第30条記載のとおり		
事業主体から解約を求めるとき	解約条項	入居契約書第30条	
入居者からの解約予告期間	解約予告期間	1ヶ月	
入居者の内容	1 あり (内容: 2泊3日 11,000円 ※食費・消費税込)	0.5ヶ月	
体験入居の内容	2 なし		
入居定員	30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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること)。

(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	
管理者	1	1	0.5
生活相談員			
直接迎遇職員			
介護職員	11	4	7
看護職員	1		1
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
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※2			
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延長時間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	6		6
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修(2級)の修了者	4	3	1
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	1		1
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			
はり師			
きゆう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

	夜勤帯の設定時間 (16時～10時)		最少時人数(休憩者等を除く)
	平均人数	人	
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※	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)	a 1.5:1以上	
			b 2:1以上	c 2.5:1以上
	【表示事項】		d 3:1以上	: 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 介護福祉士	
前年度1年間の採用者数	常勤	非常勤	常勤	非常勤
	1			
前年度1年間の退職者数	常勤	非常勤	常勤	非常勤
	2			
業務に従事した職員の人数	1 年未満			
	1年以上			
	3年未満			
	3年以上	1	6	
	5年未満			
	5年以上	2	1	
10年未満				
10年以上				
従業者の健康診断の実施状況	1 あり	2 なし		

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	
	2 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
	4 全額前払い方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 一部前払い・一部月払い方式	
	2 選択方式	
	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

年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし	3 月払い方式
	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	
条件	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	入居契約書第 28 条記載のとおり 三重県が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、管理費、食費・介護保険給付対象外サービス及び入居者の希望により提供する個人的サービスの費用の額を改定することが出来ます。		

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

入居者の状況	要介護度	プラン1		プラン2
	年齢	要介護1		
居室の状況	床面積	80 歳		
	便所	1 有	2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	浴室	1 有	2 無	1 有 2 無
	台所	1 有	2 無	1 有 2 無
月額費用の合計	前払金	0 円		
	敷金	0 円		
家賃	事務手数料	110,000 円		
		161,000 円		
特定施設入居者生活介護*1の費用	食費	54,000 円		
	管理費	52,000 円		
介護保険外*2の費用	介護費用	円		
	光熱水費	円		
その他		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、本欄には記入しない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣施設のワンルーム・1Kマンション・アパートの賃料と必要な設備備品、家具用の費用を考慮し設定。
敷金	家賃の 0ヶ月分 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
介護費用	52,000円
管理費	(朝食) 450円 (昼食) 620円 (夕食) 630円 (おやつ) 100円 1日1,800円 × 30日 = 54,000円 ※軽減税率消費税4,000円込
食費	管理費に含む。
光熱水費	利用者の個別的な選択に別添2
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	

(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	
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	算定根拠
想定居住期間(徴収年月数)	ヶ月
徴収の開始日	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(初期徴収額)	円
初期徴収率	%
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	1 連帯保証を行う銀行等の名称

保全先	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:)

7. 入居者の状況【費目に記した記入日現在】

入居者の人数(冒頭に記した記入日現在)	要介護1					要介護2					要介護3					要介護4					要介護5					計
	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性					
65歳未満																										
65歳以上75歳未満																										
75歳以上85歳未満	2																									
85歳以上	8																									
自立																										
要支援1																										
要支援2																										
65歳未満																										
65歳以上75歳未満																										
75歳以上85歳未満																										
85歳以上	1																									
合計																										
入居者の平均年齢																							90歳			
入居者の男女別人数	男性											女性											19人			
入居率(一時的に不在となっている者を含む)																							80%			
認知症高齢者数(日常生活自立度Ⅱ以上の者)																							人			
医療機関(認知症に限らず)へ受診中の者																							24人			
前年度に退去した者の状況																										
要介護1	1																									
要介護2	1																									
要介護3	1																									
要介護4	2																									
要介護5	3																									
計	1人																									
自宅等	1																									
社会福祉施設	1																									
医療機関	2																									
死亡者	1																									
その他	1																									
計	1人																									
自宅等	1																									
社会福祉施設	1																									
医療機関	1																									
死亡者	0																									
その他	0																									
計	0人																									

生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	1人			
	入居者側の申し出 (解約事由の例) 社会福祉施設に入居。自宅に戻られる。	4人			
入居者の入居期間					
入居期間	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	10年以上 15年未満	15年 以上	合計
入居者数	2	3	17	2	24人

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) ※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	施設内相談窓口
電話番号	059-349-1720
対応している時間	平日 8:30~17:30 土曜 8:30~17:30 日曜・祝日 8:30~17:30 なし
定休日	なし

窓口の名称	株式会社アバンセライフサポート
電話番号	0586-52-5700
対応している時間	平日 8:30~17:30
定休日	土曜日、日曜日、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	1 あり	(その内容) 損保ジャパン日本興亜(株)の賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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)
	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	1 あり	2 なし
	2 なし	結果の開示	1 あり	2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
	2 なし	評価機関名称	1 あり	2 なし
		結果の開示	1 あり	2 なし

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
	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

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	(内容)
	2 なし	2 代替措置なし

別添1

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	入居者利用数
＜居室サービス＞			
訪問介護	あり	なし	7バツセ介護センター ターよっかいち
訪問入浴介護	あり	なし	四日市市日永四丁目5番57号
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居室療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	
地域密着型通所介護	あり	なし	
認知症対応型通所介護	あり	なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	
＜居宅介護サービス＞			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
介護予防訪問看護	あり	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
介護予防支援	あり	なし	
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設	あり	なし	
介護老人保健施設	あり	なし	
介護療養型医療施設	あり	なし	
介護医療院	あり	なし	

添付書類：別添1（事業者が運営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 西暦 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			
	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）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり	あり				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					注1)
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					注1)
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					注1)
特浴介助	なし	あり	なし	あり					注1)
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					注1)
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					注1)
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					注1)
リネン交換	なし	あり	なし	あり					注1) リネン代は管理費に含まれる
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					注1)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					注1)
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり	○				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2,500円/1時間		注2)
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	2,500円/1時間		注2)
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	3,000円/1時間		※ご家族様へお繋ぎするまで
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	2,500円/1時間		注2)
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	2,500円/1時間		注2)
その他									
巡回	なし	あり	あり	なし	あり	○			
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	あり	なし	あり	○			

※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、前払いまたは月額サービスの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。

※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。

注1)：介護及び生活支援が必要になった場合には外部の在宅サービスを利用していただきます。

注2)：1時間以後は、30分増すごとに加算されます。深夜時間帯（22：00～6：00）のサービスは25%増しとなります。

