

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年3月1日
記入者名	山内 平
所属・職名	管理者・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」の一部改正について(令和4年8月18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3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3の記載内容で説明されているものとみなし、記載を省略して差し支えありません。

### 1. 設置者概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃさわやかくらぶ 株式会社 さわやか俱楽部	
主たる事務所の所在地	〒802-0044 福岡県北九州市小倉北区熊本二丁目10番10号	
連絡先	電話番号	093-551-5555
	FAX番号	093-513-3222
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sawayakaclub.jp/">https://www.sawayakaclub.jp/</a>
代表者	氏名	山本 武博
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 16年 12月 1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) さわやかとよたのさと さわやかとよ田の里	
所在地	〒470-0333 愛知県豊田市荒井町下原 416	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例:①車利用の場合 ・乗車約 2 分 ②徒歩の場合 ・約 7 分
連絡先	電話番号	0565-46-2714
	FAX番号	0565-46-2715
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sawayakaclub.jp/toyotanosato">https://www.sawayakaclub.jp/toyotanosato</a>
管理者	氏名	山内 平
	職名	管理者
建物の竣工日		2024年 3月 5日
有料老人ホーム事業の開始日		2024年 4月 1日

(類型) 【表示事項】※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

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	2373004916
	指定した自治体名	豊田市
	事業所の指定日	2024年 4月 1日
	指定の更新日（直近）	2030年 4月 1日

3. 建物概要 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

土地	敷地面積	1,084.51 m <sup>2</sup>			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）			
		抵当権の有無	1 あり	2 なし	
		契約期間		1 あり (年月日～年月日)	2 なし
	契約の自動更新		1 あり	2 なし	
建物	延床面積	全体			
		うち、老人ホーム部分			
	耐火構造	1 耐火建築物			
		2 準耐火建築物			
	構造	3 その他（）			
		1 鉄筋コンクリート造			
		2 鉄骨造			
		3 木造			
居室の状況	所有関係	4 その他（）			
		1 事業者が自ら所有する建物			
		2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）			
		抵当権の設定	1 あり	2 なし	
		契約期間		1 あり (年月日～年月日)	2 なし
	契約の自動更新		1 あり	2 なし	
居室区分	【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）			
		2 相部屋あり			
		最少		人部屋	
		最多		人部屋	
	トイレ		浴室	面積	室数
	タイプ1	有／無	有／無	16.53 m <sup>2</sup>	2
	タイプ2	有／無	有／無	16.61 m <sup>2</sup>	30
	タイプ3	有／無	有／無	16.82 m <sup>2</sup>	4
	タイプ4	有／無	有／無	16.96 m <sup>2</sup>	2
	タイプ5	有／無	有／無	17.02 m <sup>2</sup>	介護居室個室
	タイプ6	有／無	有／無	17.22 m <sup>2</sup>	介護居室個室
	タイプ7	有／無	有／無	17.27 m <sup>2</sup>	介護居室個室
	タイプ8	有／無	有／無	17.28 m <sup>2</sup>	介護居室個室
	タイプ9	有／無	有／無	17.35 m <sup>2</sup>	介護居室個室

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時

時介護室相部屋」の別を記入。				
共用施設	共用便所における便房	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房 うち車椅子等の対応が可能な便房	0ヶ所 4ヶ所
	共用浴室	ヶ所	個室 大浴場	4ヶ所 1ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チエアー浴 リフト浴 ストレッチャー浴	0ヶ所 0ヶ所 1ヶ所
			その他( )	ヶ所
	食堂	[1]あり [2]なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	[1]あり [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		
緊急通報装置等	居室	便所 1あり 2一部あり 3なし	浴室 1あり 2一部あり 3なし	その他( ) 1あり 2一部あり 3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	当施設の運営については、介護付有料老人ホーム「さわやかとよ田の里」が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者が心豊かに、明るく生活できるよう配慮いたします。			
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え各個人に応じた適切なサービスに努めます。			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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、記入不要

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  ※ 1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）以外に該当する場合を指す。  ※ 2 「地域密着型特定施	入居継続支援加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	協力医療機関連携加算 (※ 1)	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算 (※ 2)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退居時情報提供加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

「設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	看取り介護加算	(I)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		1あり	<input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(I)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(III)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(III)	<input type="checkbox"/> あり	2なし
		(IV)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(1)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(2)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(3)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(4)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(5)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(6)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(7)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(8)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(9)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(10)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(11)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(12)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(13)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
		(V)(14)	1あり	<input type="checkbox"/> なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	<input type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 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 豊田地域医療センター
		住所 愛知県豊田市西山町 3 丁目 30 番地 1
	2	診療科目 総合
		協力科目 訪問診療、緊急対応
	3	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	4	名称 医療法人 AGRIE MED AGREE CLINIC みよし
		住所 愛知県みよし市三好町 254 番地
	5	診療科目 内科
		協力科目 訪問診療、緊急対応
	6	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	7	名称 医療法人白青会 いしぎろ在宅診療所豊田
		住所 愛知県豊田市十塚町三丁目 36 番地 LEPUS ビル 301 号
	8	診療科目 内科
		協力科目 訪問診療、緊急対応
	9	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

			診療の求めがあつた場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称 住所 協力内容	医療法人社団あおば つぐみ歯科クリニック 愛知県名古屋市天白区平針 2-1009 平針ビル 302 訪問歯科	
	2	名称 住所 協力内容	医療法人十種会 丸子歯科 愛知県豊田市東梅坪町 8 丁目 7-6 訪問歯科	

(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	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	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 (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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	介護保険法における、要支援1から要介護5までの認定を受けた65歳以上の高齢者及び第2号被保険者。	
契約解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします。           <ul style="list-style-type: none"> <li>1、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第16条の契約の終了事由に該当した場合</li> <li>2、入居者からの契約解除に基づき解除をおこなった場合</li> <li>3、事業者からの契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合</li> <li>・入居者は以下に該当した時は30日以上前に規程様式の解約届を事業者に提出し、契約を解除することができます。               <ul style="list-style-type: none"> <li>1、入居者及び身元引受人が退去を希望する場合。</li> <li>2、事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく特定施設サービスを実施しない場合。</li> <li>3、事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反したとき。</li> <li>4、事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不诚信行為その他重大な事情が認められる場合。</li> <li>5、他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。</li> <li>・事業者は以下に該当した時は、30日以上の予告期間をもって契約を解除することができます。                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1、他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。</li> <li>2、利用料等の支払いを3ヶ月以上滞納したとき。</li> <li>3、入居時の提出書類で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。</li> <li>4、入院、外出等で3ヶ月以上居室を利用できなくなったとき。</li> <li>5、その他、利用契約の条項に反したとき。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条
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泊3日無料（食事込）以降1泊5,500円） 2 なし
入居定員	46人
その他	生活のご様子をブログや広報誌等に掲載することがあります。

## 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	0.5
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	23	9	14	16.3
介護職員	18	11	8	16.1
看護職員	8	1	7	4.2
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	1	0	0.5
その他職員	0	1	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			
介護福祉士	6	4	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1		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（19時00分～7時00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】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	1.8:1

※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						<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	業務に係る 資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり	資格等の名称					
		<input type="checkbox"/> なし	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
前年度1年間の採用者数	3	5	10	11	1	0	0	1
前年度1年間の退職者数	2	0	1	3	0	0	0	0
じた職員の人数に応じた業務に従事した経験年数	1年未満	1	5	9	8	0	0	1
	1年以上3年未満	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし						

6. 利用料金 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能  
(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式				
	<input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式				
	<input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式				
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式				
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式				
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式				
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 選択方式	<input checked="" type="checkbox"/> 全額前払い方式			
	※該当する方式を全て選択		<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 月払い方式				
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし	<input type="checkbox"/> 日割り計算で減額			
	<input type="checkbox"/> 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会において入居者もしくは身元引受人に説明する。

(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	84歳	86歳
居室の状況	床面積	16.60m <sup>2</sup>	16.60m <sup>2</sup>
	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	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		196,575円	216,338円
家賃		70,000円	70,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	5,951円	26,440円
	介護保険外※2 食費	58,320円	58,320円
	管理費	51,500円	51,500円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	11,000円	11,000円
	その他	0円	0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	70,000円（非課税）
敷金	0円
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	51,500円（消費税4,681円含む）
食費	58,320円（消費税4,320円含む）
光熱水費	水道代（定額1,650円税込）+電気代（共用部との面積按分）
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	寝具リース料（127円/日）、預かり金手数料（1,100円/月消費税100円含む）、洗濯業務委託料（5,296円/月）、電話料（実費）、複写物（10円/枚）、買い物代行（1,100円/時間消費税100円含む）

	円含む)、個別の外出付き添い(1,650円/時間消費税150円含む)等
--	-------------------------------------

(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、記入不要

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	介護報酬の告示上の額
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)	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 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: )	

## 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	20人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	9人
	要介護1	10人
	要介護2	10人
	要介護3	3人
	要介護4	2人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	20人
	6ヶ月以上 1年未満	15人
	1年以上 5年未満	0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歳
入居者数※の合計	35人
入居率***	60%
豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む)	2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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の	施設側の申し出	人

状況		(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）

※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	さわやかとよ田の里	
電話番号	0565-46-2714	
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
定休日	なし	

### （外部の苦情処理機関）

窓口の名称	愛知県国保連合会介護福祉室内 苦情相談室	
電話番号	052-971-4165	
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)サービスの提供に伴って当事業所の責任により利用者の生、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められた場合には、事業者の損害賠償責任が生じない場合があります。
	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)保険会社と協議の上、対応を行います。
	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実施日		
		結果の開示	1 あり	2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実施日		
		評価機関名称		
		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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	担当者の配置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）を行うこと	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	1 あり 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし	
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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり（提携ホーム名： ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 合致しない事項がある場合の内容	1 あり <input type="checkbox"/> なし	
「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

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
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	
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	さわやかいなざわ館 愛知県稻沢市平和町前平53-1
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	さわやかいなざわ館 愛知県稻沢市平和町前平53-1
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	
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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	
地域密着型通所介護	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	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
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	さわやかいなざわ館 愛知県稻沢市平和町前平53-1
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	さわやかいなざわ館 愛知県稻沢市平和町前平53-1
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	
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
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(あり)	併設・隣接	
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
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	
介護医療院	あり(なし)	併設・隣接	
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>			
訪問型サービス	あり(なし)	併設・隣接	
通所型サービス	あり(なし)	併設・隣接	

他の生活支援サービス	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<sup>※1</sup>

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用で、実施するサービス（利用者一部負担 <sup>※2</sup> ）	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）			月額利用料等に含む <sup>※3</sup>	その都度徴収 <sup>※3</sup>	料金 <sup>※4</sup>
介護サービス						備 考	
食事介助	なし	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			
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			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	1,650円（消費税150円含）	※付添いができる範囲を明確化すること 協力医療機関以外は1,650円/時間（消費税150円含む）
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	寝具リース料127円/消費税11円含）	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		5,296円（消費税481円含）	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			
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	○		月額の食費に含む
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	○	1,100円/時間（消費税100円含）	※利用できる範囲を明確化すること 施設外への買い物代行（趣味・嗜好品の場合） 1,100円/時間（消費税100円含む）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理			なし	あり	○	預かり金手数料1,100円/月（消費	

						税 100 円含)	
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり	○	実費	年 2 回
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	○	1,650 円/時間 (消費 税 150 円含)	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		1,650 円/時間 (消費 税 150 円含)	※付添いができる範囲を明確化すること 協力医療機関以外は 1,650 円/時間(消費税 150 円含む)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		1,650 円/時間 (消費 税 150 円含)	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			
その他							
巡回	なし	あり	なし	あり			
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	なし	あり			

※ 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）。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）。

※ 2 : 「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。