

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
	古田 ひろ美
所属・職名	施設長

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	あり 株式会社	なし
	名称	(ふりがな) 株式会社 サン・ドリームナゴヤ	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒463-0801	愛知県名古屋守山区竜泉寺一丁目1303番地	
事業主体の連絡先	電話番号	052-794-8888	
	FAX番号	052-794-8825	
	メールアドレス	maususinn1303@yahoo.co.jp	
	ホームページアドレス	https://www.shinsei-kan.com	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	廣石 勝巳	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	昭和59年04月11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	ヘルパーステーション元気	三重県志摩市磯部町六川1323	14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	デイサービスさくらんぼ	三重県志摩市磯部町六川1323	19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			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
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			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			名
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし			名
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			名
介護予防訪問看護	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
介護予防通所介護	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			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			名
介護予防支援	あり	なし			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

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)	じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ 住宅型有料老人ホーム
		しましんせいかん 志摩新生館
施設の所在地	〒517-0213	三重県志摩市磯部町穴川1323
施設の連絡先	電話番号	0599-55-0152
	FAX番号	0599-56-1115
	メールアドレス	simasinseikan@yahoo.co.jp
	ホームページ アドレス	https://www.shimashinsei-kan.com
施設までの主な利用交通手段		
近鉄電車(穴川駅下車 徒歩10分) (志摩磯部駅より車で5分) 車		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	古田 ひろ美
	職名	施設長
建物の竣工日		H07.06.30
有料老人ホーム事業の開始日		H28.02.01

(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	1871.33			m ²				
	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	19年 5月24 日～ 69年5月 24日	なし				
契約の自動更新	あり		なし						
建物	延床面積	全体	2993.26		m ²				
		うち、老人ホーム部分	2993.26		m ²				
	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	1人部屋						
	最大	2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	18	/	有/無	有/無	23.22 m ²
					4		有/無	有/無	16.38 m ²
							有/無	有/無	m ²
		一般居室 相部屋	あり	なし	2	4	有/無	有/無	23.22 m ²
					7		有/無	有/無	34.83 m ²
9					有/無		有/無	26.65 m ²	
介護居室 個室		あり	なし		/	有/無	有/無	m ²	
						有/無	有/無	m ²	
						有/無	有/無	m ²	
介護居室 相部屋	あり	なし			有/無	有/無	m ²		
					有/無	有/無	m ²		
					有/無	有/無	m ²		
一時 介護室	あり	なし			有/無	有/無	m ²		

共用施設	共用便所の設置数	8	うち男女別の対応が可能な数		0	
			うち車椅子等の対応が可能な数		1	
	共用浴室の設置数	2	個浴		1	
			大浴場		1	
	共用浴室における介護浴槽の設置数	2	チェアー浴		2	
			リフト浴		0	
			ストレッチャー浴		0	
			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) 玄関 ・一階、三階お風呂入口					
その他の共用施設の設備状況	あり	なし				
	(内容)					
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						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供を努めます。		
サービスの提供内容に関する特色	元気がとりえの地元志摩市のヘルパーさん達による、利用者の立場に立ったサービスを提供します。		
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	※複数選択可	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	おかむらクリニック	
		所在地	三重県志摩市阿児町鶉方3016-24	
		診療科目	胃腸科、外科、内科、肛門科	
		協力内容	往診、受診	
	2	名称	西岡記念セントラルクリニック	
		所在地	三重県志摩市磯部町迫間375	
		診療科目	内科、皮膚科、整形外科、脳神経内科	
		協力内容	往診、受診	

協力歯科医療機関	名称	O I C 訪問歯科
	所在地	三重県志摩市阿児町鶴方 5019 番地
	協力内容	往診

(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	同居室		
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 (希望の居室が空いたとき)		
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	
	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	生活保護受給者入居可能		
契約の解除の内容	・他の入居者の生活、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。・家賃や生計費の支払いを怠り、未納金が3か月に達した時 ・入居者が社会的に重大な犯罪を犯したとき。		
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	住宅型有料老人ホーム志摩新生館入居契約書 第4条 (契約の解除)	
	解約予告期間	1 か月	
入居者からの解約予告期間	2 か月		
体験入居	あり	(内容) 一泊2日 (3食付き) ¥5,000-	
	なし		
入居定員	58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						
直接処遇職員						
看護職員						
介護職員		2			2	2
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	3	2			5	4
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				40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	3					
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						
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		
	宿直帯平均人数（19時～07時）	最少時人数（休憩者等を除く）
介護職員	宿直・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		あり		なし						
	業務に係る資格等	あり		資格等の名称		介護福祉士		なし			
		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											
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										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
	10年以上										
職員の健康診断の実施状況			あり		なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

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 すべて選択	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	あり	なし
要介護状態に応じた金額設定	あり	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	
	手続き	

(利用料金のプラン)【代表的なプラン2例】

		プラン1		プラン2		
入居者の状 況	要介護度	要介護 2		要介護 1 (夫婦)		
	年齢	85歳		89歳、87歳		
居室の状況	床面積	23.22 m ²		34.83 m ²		
	便所	あり	なし	あり	なし	
	浴室	あり	なし	あり	なし	
	台所	あり	なし	あり	なし	
入居時点で 必要な費用	前払金	円		円		
	敷金	78,000円		118,000円		
月額費用の合計		126,000円		228,000円		
サービス費用	家賃	39,000円		59,000円		
	介護保 険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円		円	
		食費	45,000円		90,000円	
		管理費	42,000円		79,000円	
		介護費用	円		円	
		光熱費（管理費込）（12月～2月 6月～8月 2,000円プラス）				
往診付き添いのみ 300円	往診付き添い・病院支払	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、本欄には記入しない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	Aタイプ39,000円 Bタイプ46,000円 Cタイプ59,000円 Dタイプ30,000円
敷金	家賃の2か月分
介護費用	電動ベット1,000円 老人車、車イス他一律500円
管理費	Aタイプ42,000円 Bタイプ46,000円 Cタイプ79,000円 Dタイプ37,000円
食費	45,000円(30日分)
光熱水費	管理費に含まれるが12月～2月・6月～8月 2,000円プラス
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添
その他のサービス利用料	
その他留意事項	

(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(上乘せサービス)	
※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	
想定居住期間(償却年月数)	か月
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

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	
65歳未満						0人	
65歳以上75歳未満				0		0人	
75歳以上85歳未満					1	1人	
85歳以上	7	4	3	5	4	23人	
				/			計24人
	自立	要支援1	要介護2	/			
65歳未満	2			/			2人
65歳以上75歳未満	1			/			1人
75歳以上85歳未満	2		1	/			3人
85歳以上				/			人
					合計	31人	
入居者の平均年齢							86歳
入居者の男女別人数	男性	11人		女性	20人		
入居率（一時的に不在となっている者を含む）							70%
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）							25人
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者							31人
前年度に退去した者の状況							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
自宅等					1	1人	
社会福祉施設					1	1人	
医療機関					1	1人	
死亡者		1		1	3	5人	
その他	1					人	
						計8名	
	自立	要支援1	要支援2	/			
自宅等				/			人
社会福祉施設				/			人
医療機関				/			人
死亡者				/			人
その他				/			人
生前解約の状況	施設側の申し出						人
	入居者側の申し出						人
	体調も落ち着き一人暮らしを始める。						
入居者の入居期間							
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数	4人	1人	14人	4人	6人	2人	31人

8. 苦情・事故等に関する体制

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	志摩新生館内事務所		
電話番号	0599-55-0152		
対応している時間	平日	9:00～15:00	
	土曜	9:00～15:00	
	日曜・祝日	9:00～15:00	
定休日等	無		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	三重県健康福祉部長寿介護課		
電話番号	059-224-2235		
対応している時間	平日	8:30～17:15	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日等	土曜・日曜・祝日・12月29日～1月3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	<input checked="" type="radio"/>	居宅介護事業者賠償責任保険	
	<input type="radio"/>		
	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	あり	事故対応マニュアルに基づく	
	<input checked="" type="radio"/> なし		
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="radio"/>	なし	常日頃から全職員で持って自己研磨に取り組み、事故未然に防ぐために必要な予見知識の習得に努めている

(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 checked="" type="radio"/>	実施日	9月	
		結果の開示	<input checked="" type="radio"/>	なし
	なし			
第三者による評価の実施状況	あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	あり	なし
	<input checked="" type="radio"/> 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	あり	(開催頻度) 年 1回
	なし	
	代替措置あり	(内容)
	代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	あり	(提携ホーム名：(株) サンドリームナゴヤ 新生館)
	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：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 令和 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。