

重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2024 年 7 月 1 日
記入者名	向塾 靖恵
所属・職名	有料老人ホーム サニーライフ川崎麻生
取込種別	1 追加
被災確認事業所番号	

1 事業主体概要

種類	2 法人						
	※法人の場合、その種類		5 営利法人				
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃかわしまコーぽれーしょん 株式会社川島コーポレーション						
法人番号	法人番号有無		1 有				
	法人番号		2040001050435				
主たる事務所の所在地	〒 292 - 1161						
	千葉県君津市東猪原248番地2						
連絡先	電話番号		0439	-	37	-	3600
	FAX番号		0439	-	37	-	3603
	メールアドレス		@				
	ホームページ有無						
	ホームページアドレス		https://		www.sunnylife-group.co.jp		
代表者	氏名		川島 輝雄				
	職名		代表取締役				
設立年月日	1990	年	9	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) ゆうりょうろうじんほーむ さにーらいふかわさきあさお						
	有料老人ホーム サニーライフ川崎麻生						
所在地	〒 215 - 0023						
	神奈川県川崎市麻生区片平5丁目33番地1号						
所在地 (建物名等)							
市区町村コード	都道府県	神奈川県	市区町村	141305 川崎市			
主な利用交通手段	最寄駅		五月台		駅		
	交通手段と所要時間		徒歩8分 (約650m)				
連絡先	電話番号		044	-	986	-	0018
	FAX番号		044	-	986	-	0016
	メールアドレス		kawasakiasao @ sunnylife-group. c				
	ホームページ有無		1 有				
	ホームページアドレス		https://		www. sunnylife-group. co. jp		
管理者	氏名		向埜 靖恵				
	職名		支配人				
建物の竣工日			2021	年	1	月	27 日
有料老人ホーム事業の開始日			2021	年	3	月	1 日

(類型) 【表示事項】

類型	3 住宅型			
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			
	事業所の指定日	年	月	日
	指定の更新日 (直近)	年	月	日

3 建物概要

土地	敷地面積	3174.6	m ²		
	所有関係	2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃貸の種別			
		抵当権の有無			
		契約期間	開始		
			年	月	日
			終了		
			年	月	日
		契約の自動更新			
	建物	延床面積	全体	3082.86	m ²
うち、老人ホーム部分			3048.93	m ²	
耐火構造		1 耐火建築物			
		3 その他の場合			
構造		1 鉄筋コンクリート造			
		4 その他の場合			

	所有関係								
		2 事業者が賃借する建物の場合							
		賃貸の種別		1 普通賃借					
		抵当権の有無							
		契約期間		1 あり					
				開始					
				2021	年	1	月	27	日
				終了					
				2041	年	2	月	28	日
		契約の自動更新		1 あり					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	2 相部屋あり							
		2 相部屋ありの場合							
		最少		1		人部屋			
	最大		1		人部屋				
		トイレ	浴室	面積		戸数・室数	区分		
	タイプ1	1 有	2 無	15.6	m ²	100	1 一般居室個室		
	タイプ2				m ²				
	タイプ3				m ²				
	タイプ4				m ²				
	タイプ5				m ²				
	タイプ6				m ²				
	タイプ7				m ²				
	タイプ8				m ²				
	タイプ9				m ²				
タイプ10				m ²					

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	1	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	1	ヶ所	
	共用浴室	1	ヶ所	個室		ヶ所	
				大浴場	1	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
				リフト浴		ヶ所	
				ストレッチャー浴	1	ヶ所	
				その他		ヶ所	
	食堂	1	あり				
入居者や家族が利用 できる調理設備							
エレベーター	2	あり（ストレッチャー対応）					
消防用設備 等	消火器	1	あり				
	自動火災報知設備	1	あり				
	火災通報設備	1	あり				
	スプリンクラー	1	あり				
	防火管理者	1	あり				
	防災計画	1	あり				
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり				
	便所	1	全ての便所あり				
	浴室	1	全ての浴室あり				
	その他						
その他							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	・介護保険法の趣旨に従い、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 ・入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、サービスの提供に努めるものとする。 ・地域との結びつきを重視し、関係行政との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。 ・事業の運営にあたっては、安定且つ継続的な事業運営に努める。
サービスの提供内容に関する特色	〈健康管理サービス〉 看護師によるバイタルチェックを毎日実施し、健康疾病管理を行い、入居者が罹病、負傷等により治療を必要とするに至った場合には医療機関との連絡、紹介、受診手続き等の協力を行います。 〈介護サービス〉 日常の介護サービスについては、外部の指定居宅事業者・指定介護予防支援事業者と入居者の直接契約によるケアプランに基づき、指定訪問介護事業所からの介護サービスを受けるものとします。 〈食事サービス〉 栄養士、その他職員を配置して、1日3食の食事を毎日提供します。また、治療を担当する医師の指示がある場合は、治療食等特別食を提供します。 尚、食堂での禁食を原則としますが、体調不良等で移動困難な場合にあっては、本人の希望、家族の要望、あるいは医師の指示に対応して居室での食事提供及び介助・見守りを行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

（介護サービスの内容） ※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

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（Ⅰ）		
	入居継続支援加算（Ⅱ）		
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）		
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		
	個別機能訓練加算（Ⅰ）		
	個別機能訓練加算（Ⅱ）		
	ADL維持等加算（Ⅰ）		
	ADL維持等加算（Ⅱ）		
	夜間看護体制加算		
	若年性認知症入居者受入加算		
	医療機関連携加算		
	口腔衛生管理体制加算		
	口腔・栄養スクリーニング加算		
	科学的介護推進体制加算		
	退院・退所時連携加算		
	看取り介護加算（Ⅰ）		
	看取り介護加算（Ⅱ）		
	認知症専門ケア加 算	（Ⅰ）	
		（Ⅱ）	

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
		(Ⅳ)	
		(Ⅴ)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
(Ⅱ)			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		1 ありの場合	
		(介護・看護職員の配置率)	: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	☐	救急車の手配	
	☐	入退院の付き添い	
	☐	通院介助	
		その他	他病院への紹介、夜間オンコール、病状急変時の対応
1	名称	医療法人社団檜会 川崎麻生クリニック	
	住所	神奈川県川崎市麻生区下麻生3丁目21番5号 1階2号室	
	診療科目	内科	
	協力科目	内科	
	協力内容	訪問診療（月2回以上医師の来館）、入居者の受診、治療、入院協力、他病院の紹介、夜間のオンコール、病状急変時の対応	

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団聖和会 町田北口歯科
		住所	東京都町田市森野1-35-7 町田北ビル1・2F
		協力内容	訪問診療（週1回歯科医師の来館による）
	2	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 ※複数選択可		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
		その他	
判断基準の内容	発熱、嘔吐、発疹等、入居者に急激な体調変化が認められる場合、入居者の意思確認を経て、一時的に入居者を一時介護室に移動して介護を行う場合があります。		
手続きの内容			
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	移動に伴う利用権は存続されます		
前払金償却の調整の有無			
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 ありの場合	
		(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
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	年齢：概ね60歳以上の方 心身の状況：自立生活で健康な方、認知症・徘徊等及び入居時より寝たきり等で日常生活において介護の必要な方もしくは常時介護を必要とされる方。		
契約解除の内容	◎施設からの契約解除について 入居者が次のいずれかに該当し、且つ、これによって本契約を将来のわたって、これ以上維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合は、事業者は書面にて入居者に通知し、通知の翌日を起算日とし、90日の予告期間をもち、本契約を解除することができます。その際、入居者は		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	同上	
	解約予告期間	3	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	
	1	ありの場合	
	(内容)	最長1週間 費用は1日当たり13,200円（消費税込み）	
入居定員	100		人
その他	身元引受人2名はまたは1名を定めていただきます。 身元引受人は、入居者の事業者に対する債務について、月額利用料の24ヶ月分を極度額として、入居者と連携して責任を負うこととなります。 また、入居契約が解約されたときに、入居者を引き取るようになります。		

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	2	2	0	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	27	20	7	24.3
介護職員	23	20	3	21.8
看護職員	5		5	3.3
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	6	2	4	4.4
事務員	2	2		2
その他職員	2	1	1	2
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	13	12	1
実務者研修の修了者	6	5	1
初任者研修の修了者	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	
		常勤	非常勤	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	(16 時 0 分 ～ 9 時 0 分)									
	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	5				人	4				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】			
	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										
		業務に係る 資格等	1 あり									
			1 ありの場合									
			資格等の名称									
		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	2	11	1	1		1				
前年度1年間の退職者数		2	1	5				2				
に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数	1 年未満		4		1	1			1			
	1 年以上 3 年未満			7								
	3 年以上 5 年未満			6								
	5 年以上 10 年未満			3	2							
	10 年以上		1	4								
従業者の健康診断の実施状況			1 あり									

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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式	
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
		☐	全額前払い方式
		☐	一部前払い・一部月払い方式
年齢に応じた金額設定		☐	月払い方式
要介護状態に応じた金額設定		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		2 日割り計算で減額	
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が	日以上
利用料金の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費、物価の変動等に基づき、運営懇談会にて入居者及び入居者の身元引受人に説明し、意見を聴き、同意を得た上で決定します。	
	手続き	運営懇談会でのご意見等を参考に決定します。	

(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			要介護1（1人部屋）		介護2から5（1人部屋）	
	年齢			60	歳	60	歳
居室の状況	床面積			15.6	m ²	15.6	m ²
	便所						
	浴室						
	台所						
入居時点で必要な費用	前払金				円		円
	敷金				円		円
月額費用の合計				190,145	円	163,955	円
家賃				92,000	円	92,000	円
サービス費用	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		43,465	円	43,465	円
		管理費		54,680	円	28,490	円
		介護費用			円		円
		光熱水費			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	有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、賃貸料等。
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	なし

管理費	共用施設の維持に関する管理費、事務費、管理部門に係る人件費等。
食費	1日3食定食方式。おやつ代含む。欠食の場合は、2日前の申出により終日欠食の場合に限り翌日日割り返還。ただし、基本料金20,005円（返還対象外）を除く。
光熱水費	なし
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）	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	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
		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	23	人
	女性	68	人
年齢別	65歳未満	4	人
	65歳以上75歳未満	7	人
	75歳以上85歳未満	30	人
	85歳以上	50	人
要介護度別	自立		人
	要支援 1		人
	要支援 2		人
	要介護 1	6	人
	要介護 2	14	人
	要介護 3	18	人
	要介護 4	33	人
	要介護 5	20	人
入居期間別	6ヶ月未満	23	人
	6ヶ月以上1年未満	17	人
	1年以上5年未満	51	人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

（入居者の属性）

平均年齢	84.6	歳
入居者数の合計	91	人
入居率※	91	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。		

（前年度における退去者の状況）

退居先別の人数	自宅等	1	人
	社会福祉施設	4	人
	医療機関	4	人
	死亡	8	人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		（解約事由の例）	
	入居者側の申し出		人
		（解約事由の例） 家の近くの特養に入居出来るようになった	

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）

窓口1

窓口の名称		有料老人ホーム　サニーライフ川崎麻生									
電話番号		044	-		986	-		0018			
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
定休日		なし									

窓口2											
窓口の名称			サニーライフ東京事務所 お客様相談室								
電話番号			0120	-	17	-	0036				
対応している時間	平日		9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日			土・日・祝日、年末年始								

窓口3											
窓口の名称			川崎市健康福祉局長寿社会部高齢事業推進課								
電話番号			044	-	200	-	2910				
対応している時間	平日		9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日			土・日・祝日、年末年始								

窓口4											
窓口の名称											
電話番号				-		-					
対応している時間	平日			時		分	～		時		分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日											

窓口5											
窓口の名称											
電話番号				-		-					
対応している時間	平日			時		分	～		時		分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日											

（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	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険
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	
	1 ありの場合	
	その内容	介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、地震・火災・風水害・窃盗等及び不慮の事故又は入居者の故意によるもの等を除いて、速やかに損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。但し、入居者に重大な過失があ
事故対応及びその予防のための指針		

（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	
	1 ありの場合	
	実施日	常時
	結果の開示	1 あり
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	2 入居希望者に交付
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

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

備考

添付書類： 別添 1（別に実施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 _____ 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。

|

|

I

|

|

