

# サービス付き高齢者向け住宅 ココファミリア沼津 重要事項説明書

令和5年12月1日現在

## 1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
名称(ふりがな)	株式会社 サン・サポート(かぶしきがいしゃ さん・さぽーと)	
主たる事務所の所在地	〒410-0011 静岡県沼津市岡宮 991 番地 30	
連絡先	電話番号	055-955-7030
	FAX 番号	055-994-9466
	ホームページアドレス	http://www.sun-support.com
代表者	職名・氏名	代表取締役社長 大橋 裕之
設立年月日	平成 24 年 3 月 8 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) 別添 2(サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)	

## 2. 事業の概要

### (住まいの概要)

名称(ふりがな)	ココファミリア沼津	
所在地	〒410-0011 静岡県沼津市岡宮 991 番地 30	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 東海道線 沼津駅
	交通手段と所要時間	沼津駅北口 車で15分 東名沼津 IC 車で3分 伊豆縦貫道長泉 IC から246バイパスで10分
連絡先	電話番号	055-955-7022
	FAX 番号	055-994-9466
	ホームページアドレス	http://www.sun-support.com
管理者	職名・氏名	施設管理者 石井 真弓
建物の竣工日	平成 29 年 6 月 24 日	
事業の開始日	平成 29 年 7 月 1 日	

### (類型) 【表示事項】

類型	サービス付き高齢者向け住宅
サービス付き高齢者向け住宅事業の登録番号	
登録年月日	年 月 日
介護保険事業所番号	
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	727.85 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				
		抵当権の有無	なし			
		契約期間(借家契約)	2017年7月1日～2037年6月30日			
契約の自動更新	あり					
建物	延床面積	全体	1395.23 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	906.28 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	耐火建築物				
	構造	鉄筋コンクリート造				
	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				
		抵当権の有無	なし			
		契約期間(借家契約)	2017年7月1日～2037年6月30日			
契約の自動更新	あり					
居室の状況	居室区分	全室個室				
	【表示事項】					
		トイレ	浴室	面積	個数・室数	区分※
	Aタイプ	有	有	25.10 m <sup>2</sup>	22戸	一般居室個室
	Bタイプ	有	有	35.33 m <sup>2</sup>	2戸	一般居室個室
※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入						
共用施設	共用便所における便房		うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	0ヶ所	個浴	0ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア一浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
	食堂	あり				
入居者や家族が利用できる調理設備	あり					
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	消火器	1. <input checked="" type="checkbox"/> あり	2. なし
	自動火災報知設備	1. <input checked="" type="checkbox"/> あり	2. なし
	火災通報装置	1. <input checked="" type="checkbox"/> あり	2. なし
	スプリンクラー	1. <input checked="" type="checkbox"/> あり	2. なし
	防火管理者	1. <input checked="" type="checkbox"/> あり	2. なし
	防災計画	1. <input checked="" type="checkbox"/> あり	2. なし
その他	共用設備の状況	エントランスホール、管理事務室、相談室、洗濯室、食堂(リビングダイニング)、共用便所等	

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<p>・入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ち、介護保険対象サービスならびに介護保険対象外サービスについて、入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように個別のサービス計画を作成し、入居者の同意のもとに実践していきます。</p> <p>また、入居者が安心・快適に生活できるように)援助していきます。</p> <p>・地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療・介護機関等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>・事業にあたっては、健全で安定した経営に努めます。</p>		
サービスの提供内容に関する特色	<p>・一人ひとりの笑顔と一日一日の歓びのために、笑いとぬくもりあふれる場を作り続けます。</p> <p>・入居者の方々が個々その人らしい生活を送っていただけるよう安心・安全を配慮した生活環境を提供します。</p>		
排泄または食事の介護	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2. 委託	3. なし
食事の提供	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2. <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3. なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2. 委託	3. なし
健康管理の供与	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2. 委託	3. なし
安否確認または状況把握サービス	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2. 委託	3. なし
生活相談サービス	1. <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2. 委託	3. なし

##### (医療連携の内容)

医療支援	<p>1. <input checked="" type="checkbox"/>救急車の手配</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/>入退院の付き添い</p> <p>3. <input checked="" type="checkbox"/>通院介助</p> <p>4. <input checked="" type="checkbox"/>その他(協力医療機関への送迎あり)</p>
※複数選択可	<p>※医療費その他の費用は入居者の自己負担</p>

協力医療機関	1	名称	みしま岡クリニック
		住所	〒411-0036 三島市一番町 13-11 2F
		診療科目	脳神経外科、内科
		協力内容	定期訪問による訪問診療
	2	名称	花メディカルクリニック
		住所	〒411-0943 駿東郡長泉町下土狩 1373-9
		診療科目	内科、神経内科
		協力内容	定期訪問による訪問診療
協力歯科医療機関	名称	はせがわ歯科	
	住所	〒410-0031 沼津市三枚橋日ノ出町 383-6	
	協力内容	定期訪問による訪問歯科診療、口腔ケア	

(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. <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
留意事項	当住宅の体制・性質等につき十分理解いただくことを前提とする	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・賃料等の費用負担義務を履行しないとき</li> <li>・遵守事項違反により今後の契約継続が困難なとき</li> <li>・年齢詐欺等により不正に入居したとき</li> <li>・申し出なく1ヶ月以上所在不明になったとき</li> <li>・破壊、暴力行為を行なう組織等への加入等が判明したとき</li> <li>・粗暴行為等により他者に迷惑、不快感、不安感を与えたとき</li> <li>・入居者の行動が他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ、入居者に対する通常の対応方法ではこれを防止できないとき</li> <li>・その他、入居者契約書参照</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 11 条
	解約予告期間	(内容により)即時 ~ 相当の期間
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1.あり (内容 : 1泊2日 3食付 費用は割り計算 ) <input type="checkbox"/> 2.なし	
入居定員	26人 (24戸)	

## 5.職員体制

### (職種別の職員数)

	職員数(実人数) 10		
	合計	常勤	非常勤
管理者	1	1	
直接処遇職員			
介護職員	6	2	4
看護職員	1	1	
栄養士			
調理員			
事務員			
その他の職員	2		2

### (資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師	1	0	
介護福祉士	5	3	
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	0	0	

### (夜勤を行なう看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(17時～翌9時)		
	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	1人	1人

### (職員の状況)

管理者	他の職種との兼務		1. あり		2. なし					
	業務にかかる資格等	1. あり	資格等の名称	看護師						
		2. なし								
	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			1	1	1					

前年度1年間の 退職者数					1					
業務に従事した経験年数に応じた職員	1年未満		1	1	1					
	1年以上 3年未満		1							
	3年以上 5年未満			3						
	5年以上 10年未満	1		2						
	10年以上									
	従事者の健康診断の実施状況	1. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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	1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
要介護状態に応じた金額設定	1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取り扱い	1. <input type="checkbox"/> 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	租税、物件価格、近隣住宅との比較等(賃料)、維持管理費(共益費)、消費者物価指数、雇用情勢その他経済事情の変動(サービス費)等により、利用料金が不相当になった場合
	手続き	料金改定を行う1ヶ月前までに、書面により説明・同意を得た上で行うものとする。

(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	要介護 2.	要介護 2 + 自立
	年齢	80 歳	85 歳、80 歳
居室の状況	床面積	25.10 m <sup>2</sup>	35.33 m <sup>2</sup>
	便 所	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
	浴 室	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
	台 所	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
入居時点で必要な費用	敷 金	225,000 円	315,000 円
月額費用の合計		224,000 円	345,500 円
家 賃		75,000 円	105,000 円
サービス費用 (介護保険外)	食 費	54,000 円	108,000 円
	共益費	40,000 円	50,000 円
	サービス費	55,000 円	82,500 円
	その他	0 円	0 円
備 考		※毎日 3 食利用 家賃及び共益費以外 消費税別途	※毎日 3 食利用 家賃及び共益費以外 消費税別途

(利用料金の算定根拠)

費 目	算定根拠
家 賃	土地・建物賃借料等(面積按分)
敷 金	家賃の 3 ヶ月分
食 費	朝食 400 円、昼食 600 円、夕食 800 円
共益費	共用部分の維持管理に必要な水光熱費等
サービス費	状況把握・生活相談サービスを提供する人員配置に要する費用等
利用者の個別的な選択による サービス利用料	別添 2

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	7 人
	女 性	15 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	2 人
	75歳以上85歳未満	3 人
	85歳以上	17 人

要介護度別	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	2人
	要介護 1	3人
	要介護 2	5人
	要介護 3	1人
	要介護 4	4人
	要介護 5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	13人
	5年以上10年未満	2人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.04 歳
入居者数の合計	22 人
入居率※	84.6%
※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) ー令和 4 年度

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	1人
	死亡者	8人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 他施設入所 自宅



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。

窓口からの名称		ココファミリア沼津 事務室
電話番号		055-955-7022
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	9:00 ~ 17:00
	日曜・祝日	9:00 ~ 17:00
	定休日	なし
窓口からの名称		沼津市役所 市民福祉部長寿福祉課
電話番号		055-934-4834
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
	定休日	土・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	<input type="checkbox"/> 1. あり	（その内容） 損保ジャパン日本興亜株式会社
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり	（その内容） 当事業所が入居者に対し行ったサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、上記保険業者と協議のうえ、損害賠償を速やかに行います。
	<input type="checkbox"/> 2. なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 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"/> 1. あり	実施日	毎月回収(ご意見箱の設置)
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2. 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3. 公開していない
管理規定	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	1. 入居希望者に公開	2. 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input 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 1 回
	2. なし	
	<input type="checkbox"/> 1. 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2. 代替措置なし	
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"/> 2. 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 <input type="checkbox"/> 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	
高齢者の居住に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住宅の登録	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. なし	
<input type="checkbox"/> 合致しない事項がある場合の内容		
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし	
<input type="checkbox"/> 不適合事項がある場合の内容		

添付書類 : 別添 1 (個別選択による介護サービス一覧表)

別添 2 (利用者の個別的な選択によるサービス利用料)

### 11.重要事項説明書の開示状況

開示	1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
開示方法	施設内、1F エレベーターホール前に提示

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明いたしました。

説明年月日 令和 年 月 日

事業者

所在地	静岡県沼津市岡宮991番地 30
事業者(法人)名	株式会社 サン・サポート
代表者氏名	代表取締役 大橋 裕之 印
事業者名	ココファミリア沼津

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

入居者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者(または法定代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

続柄 ( )

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定市中核内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地	
＜居宅サービス＞					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	さん・さぼーと	沼津市岡宮 991-30	
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	さん・さぼーと	沼津市岡宮 991-30	
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし			
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし			
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	さん・さぼーと	沼津市岡宮 991-30	
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし			
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし			
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし			
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし			
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	さん・さぼーと	沼津市岡宮 991-30	
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	さん・さぼーと	沼津市岡宮 991-30	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし			
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし			
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	さん・さぼーと	沼津市岡宮 991-30	
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし			
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし			

介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		

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				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	¥500	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	¥100	
おむつ代			なし	あり		○	¥85	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	¥1,000	要支援¥1,000/回 要介護¥1,200/回
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		○	¥100	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	¥1,000	/30分毎・沼津市・三島市・長泉町・清水町
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	○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	¥1,500	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	¥500	/回・沼津市・三島市・長泉町・清水町
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				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	希望時
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	○			・沼津市・三島市・長泉町・清水町
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。