

重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2025	年	7	月	1	日
記入者名	酒井美穂					
所属・職名	ホスピス対応型住宅リベル春日井・施設長					
取込種別	2 修正					
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	かぶしきがいしゃりべるけあ (ふりがな)					
	株式会社リベルケア					
法人番号	法人番号有無		1 有			
	法人番号		2362990257			
主たる事務所の所在地	〒	450	-	6411		
	愛知県名古屋市中村区名駅三丁目28番12号					
連絡先	電話番号		052	-	856	- 5682
	FAX番号			-		-
	メールアドレス		@			
	ホームページ有無		1 有			
	ホームページアドレス		https://		Libercare.jp	
代表者	氏名		清原達観			
	職名		代表取締役			
設立年月日	2017	年	2	月	24	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) ほすぴすたいおうがたじゅうたくりべるかすがい									
	ホスピス対応型住宅リベル春日井									
所在地	〒	486	-	0853						
	春日井市穴橋町字山本1606番261									
市区町村コード	都道府県		愛知県		市区町村		春日井市			
主な利用交通手段	最寄駅				神領駅 (JR在来線)			駅		
	交通手段と所要時間				①バス 名鉄バス・春日井線(勝川駅-藤山台南)・勝川駅行、乗車6分、篠木七丁目で下車、徒歩4分 ②自動車 神領駅から6分					
連絡先	電話番号				0568	-	84	-	1012	
	FAX番号				0568	-	84	-	1022	
	メールアドレス				@					
	ホームページ有無				1 有					
	ホームページアドレス				https://		Libericare.jp			
管理者	氏名				酒井美穂					
	職名				施設長					
建物の竣工日					2024	年	12	月	27	日
有料老人ホーム事業の開始日					2025	年	2	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				2372506176					
	指定した自治体名				愛知県					
	事業所の指定日				2025	年	2	月	1	日
	指定の更新日 (直近)					年		月		日

3 建物概要

土地	敷地面積	1, 344. 94	m ²					
	所有関係	2 事業者が賃借する土地						
		2 事業者が賃借する土地の場合						
		賃貸の種別	2 定期貸借					
		抵当権の有無	2 なし					
		契約期間	1 あり					
			開始					
			2025	年	1	月	10	日
			終了					
	2055	年	1	月	9	日		
契約の自動更新	1 あり							
建物	延床面積	全体	1, 813. 78	m ²				
		うち、老人ホーム部分	1, 813. 78	m ²				
	耐火構造	1 耐火建築物						
		3 その他の場合						
	構造	2 鉄骨造						
		4 その他の場合						
	所有関係	2 事業者が賃借する建物						
		2 事業者が賃借する建物の場合						
		賃貸の種別	1 普通貸借					
		抵当権の有無	2 なし					
		契約期間	1 あり					
			開始					
			2025	年	1	月	10	日
			終了					
2055	年	1	月	9	日			
契約の自動更新	1 あり							

居室の状況	居室区分 【表示事項】		1 全室個室（縁故者個室含む）				
			2 相部屋ありの場合				
				最少		人部屋	
				最大		人部屋	
		トイレ	浴室	面積		戸数・室数	区分
	タイプ1	1 有	2 無	18	m ²	49	3 介護居室個室
	タイプ2				m ²		
	タイプ3				m ²		
タイプ4				m ²			
共用施設	共用便所における 便房	3	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房			ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房		1	ヶ所
	共用浴室	3	ヶ所	個室		3	ヶ所
				大浴場			ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2	ヶ所	チェアー浴			ヶ所
				リフト浴			ヶ所
				ストレッチャー浴		2	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	2 なし					
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	<ul style="list-style-type: none"> ・介護等のサービスの提供の際には、高齢者の心身の状況を踏まえてサービスの提供を行い、入居者のADLの維持・向上に努めるとともに、その生活環境の向上にも努め、入居者の自立支援を援助いたします。 ・地域に密着した有料老人ホームとして、地元市町村や町内会、介護保険事業所、医療機関、その他関係機関等と密接な連携を取り、地域のニーズに合ったサービスを提供いたします。 ・入居者には24時間の安心と安全を提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・医療必要度が高くなっても安心して療養生活を送れるよう支援いたします。 ・施設での最期を望まれた場合には、家族、職員共に寄り添い、看取りに取り組んでいきます。 ・可能な医療行為：人工呼吸器、在宅酸素、尿道留置カテーテル、経管栄養、気管切開、喀痰吸引、褥瘡、緩和ケア、点滴注射、ストーマ、難病、ペースメーカー、その他要相談
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

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2 なし		
	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		<input type="radio"/>	救急車の手配	
		<input type="radio"/>	入退院の付き添い	
		<input type="radio"/>	通院介助	
			その他	
協力医療機関	1	名称	西小牧クリニック	
		住所	愛知県小牧市西島町40	
		診療科目	内科, 呼吸器内科, 緩和ケア内科	
		協力科目	内科, 呼吸器内科, 緩和ケア内科	
		協力内容	訪問診療、緊急時の対応、他の医療機関の紹介と協力、日常の相談	
	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	ササキデンタルクリニック	
		住所	愛知県小牧市大字池之内妙堂3421-6	
		協力内容	訪問診療、緊急時の対応、日常の相談	
	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	徘徊等がひどく、他の入居者へ迷惑行為がある場合
判断基準の内容	・他の入居者への迷惑行為の有無と程度（徘徊行為、大声等）		
手続きの内容	・入居契約書の更新		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	居室変更のみ		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	2 なし	
	便所の変更	2 なし	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	2 なし	
	台所の変更	2 なし	
	その他の変更	2 なし	
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・費用の支弁能力のある方 ・連帯保証人兼身元引受人を立てられる方 ・伝染病疾患を有しない事。また共同生活が可能な事 ・概ね65歳以上の方 	
契約解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき ・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、三ヶ月以上遅滞したとき ・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、再三にわたり遅滞したとき ・施設の承諾を得ないで入居契約書第8条（契約当事者以外の第三者の一時的な宿泊滞在。短期契約の場合は第7条）第1項に規定する行為を行ったとき ・建物及び、その付属設備または敷地を故意または重大な過失により汚損、破損または滅失したとき ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。なお、この場合は一定の観察期間をおくとともに医師の意見を聞き、対応することとする ・乙が医療機関へ入院し、その入院期間が1ヶ月以上を経過し、なお且つ退院の見込みが立たないとき ・入居契約書第9条（管理規程）、第13条（入居者の義務及び約束事項等）、第21条（利用上の注意）、第28条第1項（原状回復の義務）、第30条（転貸、譲渡等の禁止）の規定に違反したとき ・なお、短期契約の場合は入居契約書第8条、第12条、第20条、第26条第1項、第28条の規定に違反したとき 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第32条（契約の終了）第33条（甲の契約解除）
	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)	5,238円／日
入居定員	49 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		1	1	0	1
生活相談員		0	0	0	
直接処遇職員		0	0	0	
	介護職員	13	10	3	12.78
	看護職員	16	10	6	14.23
機能訓練指導員		0	0	0	
計画作成担当者		0	0	0	
栄養士		0	0	0	
調理員		0	0	0	
事務員		0	0	0	0
その他職員		0	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	0	0	0
介護福祉士	10	9	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(18 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	1			人		1				人
介護職員	1			人		1				人

※ 併設、訪問看護、訪問介護が夜勤実施

(職員の状況)

管理者		他の職務との兼務						1 あり			
		業務に係る 資格等		1 あり							
				1 ありの場合							
				資格等の名称				看護師			
		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		12	9	15	4						
前年度1年間の退職者数		2	3	5	1						
人年業務 数に従事 した職員 経験	1 年未満										
	1 年以上 3 年未満	1		1							
	3 年以上 5 年未満			4							
	5 年以上 10 年未満	6		3							
	10 年以上	5	9	1							
	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	
		<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
年齢に応じた金額設定		<input type="radio"/>	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	公租公課の増加、その他、著しい経済事情の変動が生じた場合	
	手続き	運営懇談会の意見を聞くなどして、月額利用料の各費用及び利用者の希望により提供する個別的な生活サポート費等の費用の額を改定することが出来る。	

(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		1		3	
	年齢		65	歳	65	歳
居室の状況	床面積		18	m ²	18	m ²
	便所		1 有		1 有	
	浴室		2 無		2 無	
	台所		2 無		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			132,720	円	112,720	円
家賃			46,000	円	36,000	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		0	円	0	円
	介護保険外※2	食費	36,720	円	36,720	円
		管理費	40,000	円	40,000	円
		介護費用	0	円	0	円
		光熱水費	0	円	0	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	①家賃 56,000円 介護保険自己負担額 1 万未満 ②家賃 46,000円 介護保険自己負担額1～2万円未満 ③家賃 36,000円 介護保険自己負担額2～3万円未満 ④家賃 36,000円 介護保険自己負担額3万円以上 ⑤家賃 36,000円 生活保護 ⑥医療短期入居 5224円/日※家賃、管理費、ベッド寝具レンタル費用含む
敷金	家賃の 0 ヶ月分 ※生活保護受給者の場合、家賃3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（食堂・談話コーナー、浴室、駐車場、エレベーター等）利用料、光熱水費及び共用施設の維持管理費用） ①管理費 40,000円 介護保険自己負担額 1 万未満 ②管理費 40,000円 介護保険自己負担額1～2万円未満 ③管理費 40,000円 介護保険自己負担額2～3万円未満 ④管理費 30,000円 介護保険自己負担額3万円以上 ⑤管理費 18,000円 生活保護
食費	食堂において3食を1か月提供した場合の費用実食実績に則っての請求。 朝298円、昼471円、夕455円/1食（税込）
光熱水費	管理費に含む
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	

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	6	人
	女性	5	人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満	3	人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援 1		人
	要支援 2		人
	要介護 1		人
	要介護 2	1	人
	要介護 3		人
	要介護 4	3	人
	要介護 5	4	人
入居期間別	6ヶ月未満	11	人
	6ヶ月以上1年未満		人
	1年以上5年未満		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		歳
入居者数の合計	11	人
入居率※	22	%
※ 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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡		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)	

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		ホスピス対応型住宅リベル春日井									
電話番号		0568		-		84		-		1012	
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	30	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜、日曜、祝日、12月29日～1月3日									

窓口2

窓口の名称		株式会社リベルケア									
電話番号		052		-		856		-		5682	
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜、日曜、祝日、12月29日～1月3日									

窓口3

窓口の名称		春日井市健康福祉部 介護・高齢福祉課									
電話番号		0568		-		885		-		6182	
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始									

窓口4

窓口の名称		愛知県高齢福祉課									
電話番号		052		-		954		-		6287	
対応している時間	平日	8	時	45	分	～	17	時	30	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜、日曜、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	
	1 ありの場合	
	その内容	あいおいニッセイ、福祉事業者総合賠償保険
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	本社及び行政への報告 事故防止のための指針参照
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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	1回/年、その他必要時
	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	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開

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	
	2	代替措置なし
		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	2 なし	
	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

料金パターン

添付書類： 別添 1（別の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。