

## 重要事項説明書

記入年月日	R3年 7月 1日
記入者名	塩澤雅人
所属・職名	本部

## 1. 事業主体概要

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) はーとさーびす (かぶ) ハートサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒400-0334 山梨県南アルプス市藤田 2253-2	
連絡先	電話番号	055-283-5788
	FAX番号	055-288-1681
	ホームページアドレス	<a href="http://heart-service.co.jp/">http://heart-service.co.jp/</a>
代表者	氏名	塩澤 雅人
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 11年 11月 4日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) はーとほーむおおくに ハートホーム大国	
所在地	〒400-0045 山梨県甲府市後屋町 40-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 身延線 住吉駅
	交通手段と所要時間	駅から約 1200m(徒歩約 20 分)
連絡先	電話番号	055-288-9603
	FAX番号	055-288-9604
	ホームページアドレス	<a href="http://heart-service.co.jp/">http://heart-service.co.jp/</a>
管理者	氏名	横内佳子
	職名	管理者

建物の竣工日	昭和・平成 24年 8月 20日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 24年 8月 20日

**(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） <input checked="" type="checkbox"/> 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	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	791.47 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (24年8月20日～44年7月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	395.58 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	395.58 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他（ ）	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (24年8月20日～44年8月31日) 2 なし

		契約の自動更新	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	26.09 m <sup>2</sup>	10	一般居室個室
	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
※「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」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	0ヶ所	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	0ヶ所		
	共用浴室	0ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
			その他 ( )	ヶ所		
食堂	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 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	
サービスの提供内容に関する特色	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    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    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

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 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	望月クリニック
		住所	甲府市塩部 4-16-2
		診療科目	内科・外科
		協力内容	緊急時対応

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
留意事項	65 歳以上。ただし、2 人の場合はどちらか一方が 65 歳以上	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合②入居者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	他の入居者、職員に危害を及ぼす恐れがある場合
	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 (内容 : ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	10 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		0.5
生活相談員	2	2		1.5
直接処遇職員	2	2		2
介護職員	2	2		2
看護職員				
機能訓練指導員	1		1	0.8
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
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※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
社会福祉主事	1	1	
介護福祉士	7	3	4
実務者研修の修了者	4	2	2
初任者研修の修了者	6	0	6
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			

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称		介護福祉士							
			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		1					
応じた職員 の人数	1年未満		1							
	1年以上									
	3年未満		2		1			1	1	
	3年以上									
	5年未満		1							
	5年以上									
	10年未満		1		1					
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 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 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	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	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）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	無し

**（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	70 歳	80 歳	
居室の状況	床面積	26.09 m <sup>2</sup>	26.09 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	50,000 円	45,000 円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		50,000 円	45,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	30,000 円	30,000 円
		管理費（共益費・電気・ガス・水道・安否確認・相談援助費）	20,000 円	20,000 円
		介護費用	円	円
		その他	円	円
		円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

**（利用料金の算定根拠）**

費目	算定根拠
家賃	賃貸料を基礎として1室当たりの家賃を算出
敷金	家賃の 1 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。
管理費	共益費・電気・ガス・水道・安否確認・相談援助費
食費	1日3食1000円を基に算出
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	4人
	女性	6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	5人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	2人
	要介護2	2人
	要介護3	3人
	要介護4	1人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	4人
	5年以上10年未満	4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	84.5歳
入居者数の合計	10人
入居率*	100%
※ 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)**

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡者	0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	0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	ハートサービス本部	
電話番号	055-288-1680	
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		

**(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) 全てに対応
	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) 全てに対応
	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	

	結果の開示	1 あり	2 なし
	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 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	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	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 : ) 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 (平成 年 月 日届出) 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	1 あり (平成 24 年 6 月 18 日登録) 2 なし	

住宅の登録	
-------	--

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）

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名\_\_\_\_\_

重要事項説明書の説明を受け、同意します。

平成 年 月 日

署 名\_\_\_\_\_

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	甲府ヘルパー ステーション	甲府市若松町6-27
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ハートデイサ ービス緑ヶ丘	甲府市塩部3-15-13
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	甲府レンタル ケアサービス	甲府市若松町6-27
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	甲府レンタル ケアサービス	甲府市若松町6-27
<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	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ハートサービ ス甲府東	甲府市若松町6-27
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	甲府ヘルパー ステーション	甲府市若松町6-27
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ハートデイサ ービス緑ヶ丘	甲府市塩部3-15-13
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	甲府レンタル ケアサービス	甲府市若松町6-27
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	甲府レンタル ケアサービス	甲府市若松町6-27
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		

介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

## 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	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 <sup>※2</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	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 <sup>※1</sup> ）								備考	
介護サービス										
食事介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
特浴介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
機能訓練	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
通院介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
リネン交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
日常の洗濯	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
健康管理サービス										
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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、月額サービスの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。