

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	藤原 路代
所属・職名	管理者

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) かぶしきがいしゃうゝ あていー 株式会社ヴァティー	
主たる事務所の所在地	〒105-0003 東京都港区西新橋一丁目15番4号 銀泉西新橋ビル8階	
連絡先	電話番号	03-6457-9801
	FAX番号	03-6457-9802
	ホームページアドレス	http://www.vati.co.jp
代表者	氏名	池田 竜太
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 14年 1月 18日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) ふるさとほーむこうふ ふるさとホーム甲府		
所在地	〒400-0854 山梨県甲府市中小河原町 341 番地 1		
主な利用交通手段	最寄駅	J R 身延線 甲斐住吉駅	
	交通手段と所要時間	J R 身延線 甲斐住吉駅より徒歩 12 分	
連絡先	電話番号	055-242-0251	
	FAX番号	055-243-5225	
	ホームページアドレス	http://www.vati.co.jp	
管理者	氏名	藤原 路代	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成・令和 26年 2月 28日	
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 26年 4月 1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・令和	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,157.64 m ²		
	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 (2014年3月17日~2036年3月16日) 2 なし	
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		

建物	延床面積	全体	1, 521. 32 m ²				
		うち、老人ホーム部分	1, 242. 34 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	1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
		契約期間	1 あり (2014年3月17日～2036年3月16日)	2 なし			
		契約の自動更新	1 あり	2 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				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	有/無	有/無	18. 15 m ²	31	介護居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	18. 45 m ²	4	介護居室個室	
	タイプ3	有/無	有/無	m ²			
	タイプ4	有/無	有/無	m ²			
	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²				
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	2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	2ヶ所			
共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所				
		大浴場	ヶ所				

	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション、又は手仕事等をして過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族となり、ホスピタリティーにあふれる介護
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	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	長田在宅クリニック
		住所	山梨県甲府市西下条 13
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	芦沢内科小児科医院
		住所	山梨県甲斐市玉川 159-1
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	3	名称	竜王ペインクリニック
		住所	山梨県甲斐市大下条 1600-5
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団桜栄会 甲府デンタルクリニック
		住所	山梨県甲府市北口 1-2-14 甲府北口プラザビル 102号室
		協力内容	訪問歯科診療

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書 第 28 条による		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 29 条による	
	解約予告期間	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 : 5,500 円/日 (税込/食費別)) 2 なし		
入居定員	35 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	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	13	1	12	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
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				
※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	1		1
介護福祉士	6	1	5
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	3		3
介護支援専門員			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時 ~ 10時)		
	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	2人	1人

(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		正看護師							
			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				4						
前年度1年間の退職者数				3						
応じた職員 の人数	1年未満			2						
	1年以上			0						
	3年未満									
	3年以上			1	3					
	5年未満									
	5年以上				7					
	10年未満									
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 2 一部前払い・一部月払い方式
	※該当する方式を全て選択	

		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 <input checked="" type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
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 checked="" 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	目的住宅が所在する自治体が発表する消費者物価指数や人件費等の 上昇等
	手続き	料金改定の際には、入居者及び身元引受人へ事前に通知します

（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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.15～18.45 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
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		136,460 円	円	
家賃		50,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	53,460 円	円
		共益費	19,800 円	円
		介護費用	円	円
		サービス提供費	13,200 円	円
		光熱水費	共益費に含む	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	居室の家賃相当額の一部
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
サービス提供費	入居者に対するサービス提供に係る共通人件費
共益費	共用施設等の維持・管理費、水道光熱費
食費	朝食 594 円、昼食 540 円、夕食 648 円 (税込) 1 食単位での清算 ※ご飯については 1 食 160 g を基準としておりますが、 大盛 (250 g) にすることも可能です。その場合は別途 54 円 (税込) ※食事以外にもトロミ剤を使用する場合は、別途日額 108 円 (税込)
光熱水費	共益費に含みます
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	9 人
	女性	11 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	8 人
	85 歳以上	11 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	11 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 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	3 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	91.85歳
入居者数の合計	20人
入居率*	57%
※ 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	2人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	4人
	死亡者	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	10人
		(解約事由の例) 他介護施設への転居、自宅改修のため

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		ふるさとホーム甲府
電話番号		055-242-0251
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

窓口の名称		株式会社ヴァティアー 管理部
電話番号		03-6457-9801
対応している時間	平日	9:30~18:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		一般社団法人高齢者住宅協会 サービス付き高齢者向け住宅 運営事業者部会
電話番号		03-6689-7917
対応している時間	平日	10：00～17：00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		甲府市役所 まちづくり総室住宅課住宅係
電話番号		055-237-5812
対応している時間	平日	8：30～17：15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

窓口の名称		甲府市役所 福祉保健総室総務課高齢者支援係
電話番号		055-237-5613
対応している時間	平日	8：30～17：15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(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
	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 誠意を持って対応します
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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 2 なし	実施日	平成 27 年 6 月
		結果の開示	1 あり 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 1 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	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	

する届出	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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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：別添 1（別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）
別添 3（おむつ価格表）

※ _____ 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。

別添 1

事業者が運営する介護サービス事業一覧表

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	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	ケアステーション あさひ甲府 ケアステーション あさひ甲斐西八幡 ケアステーション あさひ甲斐下今井 ケアステーション あさひ甲州	甲府市中小河原町 341番地1 甲斐市西八幡2328番 甲斐市下今井2791-1 山梨市下井尻340番5
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	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	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				

介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

入居者の個別選択によ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）			備考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		
おむつ代			なし	あり		○	別添 3 に定める
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
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	○		
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	5,500円 (税込)/回 概ね片道 30 分以内で受診できる病院等で、 職員 1 名で付き添い可能な場合に限ります。
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		○	料金は個別相談
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			
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		フロントサービス、代行（買い物代行、 公租公課の納付代行等）、 不在中居室管理、ごみ収集等も行います。
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			
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			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中に見舞い訪問	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、月額のサービス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。

おむつ価格表（施設内での使用に限ります）

商品名	枚数単価 （税込）
1 リハビリパンツ	143
2 おむつ	143
3 パッド	44
14 フラット	72

※1袋単位の販売になります。

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。
事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

オムツ、リハビリパンツ 1枚あたり 30円（税込）

パッド類 1枚あたり 25円（税込）

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。