

有料老人ホーム重要事項説明書
(指定居宅サービス事業者重要事項説明書)

作成日 令和1年11月1日

記入年月日	令和2年3月12日
記入者名	小松能子
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人 <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆめいーはとーづしゃゆうげんかいしゃ ゆめいーハトーヴ舎有限会社	
主たる事務所の所在地	〒020-0836	
連絡先	電話番号	019-656-7530
	FAX番号	019-639-7531
	メールアドレス	info@hopetown-wakka.com
	ホームページアドレス	http://www.hopetown-wakka.com/
代表者	氏名	立花 徳久
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 14 年 3 月 25 日	
主な実施事業	介護保険事業	

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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ほーぶたうんわっか 介護付き有料老人ホーム ホープタウン輪っか	
所在地	〒020-0836 岩手県盛岡市津志田西二丁目2-51	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東北本線 「岩手飯岡」 駅
	交通手段と所要時間	JR：東北本線岩手飯岡駅から車で約4分 車：盛岡南ICより車で約5分
連絡先	電話番号	019-656-7530
	FAX番号	019-639-7531
	メールアドレス	info@hopetown-wakka.com
	ホームページアドレス	http://www.hopetown-wakka.com/
管理者	氏名	小松 能子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 18年 9月 5日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 1年 11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)		
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	0370107229
	指定した自治体名	盛岡市
	事業所の指定日	令和 1年 11月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和 1年 11月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	956 m ²	
	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	1 あり ② なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし

建物	延床面積	全体	1,605 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,605 m ²			
	耐火構造	① 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
	構造	① 鉄筋コンクリート造				
2 鉄筋造						
所有関係	3 木造					
	4 その他 ()					
	1 事業者が自ら所有する建物					
	② 事業者が賃貸する建物					
	抵当権の設定	1 あり	② なし			
	契約期間	① あり (平成17年12月20日～令和13年9月30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				
		最小				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 m ²	42室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	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		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		1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 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 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) 4 なし
消防用設備等	消火器	① あり 2 なし
	自動火災報知機	① あり 2 なし
	火災通報設備	① あり 2 なし
	スプリンクラー	① あり 2 なし
	防火管理者	① あり 2 なし
	防災計画	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	快適で心身ともに充実安定した生活を営むことに資するとともに、ホームの良好な生活環境を確保することを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	御一人御一人がその人らしくあるために、「あるがまま」に過ごせるような「あたたかい」サービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※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

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	1 あり ② なし
	生活機能向上連携加算	1 あり ② なし
	個別機能訓練加算	1 あり ② なし
	夜間看護体制加算	1 あり ② なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり ② なし
	医療機関連携加算	① あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり ② なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり ② なし
	退院・退所時連携加算	① あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり ② なし
	認知症専門 ケア加算	(I) 1 あり ② なし
		(II) 1 あり ② なし

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり	② なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
		(Ⅲ)	1 あり	② なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1		
	② なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い (※ご家族に連絡が付かない場合若しくはご家族の到着が遅くなる場合等) ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	盛岡医療生活協同組合 川久保病院
		住所	岩手県盛岡市津志田25-30-1
		診療科目	内科、外科、眼科、在宅診療科
		協力内容	訪問診療、定期通院、急変時の対応相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人 いけだ歯科口腔外科
		住所	岩手県盛岡市南大通2丁目10-27
		協力内容	訪問診療、対応相談

(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		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (スタッフステーションの近くに居室へ移る場合)	
判断基準の内容		居室の住み替えが必要であることを施設長・計画作成担当者・看護師が判断したとき	
手続きの内容		利用者・身元引受人・家族に同意の確認	
追加的費用の有無		1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い		① あり 1 なし	
前払金償却の調整の有無		① あり 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり ② なし	
	便所の変更	1 あり ② なし	
	浴室の変更	1 あり ② なし	
	洗面所の変更	1 あり ② なし	
	台所の変更	1 あり ② なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(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 ② なし
	要支援の者	1 あり ② なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	健康診断書、実態調査の結果をもとに施設で入居判定会議を実施。	
契約の解除の内容	入居者から解約の申し入れがあったとき又は死亡した時	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	不正手段による入居。利用料の遅延。利用者他入居者の生命に危険の恐れがある場合。
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30日前までに申し込み	
体験入居の内容	1 あり (内容:) ② なし	
入居定員	42 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		1.0
生活相談員	2		2	1.0
直接処遇職員	20	15	5	
介護職員	18	15	3	17.0
看護職員	2		2	1.0
機能訓練指導員	1		1	0.4
計画作成担当者	1		1	0.4
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				40h
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		非常勤
		常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	8	6	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	9	8	1
介護支援専門員	2		2

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		非常勤
		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			
柔道整復師			
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 (22 時～ 7 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	2	人	2 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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	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)	3 : 2
※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						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										
前年度1年間の退職者数										
に業務に応じた従事した人経験年数の人数	1年未満		15	3		2		1		1
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上	1									
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 ※該当する方式を全て選択	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 ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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	1 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、及び人件費を勘案
	手続き	運営懇談会の意見を聞く

(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	例：要介護1	例：要介護3
	年齢	80 歳	80 歳
居室の状況	床面積	18 m ²	18 m ²
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	150,000 円	150,000 円
月額費用の合計(月30日の場合)		172,080 円	176,130 円
家賃		50,000 円	50,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		16,080 円
	※2 介護保健外	食費	51,000 円
		管理費	27,000 円
		介護費用	円
		光熱水費	28,000 円
	その他	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	建物の賃借料を基礎として一室賃料を算定した。
敷金	家賃の 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。
管理費	共用施設の維持管理 修繕費 事務費 人件費
食費	委託費を基礎として算定
光熱水費	年間光熱水費より算定
利用者の個別的な選択によるサービス利用	
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	介護報酬上の告示の額
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 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他 (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	9	人
	女性	18	人
年齢別	65歳未満	1	人
	65歳以上75歳未満	4	人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	17	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	6	人
	要介護 2	11	人
	要介護 3	4	人
	要介護 4	4	人
	要介護 5	2	人
入居期間別	6ヶ月未満	5	人
	6ヶ月以上1年未満	3	人
	1年以上5年未満	6	人
	5年以上10年未満	8	人
	10年以上15年未満	5	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	80.7	歳
入居者数の合計	27	人
入居率*	64.3	%
※ 入居者数の合計を入居定員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	3	人
	医療機関	1	人
	死亡者	5	人
	その他		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	ホープタウン輪っか	
電話番号	019-656-7530	
担当者	生活相談員 中嶋 剛	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日	上記の通り※(但し、緊急の場合は随時受付)	

窓口の名称	盛岡市役所 介護保険課	
電話番号	019-626-7562	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日	上記通り	

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 損害賠償の予定に定める
	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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 損害賠償の予定に定める
	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、意見等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	週に1度意見箱回収
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし		
	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項に規定する届出	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	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 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	1 あり ② なし
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）

※ 入居者氏名 _____ 様
（代筆： _____）

説明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____ 小松 能子 _____

※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・捺印を求める。