

重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	関 登代美
所属・職名	ハートフル幕張・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	法人の場合、その種類	株式会社
名称	(かぶしきがいしゃ は一とふるけあ) 株式会社ハートフルケア	
主たる事務所の所在地	〒141-0022 東京都品川区東五反田五丁目25番19号	
連絡先	電話番号	03-5475-7558
	FAX番号	03-5475-5077
	ホームページアドレス	http://platinum-care.jp
代表者	氏名	森永 晃夫
	職名	代表取締役
設立年月日	平成12年10月12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) は一とふるまくはり ハートフル幕張	
所在地	〒262-0025 千葉県千葉市花見川区花園3-5-7	
主な利用交通手段	最寄駅	新検見川駅
	交通手段と所要時間	JR総武線「新検見川」駅より600m(徒歩8分) 京成「検見川」駅より600m(徒歩8分)
連絡先	電話番号	043-350-5011
	FAX番号	043-350-5003
	ホームページアドレス	http://platinum-care.jp
管理者	氏名	関 登代美
	職名	施設長
建物の竣工日	平成5年2月15日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成14年1月18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				
	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	1,736.76㎡				
	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	2,723.67㎡			
		うち、老人ホーム部分	2,723.67㎡			
	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 (2001年12月1日 ~ 2021年8月31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				
	タイプ1	トイレ	浴室	面積	戸数・ 室数	区分※
		有/無	有/無	12.15㎡	71室	

	タイプ2	㊟／無	有／㊟	24.30㎡	14室
共用施設	※「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。				
	共用便所における便房	6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		6ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個浴		1ヶ所
			大浴場		1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
	介護浴槽	1ヶ所	リフト浴		0ヶ所
			ストレッチャー浴		1ヶ所
			その他（ ）		0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	消火器	① あり	2 なし		
	自動火災報知設備	① あり	2 なし		
	火災通報装置	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	<ol style="list-style-type: none"> 1 事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 2 事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う。 3 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者・介護予防サービス事業者並びにその他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供
----------	---

	<p>する者との綿密な連携を図り、外部サービスも利用して総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>4 事業の運営にあたっては、安定的かつ継続的な運営に努める。</p>
サービスの提供内容に関する特色	健康面に不安がある方でも安心してお過ごしいただけるよう、24時間体制で対応していただける協力医療機関がございます。又、入居者の方々が充実した日々を送っていただけるよう、年間を通して様々なイベントを行っています。
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体制の有無	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	
	医療機関連携加算	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
1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 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 ③ 通院介助 ④ その他 ()	
協力医療機関	1	名称	まくはり南クリニック
		住所	千葉県花見川区幕張町5-187-1 (施設から2km)
		診療科目	内科
		協力内容	毎週木曜日の往診、日常の健康相談、看護指導、緊急時の対応及び入院を要する場合の紹介(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	津田沼中央総合病院
		住所	習志野市谷津1-9-17 (施設から7km)
		診療科目	外科、内科、脳神経外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、消化器科、消化器外科、循環器科、リウマチ科、リハビリテーション科、小児科、人工透析
		協力内容	緊急時の対応及び入院の協力 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	3	名称	花園診療所
		住所	千葉県花見川区花園2-8-23 (施設から300m)
		診療科目	内科、小児科
		協力内容	外来受診、検査予約の受入 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	名称	メンタルクリニックとみた	
	住所	千葉県花見川区幕張本郷 2-9-1 (施設から4.3km)	
	診療科目	心療内科	
	協力内容	訪問診療	
協力歯科医療機関		名称	寒竹歯科医院
		住所	千葉県美浜区高洲3-10-1-3F (施設から5km)
		協力内容	毎週月曜日の訪問歯科診療 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(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 ()	
判断基準の内容	適切なサービス提供の為、施設側が居室の移動が必要と判断した場合。	
手続きの内容	一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、居室を変更していただく場合があります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取り扱い	利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更になります。	
前払い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	入居可能年齢は原則65歳以上とし、介護を必要とする場合はその状況により65歳未満でも入居できます。但し、入居者が感染症の為、他の入居者に生命の危険を及ぼす場合、入居ができないこともあります。そのため入居前に所定の健康診断を受けていただきます。疾病完治後は入居することができます。	
契約の解除の内容	以下の場合には、予告期間をおいて、契約を解除することがあります。 ① 入居契約書に虚偽の事項を記載する不正手段により入居したとき。 ② 月額利用料等その他の費用の支払いを3ヶ月以上滞納し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないとき。 ③ 建物、附属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損、滅失したとき。 ④ 行動が他の入居者の生活又は健康に重大な	

	影響を及ぼすとき。（認知症の場合、その行動が著しく本人又は他の入居者の心身に影響を及ぼしたときは医療機関に一時的に入院をしていただくことがあります。） 入居者の方が契約を解除しようとする時は、30日以上予告期間が必要です。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書31条
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	① あり（内容：1泊2日 3食付き8,000円＋税（最長1週間）） ② なし	
入居定員	99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）43			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	2	2	0	1.5
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	32	24	8	17.4
介護職員	27	22	5	14.0
看護職員	5	2	3	3.4
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	（株）日京クリ エイトへ委託
調理員	0	0	0	
事務員	2	2	0	2
その他職員	6	0	6	4.0
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			
介護福祉士	18	15	3
実務者研修の修了者	4	4	0
初任者研修の修了者	5	3	2
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
看護師または准看護師			
理学療法士	1	1	
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20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	3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)	: 1
※ 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		介護支援専門員等			
	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			2	4						
前年度1年間の退職者数			1	5						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上			2	1					
	3年未満									
	3年以上			7	4					
	5年未満									
	5年以上		2	5				1		
	10年未満									
10年以上	2	1	8							
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)

居住の権利携帯 【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）の取り扱い	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	当該施設所在地域の消費者物価指数及び人件費等の高騰があり、事業者努力では賄いきれない場合。
	手続き	運営懇談会に意見を聴いて同意を得たうえで行う。

(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3	要介護3	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	12.15㎡	12.15㎡	
	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	2,660,000円	1,970,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		168,400円	168,400円	
家賃		55,000円	55,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	※2 介護保険外	食費	59,400円	59,400円
		管理費	54,000円	54,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
		その他(バント積立金)	1,028円	1,028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	当該施設建物の賃借料及び建物維持管理費を基礎として家賃相当額を設定。 一時金方式においては、月々の家賃相当額を前払いする月額分と月額利用料として頂戴する家賃相当額とに按分し設定。
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。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費を基礎として設定
食費	食材費及び厨房業務委託(株式会社日京クリエイト)の委託費を基礎として設定
光熱水費	個別メータにより電気代実費
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添2
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	
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。	

(前払い金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	年齢により3年～5年の想定居住期間分として設定し、想定居住期間を経過しても追加の徴収はありません。	
想定居住期間(償却年月数)	90歳以上の場合:3年(36か月) 80歳～89歳の場合:4年(48か月) 65歳～79歳の場合:5年(60か月)	
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)	前払金の30%	
初期償却率	30%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日から居室明け渡し日までの施設利用料の対価として、入居一時金の日割り(1か月を30日計算とする)相当を既に受領済みの入居一時金より差し引き、居室明け渡しを受けた後90日以内に無利息で返還することとします。
	入居後3月を超えた契約終了	入居一時金×0.7×(契約時償却月数-入居月数)÷契約時償却月数 ※償却起算日より契約時償却月数(36～60ヶ月)にて均等償却いたします。なお、月途中の入退去月については日割りにて償却します。償却計算において端数は切り上げとなります。
前払い金の保全先	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	オリックス銀行株式会社(入居一時金保証委託契約)
	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	24人
	女性	55人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	27人
	85歳以上	49人
要介護度別	自立	4人
	要支援1	2人
	要支援2	1人
	要介護1	19人
	要介護2	10人
	要介護3	11人
	要介護4	19人
	要介護5	13人
入居期間別	6ヶ月未満	13人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	37人
	5年以上10年未満	15人
	10年以上15年未満	4人
	15年以上	3人

(入居者の属性)

平均年齢	86.3歳
入居者数の合計	79人
入居率※	89.1%
※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	5人
	医療機関	4人
	死亡者	17人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	9人
		(解約事由の例) 自宅復帰・他施設異動・回復見込みない為HPへ異動・同グループ施設へ移動

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		ハートフル幕張 苦情受付係
電話番号		043-350-5011
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		千葉県保健福祉局高齢障害部介護保険事業課
電話番号		043-245-5256
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
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	① あり	(その内容) 記入してください 「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます。
	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)
	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 入居希望者に公布 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に公布 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 入居希望者に公布 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 入居希望者に公布 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 入居希望者に公布 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個室設備 ・ 居室面積 ・ 一部廊下幅 ・ 各階汚物処理室 ・ 各階スタッフルーム
「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	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレ設備1居室設置なし ・ 一般居室有効面積基準（既存転用指針）13.2㎡に対し、最小12.15㎡ ・ 一部廊下幅が1.8mに満たない ・ 汚物処理室各階設置なし ・ スタッフルームの設置がない階がある
不適合事項がある場合の内容	トイレ設備のない1居室については入居が入り次第設置予定です。

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 平成 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。