

## 重要事項説明書

記入年月日	2022年07月01日
記入者名	大島栄子
所属・職名	代表取締役

## 1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃやまぶきそう 株式会社やまぶき荘	
主たる事務所の所在地	〒329-3122 栃木県那須塩原市塩野崎 347 番地 4	
連絡先	電話番号	0287-62-9193
	FAX 番号	0287-63-1266
	ホームページアドレス	<a href="https://www.yamabukisou.com">https://www.yamabukisou.com</a>
代表者	氏名	大島栄子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 18 年 12 月 1 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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく なすのいえ サービス付き高齢者向け住宅 那須乃家
----	--

所在地	〒329-3122 栃木県那須塩原市塩野崎 347 番地 17	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 那須塩原駅
	交通手段と所要時間	自動車利用 ・乗車 15 分
連絡先	電話番号	0287-62-9193
	FAX 番号	0287-63-1266
	ホームページアドレス	http://www.yamabukisou.com
管理者	氏名	大島 伸公
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 27 年 10 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27 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）		
<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	648.77 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	661.49 m <sup>2</sup>

		うち、老人ホーム部分	524.37 m <sup>2</sup>			
耐火構造	1 耐火建築物					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ( 年 月 日 ~ 年 月 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	23.00 m <sup>2</sup>	8	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	23.38 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	26.25 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	26.00 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
※「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	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
共用浴室における	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			

	介護浴槽		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	入居者様の安全・安楽を確保し、安心した生活を営めるよう支援させていただきます。
サービスの提供内容に関する特色	（外部）居宅介護サービス利用可

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績（記入年月日現在）						
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	人
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし	12人
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	人
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし	12人
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	12人
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし	12人

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	つばさクリニック那須
		住所	栃木県那須塩原市南郷屋 1-106 セラヴィⅢ406号
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	特になし		
契約の解除の内容	①不正手段の入居 ②費用の滞納 ③設備の故意の破損 ④他者への危害		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 14 条	
	解約予告期間		
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	12 人		
その他	特になし		

## 5. 職員体制

### (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	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	0	0	0	
看護職員	0	0	0	
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	
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				
※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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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			
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			
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 ( 17時30分～8時30分)		
	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	1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									
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年未満									
	5年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年未満									
10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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
	1 全額前払い方式

利用料金の支払い方式 【表示事項】	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	施設が所在する自治体物価指数勘案の上で決定する。
	手続き	改定案の提示と事前協議の上実施する。

(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	要支援 2	要介護 3	
	年齢	70 歳	75 歳	
居室の状況	床面積	23.00 m <sup>2</sup>	26.00 m <sup>2</sup>	
	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	153,000 円	153,000 円	
月額費用の合計		134,000 円 ※税抜	136,000 円 ※税抜	
家賃		51,000 円	51,000 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	45,000 円 ※税抜	45,000 円 ※税抜
		管理費	15,000 円	15,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,000 円 ※税抜	5,000 円 ※税抜
		その他 (状況把握・生活相談サービス費)	20,000 円 ※税抜	20,000 円 ※税抜

※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	51,000 円/月
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	15,000 円/月
食費	45,000 円/月 (税抜) (内訳概算 朝食 400 円 昼食 600 円 夕食 500 円) (税抜)
光熱水費	各居室へ個人メーター設置 (※使用料にて実費を請求)
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	状況把握・生活相談サービス 20,000 円/月 (税抜)

6. 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	5 人
	女性	7 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	6 人
	85 歳以上	4 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	2 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	3 人
	1年以上 5年未満	4 人
	5年以上 10年未満	2 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	83.6 歳
入居者数の合計	12 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	3 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) ※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	大島 栄子	
電話番号	0287-62-9193	
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	なし	

(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) 事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は損害賠償保険等の手配を行い誠実に対応。
	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)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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2回程度
	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	1 あり    2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 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
	「7. 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	なし
	不適合事項がある場合の内容

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）

令和 年 月 日

事業者は、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 栃木県那須塩原市塩野崎 347 番地 4  
事業者（法人）名 株式会社 やまぶき荘  
代表者職・氏名 代表取締役 大 島 栄 子 印  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 \_\_\_\_\_  
本人との続柄 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

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	あり	なし	ヘルパーステーション湯の里	栃木県那須塩原市埼玉 6-1378
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	デイサービス湯の里	栃木県那須塩原市埼玉 6-1378
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		
<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	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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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		
<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	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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		

別添2

有料老人ホーム・サービスマン・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

※1：利用者の所得等に依り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依りて、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。

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※2		都度※2	料金※3	備考
	なし	あり			
介護サービス					
食事介助	なし	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○	※30分/500円（税抜）	
おむつ代	なし	あり	○	※別途自費購入	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	○	※30分/500円（税抜）	
特浴介助	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり			
機能訓練	なし	あり			
通院介助	なし	あり	○	※30分/500円（税抜）	
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	○	※30分/500円（税抜）	
リネン交換	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり	○	※30分/500円（税抜）	
居室配膳・下膳	なし	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり			
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	○		
役所手続き代行	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	○		
生活指導・栄養指導	なし	あり	○		
服薬支援	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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			
入退院時の同行	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	○		
入院中の見舞い訪問	なし	あり			