

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	吉澤 恵美
所属・職名	花咲さの・所長

## 1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃえいちえすこーぽれーしょん 株式会社HSコーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒327-0836 栃木県佐野市寺中町 2417 番地 1	
連絡先	電話番号	0283-27-0860
	FAX 番号	0283-27-0870
	ホームページアドレス	http://www.hohoemi-care.co.jp
代表者	氏名	早川 茂
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 19年4月3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) はなえみさの 花咲さの	
所在地	〒327-0844 栃木県佐野市富岡町 1454 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR両毛線佐野駅
	交通手段と所要時間	JR両毛線佐野駅から徒歩で20分
連絡先	電話番号	0283-86-7830
	FAX 番号	0283-27-0870
	ホームページアドレス	http://www.hohoemi-care.co.jp
管理者	氏名	吉澤 恵美
	職名	所長
建物の竣工日		昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 27年4月6日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 27年5月1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2,168 m <sup>2</sup>				
	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（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	① あり 2 なし			
契約期間	① あり (平成27年5月1日～令和27年4月30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	1,677.60 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,412.06 m <sup>2</sup>			
	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（普通賃借・定期賃借）				
抵当権の設定		1 あり ② なし				
契約期間		① あり (平成27年5月1日～令和27年4月30日)				
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（縁故者居室を含む）				
		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	18.18 m <sup>2</sup>	5	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	18.09 m <sup>2</sup>	25	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	18.00 m <sup>2</sup>	2	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	18.27 m <sup>2</sup>	3	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	3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	3ヶ所			
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所			
			大浴場	0ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			
			リフト浴	1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						
消防用設備等	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				
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）			
	① あり				① あり	① あり	1 あり
	2 一部あり				2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし				3 なし	3 なし	3 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	高齢者の尊厳を敬い、良質な住まいを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	介護、医療の連携により、看取りまで行えるよう支援致します。

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				
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし		32人
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし		32人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		32人
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		32人
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		32人
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし		32人

(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	加藤クリニックプラザ
		住所	栃木県佐野市浅沼町 870-2
		診療科目	内科・胃腸内科・外科・肛門科
		協力科目	
		協力内容	内科診療、健康診断、予防接種
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	大橋歯科医院
		住所	栃木県佐野市富岡町 1500-1
		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 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	入居者の要件は、次に該当する者である。 60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている 60歳未満の者	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	賃料等を滞納した場合 等
	解約予告期間	3ヶ月
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 : ) ② なし	
入居定員	35人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	

## 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	
生活相談員	2	2	0	
直接処遇職員	20	6	14	
介護職員	17	5	12	
看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員	1	0	1	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	1	1	0	
調理員	5	4	1	
事務員	1	1	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				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	1	0	
介護福祉士	5	4	
実務者研修の修了者	0	0	
初任者研修の修了者	2	2	
介護支援専門員	1	1	

(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	0	0	0
理学療法士	1	0	1
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（17時～9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

(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	1	1	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	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
	1年以上 3年未満	0	2	3	2	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	2	8	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	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	
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	物価変動、人件費上昇等により改定する場合がある。
	手続き	双方の協議により決める。

### (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	要介護度 1		
	年齢	85歳	歳	
居室の状況	床面積	18.09㎡	㎡	
	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	円	
	敷金	150,000円	円	
月額費用の合計		121,390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※ <sup>1</sup> の費用	0円	円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	49,890円	円
		共益費	10,500円	円
		介護費用	500円/30分	円
		光熱水費	共益費に含む	円
その他（生活支援費）		11,000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	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、家賃を算出した。
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。
共益費	水道光熱費、共用施設等の維持、管理費等
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。
光熱水費	共益費に含む
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	7人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	26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	8人
	要介護2	10人
	要介護3	6人
	要介護4	5人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	11人
	5年以上 10年未満	12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	88.7歳
入居者数の合計	32人
入居率※	91%
※ 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	0人
	医療機関	8人
	死亡者	2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	花咲さの苦情相談窓口	
電話番号	0283-86-7830	
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
	土曜	午前9時～午後5時
	日曜・祝日	午前9時～午後5時
定休日	年中無休	
窓口の名称	栃木県高齢対策課	
電話番号	028-623-3058	
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土・日・祝日	

(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) 福祉事業者総合賠償責任保険
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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	随時
		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「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	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（別を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）

※ \_\_\_\_\_ 印 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名	所在地	栃木県佐野市寺中町2417番地1
	事業者名	株式会社HSコーポレーション
	代表者職・氏名	代表取締役 早川 茂 印
	説明者職・氏名	花咲さの 管理者 吉澤 恵美 印

※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ほほえみ	佐野市富岡町 1454
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	リハビリパークほほえみ デイサービスセンターほほえみ古里館 デイサービスセンター花咲さの 遠原の里デイサービスセンター	佐野市寺中町 2417-1 佐野市多田町 1722-1 佐野市富岡町 1454 佐野市閑馬町 515-3
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	和笑衣	佐野市植上町 1659-1
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		
地域密着型通所介護	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	ケアプランセンターほほえみ ケアプランセンターほほえみ田沼事業所	佐野市富岡町 1454 佐野市多田町 1722-1
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>				
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	和笑衣	佐野市植上町 1659-1
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		
介護医療院	あり	なし		

## 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		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						備 考	
		（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3			
<b>介護サービス</b>									
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		○	100円/枚	自己負担	
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		○	2,200円/回	送迎代：市内片道500円/回 付添代：1,200円/時間	
<b>生活サービス</b>									
居室清掃	なし	あり	なし	あり				無料で週1回程度	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,200円/月	寝具一式、リネンは週1回交換	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,900円/月		
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					
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		○	2,100円/回	カット代（外部からの訪問理美容）	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	佐野市内	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	500円/回		
金銭・貯金管理			なし	あり		○	3,000円/月		
<b>健康管理サービス</b>									
定期健康診断			なし	あり		○		希望により年1回、自己負担	
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					
<b>入退院時・入院中のサービス</b>									
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	栃木県内	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,200円/回	栃木県内	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	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、2割又は3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。