

重要事項説明書

記入年月日	平成30年3月11日
記入者名	菅谷 由紀子
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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやあすわい 株式会社アスワイ	
主たる事務所の所在地	〒113-0034 東京都足立区扇一丁目30番13号	
連絡先	電話番号	03-3389-7595
	FAX番号	
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	塚本 秀子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成21年7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) ほのぼのそう ほのぼの荘	
所在地	〒360-0803 埼玉県熊谷市柿沼334-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR熊谷駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 最寄駅から12分、「大幡」停留所下車、 徒歩1分
連絡先	電話番号	048-523-0012
	FAX番号	048-523-0013
	ホームページアドレス	http://honobono-sou.jp/about.html
管理者	氏名	

	職名	管理者
	建物の竣工日	平成 21 年 1 月 10 日
	有料老人ホーム事業の開始日	平成 22 年 1 月 23 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	
	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	1,057.62㎡	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,708.71㎡
		うち、老人ホーム部分	450.51㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

		契約の自動更新	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60 m ²	1	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.32 m ²	7	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.08 m ²	6	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.88 m ²	1	一般居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.27 m ²	1	一般居室個室
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.96 m ²	1	一般居室個室	
タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24.00 m ²	1	一般居室個室	
タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.55 m ²	1	一般居室個室	
共用施設	共用便所における 便房	1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	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	0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	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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	共用ホール					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	コンプライアンスの遵守、弱者救済の誠心、一心奉仕の行いを基本理念として運営します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように医療連携体制により支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
フロントサービス・ゴミ出しサービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）		
協力医療機関	1	名称	医療法人善心会
		住所	埼玉県熊谷市柿沼 334-1
		診療科目	内科・整形
		協力内容	訪問診療、往診、外来
	2	名称	行田総合病院
		住所	埼玉県行田市持田 376
		診療科目	内科・外科・消化器科・整形外科・循環器科 他
		協力内容	ペグ交換、入院
協力歯科医療機関	名称	羽生デンタルクリニック	
	住所	埼玉県羽生市中央 2-1-7-201	
	協力内容	訪問歯科診療	

(入居後に居室を住み替える場合)

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	常時見守りが必要な場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場

	合があります。	
手続きの内容	①医師の意見を聞く ②3か月間の観察期間を置く ③本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	60歳以上または要支援・要介護の者	
契約の解除の内容	入居契約書第14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16条による
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヵ月	
体験入居の内容	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	19人	
その他		

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		1
生活相談員	委託	委託		
直接処遇職員				
介護職員				
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	8	3	5	6
その他職員	6	3	3	4.45

(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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時～ 9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	人	人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
	<input checked="" type="checkbox"/> 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										
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満									
	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										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 手続き	消費者物価指数等を勘案し料金が不相当となった場合。 所有者・入居者協議の上、料金を改定する。

(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	要介護3	要介護4	
	年齢	65歳	70歳	
居室の状況	床面積	18.60 m ²	24.00 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で必 要な費用	前払金	なし	なし	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		151,000 円	168,000 円	
家賃		43,000 円	60,000 円	
共益費		8,000 円	8,000 円	
光熱水費		実費	実費	
サービス費用	状況把握・生活相談サービス費用	30,000 円	30,000 円	
	介護保険外	食費	60,000 円	60,000 円
		フロントサービス・ゴミ出しサービス	10,000 円	10,000 円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
敷金	なし
介護費用	人件費により算定
共益費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定
食費	業務委託料により算定

光熱水費	実費
フロントサービス・ゴミ出しサービス	人件費により算定

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	9人
	女性	9人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	8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	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	0人
	要介護 2	1人
	要介護 3	6人
	要介護 4	7人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	6人
	5年以上 10年未満	1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	77.27歳
入居者数の合計	18人
入居率※	94.7%
※ 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	1人
	医療機関	0人
	死亡者	11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		苦情相談窓口
電話番号		048-523-0012
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		日曜日、祝日
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
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、12/29~1/3
窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5562
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、12/29~1/3
窓口の名称		熊谷市消費生活相談センター
電話番号		048-524-7321
対応している時間	平日	9:30~12:00 13:00~16:00

	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	
窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター熊谷	
電話番号	048-524-0999	
対応している時間	平日	9：00～16：00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	

(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"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社に加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 年 月 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <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 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容) 入居者本人は随時、また家族(保証人)は、年に3~4回連絡を取り、意見を聞く機会を設け、その記録を残す。
	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:) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input 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 2 なし <input type="checkbox"/> 3 該当なし	
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	なし
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）

※ _____ 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。

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
<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		
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		
<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		

別添2 有料老人ホーム・サーム・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	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
	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)	なし				
介護サービス						
食事介助	あり	なし				
排泄介助・おむつ交換	あり	なし				
おむつ代						
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし				
特浴介助	あり	なし				
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし				
機能訓練	あり	なし				
通院介助	あり	なし				
生活サービス						
居室清掃	あり	なし				
リネン交換	あり	なし				
日常の洗濯	あり	なし				
居室配膳・下膳	あり	なし				
入居者の嗜好に応じた特別な食事						
フロントサービス			○		10,000 円/月	フロントサービス
ゴミ出しサービス			○		10,000 円/月	フロントサービス
買い物代行	あり	なし				
役所手続き代行	あり	なし				
金銭・貯金管理	あり	なし				
健康管理サービス						
定期健康診断						
健康相談	あり	なし				
生活指導・栄養指導	あり	なし				
服薬支援	あり	なし				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし				
入退院時の同行	あり	なし				
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし				
入院中の見舞い訪問	あり	なし				

※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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、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。