

# 重要事項説明書

(住宅型有料老人ホーム ハート・ピア尼崎)

様

---

株式会社ハートコーポレーション



## 重要事項説明書

		記入年月日	年 月 日
記入者名	北西 裕子	所属・職名	施設長

### 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
	事業主体の名称	法人の種類	株式会社
		名称	(ふりがな) はーとこーぽれーしょん ハートコーポレーション
	事業主体の主たる事務所の所在地	〒560-0024	大阪府豊中市末広町1丁目2番16号
	事業主体の連絡先	電話番号	06-6857-0231
		FAX番号	06-6855-5595
		ホームページアドレス	
事業主体の代表者の職名及び氏名		職名	代表取締役
		氏名	山田一美
事業主体の設立年月日		平成9年1月16日	

事業主体が尼崎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		
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時訪問介護・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		
複合型サービス	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		

2. 施設概要

施設の名前、所在地及び電話番号その他の連絡先			
施設の名前	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ はーと・ぴああまがさき 住宅型有料老人ホーム ハート・ピア尼崎		
施設の所在地	〒660-0055	兵庫県尼崎市稲葉元町1丁目1番23号	
施設の連絡先	電話番号	06-6430-5014	
	FAX番号	06-6418-5689	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: <a href="http://www.heartco.jp/">http://www.heartco.jp/</a>	
施設の開設年月日		平成21年11月1日	
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長	
	氏名	北西 裕子	
施設までの主な利用交通手段			
JR立花駅 徒歩 15分 距離 1,200m			
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム		
介護保険事業所番号			
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日)			
事業の開始(予定)年月日			
指定の年月日			
指定の更新年月日			

3. 従業者に関する事項(令和3年4月1日現在)

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1.0
生活相談員						
看護職員						
介護職員	業務委託により必要な人数を配置					
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	業務委託により必要な人数を配置					
事務員	1				1	1.0
その他従業者	1				1	1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数: 40時間						
※ 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。						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数	最少時の人数(宿直の従事者を除いた人数)				1人	
	平均時の人数				1人	
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者が有している当該業務に係る資格等		なし	あり			
従業者の健康診断の実施状況					なし	あり

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
高齢者が安全で快適に、且つ自由な生活環境を維持できるように配慮した運営を行う。生活に当たっては、個人の尊厳が確保できるように、また、サポートが必要になった場合は介護保険サービスを受けられる体制を支援する。			
協力医療機関の名称	医療法人社団よこた芳友クリニック (尼崎市南塚口町2丁目21-29)		
(協力の内容) ・訪問診療 ・緊急時の相談、連絡及び、入院先病院の紹介 ・感染症発生時の対応			
協力医療機関の名称	医療法人社団兼誠会つかぐち病院 (尼崎市南塚口町6丁目8番1号)		
(協力の内容) ・訪問診療 ・緊急時の相談、連絡及び、入院先病院の紹介 ・感染症発生時の対応			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	その名称
(協力の内容)			

5. 住み替えに関する事項

	入居後に居室を住み替える場合		
	一時介護室へ移る場合		
	判断基準・手続について		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	台所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
(その内容)			

介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他 ( )	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

6、施設の入居に関する要件

自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項	① 要支援・要介護の認定を受けた方 ② 共同生活を営める方 ③ 自傷・他害行為のない方		
契約の解除の内容	<契約の終了> ① 入居者が死亡したとき ② 事業者が入居契約書第 28 条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき ③ 入居者が入居契約書第 29 条に基づき解除を行ったとき		
体験入居の内容			
入居定員	57名		
その他			

7、入居者の状況（      年      月      日現在）

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
入居者の平均年齢	歳					
入居者の男女別人数	男性			女性		
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						%
前年度に退居した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数	名	名	名	名	名	名

8、施設、設備等の状況

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
居室の状況	区分			室数	人数	居室の床面積			
	一般居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	54	/	18.01 m <sup>2</sup> ~24.12 m <sup>2</sup>			
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	介護居室個室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		/	m <sup>2</sup>			
	介護居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	一時介護室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	共用便所の設置数		2	うち男女別の対応が可能な数		0			
			うち車いす等の対応が可能な数		1				
個室の便所の設置数		57	個室における便所の設置割合		100%				
			うち車いす等の対応が可能な数		57箇所				
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴			
			4箇所	0	0	1			
その他、浴室の設備に関する事項		個浴のうち介護浴室：4箇所							
食堂の設備状況		1階に設置							
入居者等が調理を行う設備状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり					
その他、共用施設の設備状況									
<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり		(その内容)					
バリアフリーの対応状況									
(その内容)									
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり					
外線電話回線の設置状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	全居室内にあり					
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり					
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		994.79 m <sup>2</sup>							
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり					
貸借（借地）									
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終					
		契約の自動更新		なし	あり				
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積		1,717.14 m <sup>2</sup>							
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり					
貸借（借家）									
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	平成24年6月1日	終				
		契約の自動更新		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				
				平成29年5月31日					



10、利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	円		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率 (%)	100%		
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			
権利金等 (※) の額			
(※) 平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			
1			

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	

料金プラン

プラン名称	月額 計	(内訳)				
		家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
	155,490 円	58,000 円		49,200 円		48,290 円
	168,490 円	71,000 円		49,200 円		48,290 円

※食費は30日計算、介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定  
根拠

家賃相当額 (非課税)	近隣有料老人ホームの賃料水準を勘案
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	業務委託業者の金額による
光熱水費	管理費に含む
管理費 (税込)	建物維持管理費、水道光熱費、消耗品費、事務所維持管理費等を勘案。又、緊急コール24時間対応等にて提供するサービス及び、日常生活支援サービス等にかかる人員配置における人件費等。

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

内容	
人員配置が手厚い場合の介護サービス (再掲)	なし      あり
内容	
利用料	円 ( 月額 ・ 日額 )
算定根拠	
支払い方法	月単位 (日割り計算の有無    あり ・ なし )

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料

個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
算定根拠	介護サービス等一覧表参照	

料金改定の手続

契約書第26条参照
-----------

1 1、利用料金 (税込)

要介護区分なし		
介護を行う場所		
	一時金及び月額利用料に含むサービス 別途利用料金を徴収した上で実施するサービス	
<b>生活サービス</b>		
緊急コール対応	身体介護を伴わない範囲で対応	
居室清掃	440 円/15 分	
洗濯	440 円/15 分	
居室への配膳・下膳	突発的及び一時的な体調不良時 (当日内を基本とする)	左記以外 385 円/15 分
預かり金管理		1, 650 円/月
<b>介護サービス</b>		
夜間巡回サービス (訪室なし)	定時巡回を行う	
食事介助	突発的及び一時的な体調不良時 (当日内を基本とする)	495 円/15 分
排泄介助 (トイレ誘導及び介助) (おむつ交換)		左記以外は 550 円/ 1 回
おむつ代金		実費徴収
入浴介助 (清拭) (一般浴介助)		左記以外 495 円/15 分
その他身体介護		495 円/15 分
<b>同行サービス</b>		
通院介助 (緊急時含む)		5:00～21:59 495 円/15 分 (同行 1 名) 22:00～4:59 660 円/15 分 (同行 1 名)
買い物		495 円/15 分 (同行 1 名)
その他同行		495 円/15 分 (同行 1 名)
同行に必要な交通費 (バス、タクシー、電車代等)		実費徴収 (同行者分を含む)
<b>代行サービス</b>		
買い物		440 円/15 分 (代行 1 名) ※自転車移動での時間分を徴収する。
役所手続き		440 円/15 分 (代行 1 名) ※自転車移動での時間分を徴収する。
その他代行		440 円/15 分 (代行 1 名) ※自転車移動での時間分を徴収する。
代行に必要な交通費 (バス、タクシー、電車代等)		実費徴収

\*上記サービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を挙げており、ホームのサービス提供の状況に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

\*記入に当たっては、回数及び費用負担を明らかにする。

## 1 2. 特約

### (通常損耗補修特約)

- 1 原状回復（賃借人の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損、残置物処分）と下記の通常損耗や経年変化の修理費用は、入居者の負担とします。（※ご請求金額は原状回復+（1）+（2）+（3）+（4）となり、（1）+（2）+（3）+（4）の算出方法は下記の通りとなります。）

- (1) 明け渡し後の貸室全体の清掃・洗浄・消毒（クリーニング費用） 11,000円
- (2) 明け渡し後の貸室全体のクロスの傷・汚れ・経年劣化部分 1,000円/m  
但し、貸室全体クロス一式張替えの場合は上限を60,000円とし、その半額を弊社負担とする。
- (3) 明け渡し後の貸室全体の床の傷・汚れ・経年劣化部分  
・クッションフロア 3,300円/m<sup>2</sup>                      ・ソフト巾木 495円/枚  
但し、貸室全体床一式張替えの場合は上限を93,885円とし、その半額を弊社負担とする。
- (4) 明け渡し後の貸室の扉・水回りの傷・汚れ・経年劣化部分  
・リアティックシート 5,610円/m<sup>2</sup>  
但し、貸室のリアティックシート一式張替えの場合は上限を16,830円とし、その半額を弊社負担とする。

## 1 3. 利用者代理人兼連帯保証人等

### (利用者代理人兼連帯保証人)

- 1 入居者は、利用者代理人兼連帯保証人を定めるものとします。ただし、利用者代理人兼連帯保証人を定めることができない相当の理由があると事業者が認めた場合は、この限りではありません。
- 2 前項の利用者代理人兼連帯保証人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して極度額50万円の範囲内で履行の責を負います。
- 3 事業者は、入居者の生活において必要な場合には、利用者代理人兼連帯保証人への連絡・協議等に努めるものとします。
- 4 事業者は、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に利用者代理人兼連帯保証人に連絡するものとします。
- 5 利用者代理人兼連帯保証人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品等の引き受けを行うこととします。

### (事業者へ通知を必要とする事項)

- 1 入居者又は利用者代理人兼連帯保証人は、次に掲げる事項を含める管理規程その他の文書に規定された事業者へ通知する必要が発生した場合には、その内容を遅滞なく事業者へ通知するものとします。
  - 一 入居者若しくは利用者代理人兼連帯保証人の氏名が変更したとき
  - 二 入居者若しくは利用者代理人兼連帯保証人について、法令等に基づく成年後見制度による後見人、補佐人、補助人の審判があったとき、又は破産の申立て（自己申立てを含む）、強制執行・仮差押え・仮処分・競売・民事再生法等の申立てを受け、若しくは申立てをしたとき
  - 三 入居者が「任意後見契約に関する法律」に基づき任意後見契約を締結したとき

### (利用者代理人兼連帯保証人の変更)

- 1 事業者は、利用者代理人兼連帯保証人が前条第二号の規定に該当する場合には、入居者に対して新たに利用者代理人兼連帯保証人を定めることを請求します。但し、利用者代理人兼連帯保証人を定めることができない相当の理由があると事業者が認めた場合は、この限りではありません。
- 2 入居者は、前項に規定する請求を受けた場合には、利用者代理人兼連帯保証人を立てるものとします。

14. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

※説明を受けた者の氏名及び捺印

説明を受けた者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 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。