

別記第1号様式（第12関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	磯野豊顕	所属・職名	管理者

※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃはるみしょうじ 株式会社晴美商事	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒065-0011	札幌市東区北11条10丁目1番26号
事業主体の連絡先	電話番号	011-753-4678
	FAX番号	011-711-5747
	ホームページアドレス	なし あり : http://
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	深田千春
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成17年 10月1日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

2. 施設概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな)じゅたくがたゆうりょうろうじんほーむはるみおおぞらはいつ 住宅型有料老人ホーム ハルミ大空ハイツ	
所在地	〒 065-0011	
	札幌市東区北11条東10丁目1番26号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所用時間	地下鉄東豊線 東区役所前 徒歩7分
連絡先	電話番号	011-753-4678
	FAX番号	011-711-5747
	ホームページアドレス	なし あり : http://
管理者	氏名	磯野豊顕
	職名	管理者
建物の竣工日		平成5年 9月22日 (既存)
有料老人ホーム事業の開始日		平成30年 5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)		
③ 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に該 当する 場合	介護保険事業所番号	
	指定した自治体名	北海道/札幌市
	事業所の指定日	平成30年 5月 1日
	指定の更新年月日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1239㎡				
	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	808.614㎡			
		うち、老人ホーム部分	625.68㎡			
	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 (補強コンクリートブロック造)				
	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 (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】	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		有/無	有/無	7.9㎡	2 3	一般居室個室
タイプ2		有/無	有/無	9.9~ 12.4 ㎡	1 2	一般居室個室
タイプ3		有/無	有/無	15.9~ 16.5 ㎡	5	一般居室個室
タイプ4		有/無	有/無	㎡		
タイプ5		有/無	有/無	㎡		
タイプ6		有/無	有/無	㎡		
タイプ7		有/無	有/無	㎡		
タイプ8		有/無	有/無	㎡		
タイプ9		有/無	有/無	㎡		
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入						

共用施設	共用便所における便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	8ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
共用施設	共用便所における便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	8ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	廊下幅	片廊下	m		
		中廊下	1.7m		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	0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	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0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			
	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	階段昇降機				

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	心落ち着く住み慣れた環境と「安心」「安全」で包括的なケアを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	職員が介護サービスを提供できませんが、介護保険を使った外部の介護サービス（訪問介護サービス・訪問看護等）を利用することが出来ます。 医療機関や各種介護サービスとの連携により、入居者のサポートを行います。
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等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の体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	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	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし	1 あり 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 社会医療法人 禎心会北44条クリニック
		住所 札幌市東区北44条東8丁目1番6号
		診療科目 内科・脳神経外科
		協力内容 入居者の希望により居室における訪問診療、緊急時(発熱、転倒骨折時等)の往診及び緊急入院・検査等の実施。(医療費、その他の費用は入居者の自己負担、以下同。)
	2	名称
		住所
診療科目		
		協力内容
協力歯科医療機関		名称 医療法人社団博会栄あさひ歯科 住所 札幌市白石区南郷道3丁目南8番25N-3 壱番館1F 協力内容 訪問歯科診療

(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		
手続きの内容		
追加的費用の有無		1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし
従前の居室との使用の変更	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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居対象者は多人数の集合住宅内における生活を営むことに支障のない者。 ・看護職員の配置がない為、断続的に特定の療養管理や処置が必要な場合は要相談。 	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡した場合 ・入居者又は契約者から解約を希望される場合 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者又は契約者が月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく遅滞した場合。 ・入居者又は契約者が危険、不潔、法令禁止の事項及び近隣の迷惑になる行為を行った場合、暴力団及び非合法な団体に関係していることが判明した場合。 ・入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすか、その恐れがあり、通常の介護方法、接遇方法では防止できない場合。
	解約予告期間	1ヶ月
入居者から解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	40人	
その他	応相談	

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）

（職員別の職員数）

	職員数（実人数）		常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	
管理者	1		1
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	11		11
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			
その他職員	4		4
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	9	9
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	2	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
看護師及び准看護師			
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 (時～ 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	1人	1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	15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		介護福祉士							
			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						
前年度1年間の退職者数				3						
業務に応じた従事した職員の経験年数	1年未満			1						
	1年以上			8						
	3年未満									
	3年以上			2						
	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			① あり (15) 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	臨時懇談会を開催し、意見を聞く。

(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	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	12,4㎡	7,9㎡	
	便所	1あり ②なし	1あり ②なし	
	浴室	1あり ②なし	1あり ②なし	
	台所	1あり ②なし	1あり ②なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	20,000円	20,000円	
月額費用の合計		100,100円	95,100円	
家賃		41,000円	36,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			
	介護保険外※2	食費の費用	41,040円(税込)	41,040円(税込)
		管理費	9,000円	9,000円
		共益費	5,000円	5,000円
		電気料金	検針の上別途支払うものとする。	検針の上別途支払うものとする。
		その他(暖房費) (災害保険)	10月4,000円 11月～3月8,000円 300円	10月4,000円 11月～3月8,000円 300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	近隣家賃相場より算出。建物の設備備品費、借入利息等を基礎として1室あたりの家賃を算出。
敷金	あり
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	共用施設の維持管理・修繕費等。事務管理・生活サービスの人件費・事務費等。
食費	厨房維持費、食材、設備備品費等。食事を提供するための人件費等。
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	

(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

費用	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	
想定居住期間(償却年月数)	ヶ月
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)	円
初期償却率	%
返還金の 算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の 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
	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【冒頭に記載した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	18人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	10人
	75歳以上85歳未満	17人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	6人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	12人
	要介護2	7人
	要介護3	1人
	要介護4	2人
	要介護5	1人

入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	12人
	10年以上15年未満	3人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	79.6歳
入居者数の合計	34人
入居率※	88%
※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	1人
	医療機関	1人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	人
	入居者側の申し出 (解約事由の例)	人

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状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

窓口の名称	苦情相談窓口	
電話番号	011-753-4678	
対応している時間	平日	09:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土日祝祭日	

(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)
	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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 入居者又は契約者に対し、入居者の状況や入退去の状況、サービス提供の状況、収支の状況等を年1回程度報告する。
	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	1 あり ② なし	

規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
有料老人ホーム設置運営指導指針 「第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	居室面積 7.9m ² 23室 居室面積 9.9m ² ～12.4m ² 12室 居室面積 15.9m ² ～16.5m ² 5室 廊下幅 1.7m エレベーターあり(ストレッチャー対応していない)
「第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	体験入居は実施していない 「土地と建物に抵当権の設定がある。」

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 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 事業主体が札幌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	ハルミ大空ハイツ	札幌市東区北11条東10丁目1-26
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	ハルミ大空ハイツ	札幌市東区北11条東10丁目1-26
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		

※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、月額のサービスの費用に含まれる場合と、サービスの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。