

重要事項説明書

記入者名	小平 邦彦	記入年月日	令和2年7月1日
		所属・職名	有限会社ハッピーライフ

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	法人等の種類	なし	あり：有限会社
	名称	(ふりがな) はっぴーらいふ ハッピーライフ	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒471-0822	豊田市水源町1-24-2	
	電話番号	0565-24-0711	
事業主体の連絡先	FAX番号	0565-24-0711	
	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	横山 輝美
		職名	取締役
事業主体の設立年月日	平成3年3月25日		

事業主体が豊田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			
地域密着型通所介護	あり	なし	ハッピー	豊田市水源町1-24-2	
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			
複合型サービス	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			
介護予防通所サービス	あり	なし	ハッピー	豊田市水源町1-24-2	
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			

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) はっぴーらいふ ハッピーライフ	
施設の所在地	〒471-0822	豊田市水源町1・2 4・2
施設の連絡先	電話番号	0565-24-0711
	FAX 番号	0565-24-0711
	ホームページアドレス	なし
		あり : http://
施設の開設年月日	平成 25 年 5 月 1 日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	小平 邦彦
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
名鉄平山バス停から徒歩1分		
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	2373001151	
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、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

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

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		96	0.6
生活相談員						
看護職員				2	124	0.7
介護職員		2	0	3	163	1.0
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						

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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士		1		
実務者研修				
介護職員初任者研修		2		3
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 (時～時)	最少人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1 (20:45～7:15)	1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

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		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士				
実務者研修				
介護職員初任者研修				
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

管理者の他の職務との兼務の有無

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

資格等の名称

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	専従	非専従	専従	非専従	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						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						

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

日常生活における、生活支援をしながら、自立した生活が送れるようにお手伝いします。

介護サービスの内容、利用定員等

個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	

協力医療機関の名称	うさみクリニック		
(協力の内容)	健康診断（年1回）、健康相談（随時）		

協力歯科医療機関	なし	あり	その名称
(協力の内容)			

要介護時における居室の住み替えに関する事項

要介護時に介護を行う場所

--	--

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

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

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
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		
契約の解除の内容	① 入居者の行動がほかの入居者の生活または、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ、入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができないと、事業者が判断した時 ② 正当な理由がなく毎月支払うべき、費用の支払いを3ヶ月以上滞納した時 ③ 3ヶ月を超えて、入院すると見込まれる、もしくは、入院した時	
体験・短期宿泊	期間：1泊より14泊まで可能 (入居定員まで可能) 料金：一泊3,500円 別途(食費 1,500円)	
入居定員	9名	
その他		

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			1			1
75歳以上85歳未満	1	1	1		2	5
85歳以上			1	1		2
	自立	要支援1	要支援2			合計8
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 83歳

入居者の男女別人数 男性 3名 女性 3名

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 66%

豊田市外からの転入者数（豊田市外住民登録者を含む。） 1名

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	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					1	1
その他						
	自立	要支援1	要支援2			
自宅等						
社会福祉施設		1		1		2
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	1名	1名	1名			

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			<input type="checkbox"/> なし	<input 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		13.02~14.58 m ²
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		20.25~21.33 m ²
					m ²
					m ²
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²
					m ²
					m ²
共用便所の設置数	2	うち男女別の対応が可能な数			
		うち車椅子等の対応が可能な数		2	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合				
	うち車椅子等の対応が可能な数				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		1		1	
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況					
入居者等が調理を行う設備状況				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他、共用施設の設備状況					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 洗面所、デイルーム			
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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積			450.79 m ²		
事業所を運営する法人が所有		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> あり	
抵当権の設定			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
貸借 (借地)					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

施設の建物に関する事項							
建物の構造				鉄骨造			
建物の延床面積				455.22 m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし		一部あり		あり	
抵当権の設定				なし		あり	
貸借（借家）							
なし		あり		契約期間		始	
						終	
契約の自動更新						なし	
						あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称	小平 邦彦		
電話番号	090-2944-7095		
対応している時間	平日	年中無休	
	土曜	年中無休	
	日曜・祝日	年中無休	
定休日等	なし		

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称	豊田市役所 介護保険課		
電話番号	0565-34-6634		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	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時の対応

損害賠償責任保険の加入状況

なし	あり	(その内容)
		あいおいニッセイ同和損害保険「介護保険・社会福祉事業者総合保険」

その他、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に関すること

なし	あり	(その内容)
----	----	--------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 掃除、洗濯、食事の提供、安否確認といった生活支援サービスの実施

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

なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり

第三者による評価の実施状況

なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払方式	一時金方式		月払い方式		選択方式	
敷金	180,000円 (家賃の 3ヶ月分)					
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
※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	※介護保険サービス費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 (%)						
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)		60 か月				
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例						
退去時 消毒・清掃費用 58,000円徴収後精算						
共益部分の償却 3,000円/月						
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掛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						

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	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
個室	15,5000	60,000	30,000	45,000	10,000 円	10,000
2人部屋 (1名分)	140,000	60,000	15,000	45,000	10,000 円	10,000

※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	市内ワンルーム相当額
	介護費用	※介護保険サービス費の自己負担額は含まない。 掃除、洗濯、安否確認
	食費	朝 300 円 昼 600 円 夜 600 円
	光熱水費	10,000 円 (電気、水道、ガス)
	管理費	10,000 円 保守点検、日用品購入費

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 ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。

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		

料金改定の手続

<ボランティア割引>

ボランティア割引とは

- ・利用者さんのご家族 etc 様が、ボランティア活動をされた場合のご利用料金です。
(6時間/月：麻雀・草取りなど)

ご利用料金

一人部屋 135,000円/月額

二人部屋 120,000円/月額

内訳：家賃・食費(30日)・管理費・生活支援費・光熱費

※別途、介護負担金がかかります。

6. 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 廊下幅が指針の基準を満たしていないため、運営面で配慮すること	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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

介護サービス等の一覧表

介護を行う場所	自 立		(要支援1・2、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)			
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス ○巡回 ・昼間 <u> </u> ～ ・夜間 <u>21:00</u> ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助 ○身辺介助 ・体位変換 ・居室からの移動 ・衣服の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練 ○通院の介助 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 ○緊急時対応 ・ナースコール	毎日		毎日		毎日	
生活サービス ○家事 ・居室清掃 ・日常の洗濯 ・リネン交換 ○居室配膳・下膳 ・入居者の嗜好に応じた特別な食事 ・おやつ ○理美容師による理美容サービス ○代行 ・買い物(通常の利用区域) ・買い物(上記以外の区域) ・役所手続き ・金銭・貯金管理	毎日 毎日 週1回		毎日 毎日 週1回		毎日 毎日 週1回	
健康管理サービス ・定期健康診断 ・健康相談 ・生活指導・栄養指導 ・服薬支援 ・医師の往診 ・生活リズムの記録(排便・睡眠等)	年1回 随時		年1回 随時		年1回 随時	

入退院時、入院中のサービス ・医療費 ○移送サービス ○入退院時の同行 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 ○入院中の洗濯物交換・ 買い物 ○入院中の見舞い訪問 その他のサービス				
その他のサービス				

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援1・2、要介護I～Vと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記の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掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、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ものであること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。