（別表７）

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和８年７月 17 日
記入者名	藤原 康人
所属・職名	ハーベストコート桜丘事務長

１．事業主体概要

２．有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

種類	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　しんりょく 株式会社　新緑	
主たる事務所の所在地	〒658-0003 兵庫県神戸市東灘区本山北町６丁目 11 番３号	
連絡先	電話番号	0795-28-3240
	ＦＡＸ番号	0795-28-2201
	ホームページアドレス	http://www.seihoukai.com/harvestcoat/index.html
代表者	氏名	大山　康子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 10 年３月 26 日	

名称	（ふりがな）はーべすとこーとさくらがおか ハーベストコート桜丘	
所在地	〒679-0321 兵庫県西脇市黒田庄町田高 313-294	
主な利用交通手段	最寄駅	本黒田駅
	交通手段と所要時間	①本黒田駅　徒歩 10 分 ②自動車利用の場合 中国自動車道滝野社インターより 175 号線北に約 30 分
連絡先	電話番号	0795-28-5583
	ＦＡＸ番号	0795-28-5171
	ホームページアドレス	http://www.seihoukai.com/harvestcoat
管理者	氏名	藤原　康人
	職名	事務長
建物の竣工日		平成 17 年 10 月 20 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 19 年２月１日

（類型）

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	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	
	指定の更新日（直近）	

3．建物概要

土地	敷地面積	1,316.16 ㎡		
	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		2,240.09 ㎡
		うち、老人ホーム		807 ㎡
	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
居室の状況	居室区分	①　全室個室		
		2　相部屋あり		
			最小	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	㊒／無	有／㊡	11.80～12.26	30	一般居室個室
タイプ２	有／無	有／無			
タイプ３	有／無	有／無			
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	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	１ヶ所	個室	１ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴室	１ヶ所	チェアー浴	１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　　２　なし		
	入居者や家族が利用できる調理施設	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				

４．サービスの内容

運営に関する方針	・入居者とその家族の視点に立ったサービスの提供 ・個人の自立した生活習慣を最重要視したサービスの提供 ・医療・介護サービス事業者との緊密な連携体制による安心の提供 ・質の高いサービスと低廉な利用料金の両立
サービスの提供内容に関する特色	・医療・介護サービス事業者との緊密な連携体制による安心して生活していただける環境を整備している。 ・全ての入居者が自らの意思で選択し利用していくことができるよう地域の保健・医療・福祉・介護サービス提供事業者の情報の収集と提供を致します。
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、掃除等の家事の提供	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	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
	医療機関連携加算		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		

（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	大山記念病院
		住所	西脇市黒田庄町田高 313 番地
		診療科目	**内科、外科、消化器科、循環器科、整形外科**

			脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、人工透析　等
		協力内容	・施設利用者が傷病を患い、救急措置または入院治療が必要となった時は、必要な医療を実施する。 ・通院が困難な入居者で希望された方への訪問診療。 （医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	
		名称	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

（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（希望された居室へ移る場合） （入居者の身体状態による場合）	
判断基準の内容		入居者の身体状況による。	
手続きの内容		①担当者会議をおこなう。 ②本人・身元引受人・連帯保証人の同意を得る。	
追加的費用の有無		1　あり　②　なし	
居室利用権の取扱い		1　あり　②　なし	
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	（変更内容）
		②　なし	

（入居に関する要件）

入居対象となる者	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	概ね 65 歳以上		
契約の解除の内容	・施設が解除を通告し予告期間が満了した時		
事業主体から解約を求める	解除要項	契約書第 11 条による	

場合	解除予告期間	30 日前 ※契約違反・禁止行為があった場合には直ちに契約解除とする。
入居者からの解除予告期間	30 日前	
体験入居の内容	①　あり（内容：2 週間以内、有料） ２　なし	
入居定員	30 名	
その他		

５．職員体制（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）

（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				
直接処遇職員				
介護職員	5		5	2.95
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	7		7	1.73
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※２				40

※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	1		1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1		1
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	1		1
理学療法士			
作業療法士			
言語療法士			
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）

夜間帯の設定時間（　19 時～8 時 30 分）		
	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※	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	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務		①　あり　　2　なし
	業務にかかる資格等	1　あり	
		資格等の名称	
		②　なし	

区分	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
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				1		

	3 年以上 5 年未満の者の人数				1		
	5 年以上 10 年未満の者の人数				2		
	10 年以上の者の人数				2		

	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				

従業者健康診断のの実施状況	①　あり　　2　なし

６．利用料金

居住の権利形態		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		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
要介護度に応じた金額設定		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	・物価その他経済情勢の変動等に伴い必要があるとき ・住宅及び付帯設備又は敷地に改良を施したとき
	手続き	懇談会にてご家族への説明を行う。

（利用料金のプラン（代表的なプラン））

		プラン１	プラン２
入居者の状況	要介護度	要介護 3	
	年齢	80 歳	歳
居室の状況	床面積	11.8 ㎡	㎡
	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	円
	敷金		150,000円	円
月額費用の合計			155,700円	円
家賃			75,000円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1		円	円
	介護保険外※2	食費	50,700円	円
		管理費	40,000円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	400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	各居室内の水光熱費含む
敷金	家賃の２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
管理費	共有部分の水光熱費　施設職員の人件費　居室清掃費　寝具リース費
食費	材料費　人件費
光熱水費等	※入居者が設置したテレビに係る NHK 等の受信料負担の取扱いについて明記すること。 ・居室にテレビを設置された方の NHK 受診料負担は、自己契約・自己負担となります。NHK へ各自手続き下さい。 ・光熱水費は、家賃・管理費に含む
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	火災保険料

（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

費目	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（上乗せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領しない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住年数（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（記入日現在）

（入居者の人数）

性別	男性	8 人
	女性	22 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	1 人
	85 歳以上	29 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援１	0 人
	要支援２	1 人
	要介護１	3 人
	要介護２	2 人
	要介護３	5 人
	要介護４	12 人
	要介護５	7 人
入居期間別	6 ヶ月未満	15 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	6 人
	5 年以上 10 年未満	3 人

	10 年以上 15 年未満	2 人
	15 年以上	0 人

（入居者の属性）

平均年齢	88.3 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	100%
※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	5 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	12 人
	死亡者	22 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	8 人（※上記退居者数含む）
		（解約事由の例） ・在宅復帰・他施設への転居・長期入院

４．苦情・事故等に関する体制

（利用者からの苦情に対する窓口等の状況）※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		ハーベストコート桜丘
電話番号		0795-28-5583
対応している時間	平日	9 時～17 時
	土曜日	10 時～17 時
	日曜・祝日	10 時～17 時
定休日		なし
窓口の名称		西脇市長寿福祉課
電話番号		0795-22-3111
対応している時間	平日	9 時～17 時
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝

（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） 個人賠償責任保険　1000 万円 借家人賠償責任保険　500 万円

	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	令和７年２月
		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　入居希望者に配布 3　公開していない
管理規程	1　入居希望者に公開 ②　入居希望者に配布 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　入居希望者に配布 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　入居希望者に配布 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　入居希望者に配布 3　公開していない

６．その他

運営懇談会	①　あり	（開催頻度）年２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	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	

兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第4章「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	
第5章「既存建物等の活用の特例」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
兵庫県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：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添２：入居者の個別選択によるサービス一覧表

※＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

説明年月日　　令和　　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　　事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護		なし		
訪問入浴介護		なし		
訪問看護		なし		
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護		なし		
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護		なし		
福祉用具貸与		なし		
特定福祉用具販売		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		なし		
夜間対応型訪問介護		なし		
認知症対応型通所介護		なし		
小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護		なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
看護小規模多機能居宅介護		なし		
居宅介護支援		なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護		なし		
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所介護		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし		
介護予防福祉用具貸与		なし		
特定介護予防福祉用具販売		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		なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設		なし		

	介護老人保健施設		なし		
	介護療養型医療施設		なし		

別添２　　入居者の個別選択によるサービス一覧表

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	
区分	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（利用者が全額負担）		包含※２	都度※２	料金※３	備考	
介護サービス									
食事介助	なし		なし					在宅サービスの利用を基本とする	
排泄介助・おむつ交換			なし					在宅サービスの利用を基本とする	
おむつ代				あり		○	実費	オムツ価格表による。	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし		なし					在宅サービスの利用を基本とする	
特浴介助	なし		なし					在宅サービスの利用を基本とする	
身辺介助（移動・着替え等）	なし		なし					在宅サービスの利用を基本とする	
機能訓練	なし		なし					在宅サービスの利用を基本とする	
通院介助	なし			あり		○	1500 円 /30 分	※付添いができる範囲を明確化すること ・病院への送迎 ・病院内での付き添い	
生活サービス									
居室清掃				あり				水周りのみ(洗面台、トイレ)	
リネン交換				あり				管理費に含む	
日常の洗濯				あり		○	870 円 /1 袋		
居室配膳・下膳				あり	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし						
おやつ			なし						
理美容師による理美容サービス				あり		○	2,500 円		

	買い物代行				あり			1500 円 /30 分	※利用できる範囲を明確化すること 在宅サービスの利用を基本とする ・大山病院売店/キリン堂//ローソン 入居者本人用の物に限る。
	役所手続き代行	なし		なし					
	金銭・貯金管理	なし		なし					
健康管理サービス									
	定期健康診断				あり				※回数（年○回など）を明記すること 在宅サービスの利用を基本とする
	健康相談				あり				在宅サービスの利用を基本とする
	生活指導・栄養指導				あり				在宅サービスの利用を基本とする
	服薬支援				あり				在宅サービスの利用を基本とする
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）				あり				在宅サービスの利用を基本とする
入退院時・入院中のサービス									
	移送サービス				あり		○	1500 円 /30 分	徒歩・車椅子で行えるものに限る。
	入退院時の同行				あり		○	1500 円 /30 分	※付添いができる範囲を明確化すること 施設・病院間の送迎（徒歩及び車椅子で行えるものに限る） 家族が到着するまでの付き添い
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし		なし					
	入院中の見舞い訪問				あり	○			

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 割または 2 割の利用者負担）。
※２：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額のサービス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。