

※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日付け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

事業主体名	株式会社ベストライフ神奈川	
代表者名	代表取締役 三浦 昌子	
所在地	神奈川県川崎市多摩区登戸2678-1	
電話番号／FAX番号	044-934-8056 / 044-934-8057	
ホームページアドレス		
設立年月日	令和元年11月22日	
直近の事業収支決算額 ※	(収益)	48円
	(費用)	2,173,643円
	(損益)	-2,173,595円
会計監査人との契約	<input checked="" type="radio"/> 有 ( )	
他の主な事業		

※ 原則として、収益は売上高＋営業外収益、費用は売上原価＋販売費及び一般管理費＋営業外費用、損益は経常利益とする。

## 2 施設概要

施設名	ベストライフ大和中央	
所在地	〒242-0022 神奈川県大和市柳橋1-4-1	
施設の類型 及び 表示事項	類型	1 介護付 (一般型・外部サービス利用型) <input checked="" type="radio"/> 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 <input checked="" type="radio"/> 4 自立・要支援・要介護 ( )
	介護保険	1 神奈川県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日 ) <input checked="" type="radio"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="radio"/> 1 全室個室 (夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (入居者の都合により、当社の運営する他施設への移動を希望される場合、居室が空いていれば可能です。ただし、退去の手続きを行った上で、新たに移動先施設の入居契約手続きが必要です。この際、移動先施設の前払金が別途に必要となります。また、移動前の施設の返還金の返還は退去手続きが完了した月の2ヶ月後の月末に返還されます。認知症等、特別な身体状況により、適切な介護サービス提供のため、当社の運営する他施設へ移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この時、新たな前払金は発生しませんが、月額利用料及び利用システム、サービス等は住み替え先のものが適用されます。)
開設年月日	令和2年9月1日	
管理者氏名		
電話番号/FAX番号	046-200-2055 / 046-260-2550	
メールアドレス	yamato-c@bestlife.jp	
交通の便	小田急江ノ島線・相鉄本線「大和」駅 小田急改札口 徒歩13分 (約1,040m)	
ホームページアドレス	-	

敷地概要	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 1,393.91 m <sup>2</sup> 抵当権の設定 無・ <input checked="" type="radio"/> 有					
建物概要	権利形態 所有 ・ <input checked="" type="radio"/> 借家 (借家の場合の契約形態) <input checked="" type="radio"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2012年2月1日～2042年1月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上4階建 <input checked="" type="radio"/> 耐火 準耐火・その他 延床面積 2,588.60 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム 2,588.60 m <sup>2</sup> ) 建築年月日 平成 23年10月31日建築 改築年月日 平成 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <input checked="" type="radio"/> 有料老人ホーム・その他( ) 抵当権の設定 無・ <input checked="" type="radio"/> 有					
居室概要 (内訳)	居室総数 66 室、定員 66 人 (一時介護室を除く) <input checked="" type="radio"/> ① 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	1人	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無 有	18.00 m <sup>2</sup>	66
共用設備概要	食堂		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 89.00 m <sup>2</sup> ) ( 3 階 ・ 121.35 m <sup>2</sup> )			
	浴室	一般浴槽	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1,3 階 ・ 23.40 m <sup>2</sup> )			
		リフト浴	<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )			
		ストレッチャー浴	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 17.92 m <sup>2</sup> ) ( 3 階 ・ 18.00 m <sup>2</sup> )			
	便所		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1～4 階 ・ m <sup>2</sup> ) ※各居室、1～3階に共用			
	洗面設備		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1～4 階 ・ m <sup>2</sup> ) ※各居室、食堂に共用			
	医務室(健康管理室)		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 27.94 m <sup>2</sup> )			
	談話室		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 2,4 階 ・ 29.52 m <sup>2</sup> ) ※談話コーナー			
	面談室		<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )			
	事務室		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 16.50 m <sup>2</sup> )			
	洗濯室		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 13.68 m <sup>2</sup> ) ( 2,4 階 ・ 11.10 m <sup>2</sup> ) ( 3 階 ・ 11.60 m <sup>2</sup> )			
	汚物処理室		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 13.68 m <sup>2</sup> ) ( 2～4 階 ・ 11.10 m <sup>2</sup> )			
	看護・介護職員室		無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 階 ・ 15.30 m <sup>2</sup> ) ( 2～4 階 ・ 11.87 m <sup>2</sup> )			
	機能訓練室		<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( ) 他の共用施設との兼用 無・有 ( )			
	健康・生きがい施設		<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )			
	緊急通報装置		無・ <input checked="" type="radio"/> 有			
エレベーター		無・ <input checked="" type="radio"/> 有(ストレッチャー搬入可2基)				
居室のある区域の廊下幅		両手すり設置後の有効幅員 ( 1.80m )				

消防用設備概要	消火器	(無・ <input checked="" type="radio"/> 有)	自動火災報知設備	(無・ <input checked="" type="radio"/> 有)
	火災通報設備	(無・ <input checked="" type="radio"/> 有)	スプリンクラー	(無・ <input checked="" type="radio"/> 有)
	防火管理者	(無・ <input checked="" type="radio"/> 有)	防災計画	(無・ <input checked="" type="radio"/> 有)
危険区域の指定状況	<input checked="" type="radio"/> 無			
	指定されている危険区域			
同一敷地内の併施設又は事業所等の概要	<input type="radio"/> 有			
	1 水害・2 土砂災害・3 その他 ( )			

### 3 利用料概要

#### (1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式	月払い方式	<input checked="" type="radio"/> 選択方式			
敷金	<input checked="" type="radio"/> 有 ( 円、家賃相当額の か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
プランa	164,580円(消費税別) 税込170,980円	89,580円	20,000円 (消費税別)	—	55,000円 (消費税別)	別途
プランb	141,250円(消費税別) 税込147,650円	66,250円	20,000円 (消費税別)	—	55,000円 (消費税別)	別途
月額利用料の算定根拠	家賃	当該施設の設備に要した費用、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として、近傍同種の受託家賃から算定				
	管理費	管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費				
	介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	一人当たり 55,000円(消費税別) 用途: 食材費及び業務委託費の一部として ・ 食費の消費税は、8%となります(軽減税率適用)。 ・ 業務委託費は欠食の有無に関わらず、月額31,000円(消費税別)となります。 ・ 食材費は1日三食800円(消費税別)となり当月分の食材費として頂戴します。 ・ 1日三食ともお召し上がりにならない場合に限り1日分の食材費は発生致しません。 ・ 食事を召し上がらない場合は2日前までに事務員に申し出て下さい。				
	光熱水費	・ 専用居室内の光熱水費は別途実費負担 (個別メーターによる)				

前払金	プランa 無し プランb 200万円（非課税）
算定根拠	近隣施設の前払金水準、立地条件、建物設備、居室面積等を勘案し決定
償却開始日	入居日の翌日が前払金償却の起算日となります。
返還対象 としない額	前払金の30% 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として
契約終了時の 返還金の 算定方法	前払金×70%÷(想定居住期間の日数)×(想定居住期間－入居期間) ・ 想定居住期間は5年間の実日数とします。（うるう年毎に1日加算します） ・ 契約を解除し退去した時点で返還金算定式により返還金が算定されます。
短期解約の 返還金の 算定方法	プランbは、入居日の翌日から起算して三月以内に契約解除の申し出があった場合（死亡退去を含む）、前払金から、(家賃等の月額を30で除した額)×(入居日から契約終了日までの日数)に相当する額を控除した額を返還します。又、既に受領済みの月額利用料は、入居日(前払金の入金日)から契約終了日（居室明け渡し日）までの利用料を控除した額を返還します。この場合の契約解除とは、三月以内に契約解除手続きが完了し、居室を明け渡した場合となります。介護保険1～3割負担金額は利用日分の日割計算となります。契約解除の申し出は、書面によるものとします。この場合の家賃等とは、賃料、管理費、食費とします。
返還期限	退去による前払金の返還は、契約終了日（居室明け渡し日）の2ヶ月後の月末に返還とします。
保全措置	<p>保全措置の内容 (前払金保全措置は、株式会社ベストライフ神奈川を委託者、株式会社山田エスクロー信託を受託者、目的施設入居者を受益者とする信託保全契約を締結しています。この信託契約により保全金額に相当する部分が保全されます。)</p> <p>無・<input checked="" type="radio"/>有</p>
その他留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行事費 月額1,000円   用途:レクリエーション費用等</li> <li>・ 生活サポート費 月額20,000円(消費税別)   (自立の方、要介護認定を受けていない方で希望される場合のみ)   生活サポートの主な内容:日用品の買物代行、居室の清掃、洗濯等</li> </ul> <p>※ 上記、各費用は三月以内の契約解除の場合でも返還されません。</p>

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	
支払方法	毎月27日までに次月分を納入（入居者宛に費用項目と明細をつけて毎月中旬に請求し、銀行口座から自動引落します）。 施設はこれに基づき銀行口座から自動引落します（または、指定口座の振込も可）。
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

<p>事業主体から 解約を求める場合</p>	<p>(事業者からの契約解除)※入居契約書第28条より</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 入居契約書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</li> <li>二 月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞するとき。</li> <li>三 入居契約書(禁止事項)の規定に違反したとき。</li> <li>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害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き。</li> <li>五 四の原因が認知症等、特別の身体状況によるものであり、環境を整えば継続的に施設介護が可能であると判断できた場合には身元引受人と相談の上、認知症受け入れ可能な施設への移動を可とします。</li> <li>六 建物及び、その付帯設備を故意又は重大な過失により破損、滅失せしめたとき。</li> </ul> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 本条第1項第一、三、四、五号によって契約を解除する場合には、契約解除の通告について90日の予告期間をおく。</li> <li>二 本条第1項第二号(料金支払いの遅滞)によって契約を解除する場合には、契約解除の通告について90日の予告期間をおく。</li> <li>三 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。</li> <li>四 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保について協力する。</li> </ul> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 医師の意見を聴く。</li> <li>二 一定の観察期間をおく。</li> </ul>
<p>入居者からの 解約予告期間</p>	<p>(入居者からの解約)</p> <p>入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に書面による解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 契約終了日(居室明け渡し日)の2ヶ月後の月末に、事業者は前払金の返還を行うものとします。</p> <p>4 契約解除の申し出による退去で、申し出月の退去または申し出月翌月の退去の際の賃料、管理費、業務委託費は月の途中退去等に関わらず1ヶ月分をいただきます。</p> <p>5 予告期間のない契約解除の場合には申し出月以後1ヶ月分の賃料、管理費、業務委託費をいただきます。</p>

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	人件費、物価の変動等に基づく	
	手続き方法	入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定する	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	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		
消費税の対象外とする利用料等	前払金、賃料、 行事費 月額 1,000円（使途：レクリエーション費用等）		
体験入居の取り扱い	① 無		
	② 有	期間	3泊4日から7泊8日を限度とし、体験入居契約を締結します。介護保険は適用外となります。
		費用	1泊2日10,400円(消費税別)

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	契約者または入居者の相互扶助によって介護付施設の低額利用を実現し、将来起こり得る事態に備えて契約者または入居者の相互で助け合い、不安のない老後生活を目的とします。			
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者の希望や心身の状態を鑑み、介護支援専門員が作成したケアプランに基づきサービスを行います。			
サービスの提供の状況※				
	入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	食事の提供	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの 内容・頻度等	管理費	管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費 【その他】 クリーニング取次、宅配便・郵便物の取次、 レクリエーション等		
	食費	1日3食（定食方式）食堂内配膳を基本とします。		
	その他	—		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	委託先（株式会社アスモフードサービス）		
		委託内容（給食調理業務委託）		
安否確認方法・頻度等	<ul style="list-style-type: none"> <li>各居室及び共用施設に見守りカメラを設置</li> <li>介護職員巡回による安否確認を実施</li> </ul>			
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	保険名 (介護福祉事業者向け賠償責任保険)		

※ 各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	全室専用介護居室の為、各居室にて介護します。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p>② 別の居室へ住み替える場合</p> <p>③ 提携ホームへ住み替える場合</p>
判断基準・手続、追加費用の 要否、居室利用権の取扱い等	<p>1 一時介護室へ移る場合</p>
	<p>② 別の居室へ住み替える場合</p> <p>認知症等、特別な身体状況により、その居室にて介護が不可能になったと事業者が判断した場合、当施設内で介護居室を移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この際、追加費用は発生しません。 但し、入居者及び身元引受人からの申し出の場合、理由の如何に関わらず、入居されていた居室の解約手続を行った上で、新たな居室の入居手続を行う必要があります。この際、別途費用が発生します。</p>
	<p>③ 提携ホームへ住み替える場合</p> <p>入居者の都合により、当社の運営する他施設への移動を希望される場合、居室が空いていれば可能です。但し、退去の手続を行った上で、新たに移動先施設の入居契約手続が必要です。この際、移動先施設の前払金が別途に必要となります。また、移動前の施設の返還金の返還は退去手続が完了した月の2ヶ月後の月末に返還されます。 認知症等、特別な身体状況により、適切な介護サービス提供のため、当社の運営する他施設へ移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この時、新たな前払金は発生しませんが、月額利用料及び利用システム、サービス等は住み替え先のものが適用されます。</p>

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団 哺育会 桜ヶ丘中央病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、小児科、眼科、皮膚科、循環器内科、消化器外科、脳神経外科、麻酔科、神経内科、放射線科、リハビリテーション科
	所在地	神奈川県大和市福田1-7-1
	距離及び所要時間	約1.2km、車で約3分
	協力内容	外来受診、入院等緊急時対応
	名 称	医療法人社団 健伸会 すずらんクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県大和市大和南2-5-6
	距離及び所要時間	約1.2km 車で約4分
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団 水永会 eモール歯科
	所在地	神奈川県横浜市瀬谷区二ツ橋309-1 e-モール2F
	距離及び所要時間	約11.6km、車で約37分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>通院 - ・ 協力医療機関への通院同行(送迎)は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院 - ・ 入居者及びご家族とお話しいただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <p>・ 入院期間中は、月額利用料のうち賃料、管理費、業務委託費をお支払い下さい。</p> <p>・ 協力医療機関への入退院の移送・同行(送迎)に係る費用は、月額利用料に含みます。</p> <p>・ 入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>・ 入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。</p>	

※ 協力医療機関は変更になる場合があります。

※ 入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(令和3年7月1日)

	職員数		夜間勤務職員数 (16:30～翌9:30) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
	常勤	非常勤			
従業者の内訳	管理者	1	—		
	生活相談員	1	—		
	介護職員		17		
	看護職員		3		
	機能訓練指導員				
	理学療法士			—	
	作業療法士			—	
	その他			—	
	計画作成担当者			—	
	栄養士	業務委託		—	献立作成を委託
	調理員	業務委託		—	調理全体を委託
	事務職員	1		—	
	その他職員		8	—	
合計	3	28			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ ①								
	資格等	1 無		② 有							
			資格等の名称		介護福祉士						
	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		2		5							
前年度1年間の退職者数		1		2							
数業に務 応に 従 た 事 職 し 員 た の 経 人 験 数 年	1年未満	1									
	1年以上 3年未満			3	1						
	3年以上 5年未満			4							
	5年以上 10年未満		2	10							
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況				①	あり	2	なし			

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	14人	介護職員初任者研修修了者	11人
介護支援専門員	人	資格なし	人

6 入居状況等

(令和3年7月1日)

入居者数及び定員	# 人 (定員 66 人)		
入居者の状況	男性	11 人	女性 48 人
	自立	3 人	
	要支援	5 人	(内訳) 要支援1 3 人 要支援2 2 人
	要介護	# 人	(内訳) 要介護1 # 人 要介護2 8 人 要介護3 # 人 要介護4 8 人 要介護5 8 人
	平均年齢	88.2 歳 (男性 87.7 歳、女性 88.3 歳)	

7 退去状況等

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	2人	
		死亡者	7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		3人
			(解約事由の例)	長期入院の為

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無		
	② 有	1 代替処置あり ( )	
		2 代替処置なし	
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	(無) ・ 有		
苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	<p>施設及び本社</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設担当者 TEL:046-200-2055</li> <li>本社窓口 (株)ベストライフ神奈川 TEL:044-934-8056</li> <li>その他窓口 (株)ベストライフ TEL:03-5908-2020</li> </ul> <p>※ 施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <p>第三者機関、行政等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課(介護苦情相談係) TEL:0570-022110(苦情専用)</li> <li>神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 TEL:045-210-1111 (代表)</li> <li>大和市 健康福祉部 高齢福祉課 TEL:046-260-5611(直通)</li> </ul>		
事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)	災害、負傷及び集団感染等が発生した場合には、消防署、保健所及び協力医療機関等と連携しながら必要な措置を講じます。また事故の内容や措置状況等については、速やかに入居者の家族等に連絡致します。		
生活保護受給者の受入れ対応	(否) ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人・返還金受取人をそれぞれ1名定めて頂きます。利用料等の支払いについて入居者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解約された時に、入居者を引き取ることとなります。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入	(無) ・ 有	
	入居者基金への加入	(無) ・ 有	
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 無		
	② 有	実施日	平成24年2月1日
		結果の開示	(無) ・ 有
第三者による評価の実施状況	① 無		
	2 有	実施日	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ (有)		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	① 公開 (観覧 写し交付付)	2	非公開
	入居契約書の公開	① 公開 (観覧 写し交付付)	2	非公開
	管理規程の公開	① 公開 (観覧 写し交付付)	2	非公開
	財務諸表の公開	① 公開 (観覧・写し交付付)	2	非公開
	事業収支計画の公開	① 公開 (観覧・写し交付付)	2	非公開

添付書類： 別添1「介護サービス等の一覧表」  
別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」  
「月額利用料表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

令和 年 月 日 説明者署名

---

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

令和 年 月 日 説明者署名・押印

---

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5			
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	その都度徴収するサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	
<b>1. 介護サービス</b>										
①巡回										
・昼間 9時～17時	有・無	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	
・夜間	有・無	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	
②食事介助※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
③排泄										
・排泄介助※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・おむつ交換※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・おむつ代	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	実費	
④入浴等（入浴の機会提供）										
・清拭※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・一般浴介助※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・特浴介助※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑤身辺介助										
・体位交換※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・居室からの移動※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・衣類の着脱※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・身だしなみ介助※	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑥機能訓練	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑦通院の介助										
・協力医療機関	有・無	同行（送迎）（月2回迄）	—	実費☆2	同行（送迎）（月2回迄）	—	実費☆2	同行（送迎）（月2回迄）	—	実費☆2
・上記以外	有・無	—	—	実費☆2	—	—	実費☆2	—	—	実費☆2
⑧付き添い	有・無	—	—	実費☆3 （個別要望による場合）	—	—	実費☆3 （個別要望による場合）	—	—	実費☆3 （個別要望による場合）
⑨緊急時対応										
・緊急コール	有・無	施設判断により適宜	—	—	施設判断により適宜	—	—	施設判断により適宜	—	—

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、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) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。  
 注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。  
 注4) 上記のサービス項目以外に、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。  
 注5) 「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。

◎基本的にケアプランに基づき訪問介護事業所等からサービスをお受けいただき、施設内での生活に必要な介護保険サービスが優先されます。  
 ◎一覧表に表記されているサービスは、訪問介護事業所等による施設内での生活に必要な介護保険サービスをご利用された上で施設側が必要と判断し入居者の同意を得て提供するものです。  
 ※基本的に訪問介護事業所等にて提供  
 ☆1 自立の方、要介護認定を受けていない方で生活サポート（日用品の買物代行、居室清掃、洗濯等）を希望される場合、別途20,000円（消費税別）で生活サポートをさせていただきます。尚、1ヶ月間（1日～31日迄の1ヶ月単位）生活サポートをご利用にならなかった場合、生活サポート費はいただきません。それ以外の場合にはご利用になった日数・回数に関係なく1ヶ月分の生活サポート費をいただきます。  
 ☆2 片道5kmまでの同行（送迎）は1往復目を片道500円（消費税別）、2往復目からは片道1,000円（消費税別）となります。片道5km以上10kmまでの同行（送迎）は1往復目を片道1,000円（消費税別）とし、2往復目からは片道2,000円（消費税別）となります。片道10km以上の同行（送迎）は原則として行いません。  
 ☆3 ヘルパーによる付き添い介助 1時間3,000円（消費税別）夜間 5,000円（消費税別）

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・居室清掃※	有・無	—	☆1	☆1	—	—	—	—	—
・洗濯※	有・無	—	☆1	☆1	—	—	—	—	—
・リネン交換※	有・無	—	☆1	☆1	—	—	—	—	—
②居室配膳・下膳									
・入居者の嗜好に応じた特別な食事	有・無	体調不良時等状況に応じて	—	—	体調不良時等状況に応じて	—	—	—	—
・入居者の嗜好に応じた特別な食事	有・無	治療食の提供（看護師、医師の指示による）	—	—	治療食の提供（看護師、医師の指示による）	—	—	—	—
③理美容									
・理美容	有・無	—	機会提供	実費	—	機会提供	実費	—	機会提供 実費
④代行									
・買物（通常の利用区域）	有・無	—	月2回 ☆1	☆1	月2回	—	—	月2回	—
・クリーニングの取次	有・無	○	—	—	○	—	—	○	—
・宅配郵便物の取次	有・無	○	—	—	○	—	—	○	—
・役所手続き代行	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
・金銭・貯金管理	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無	—	年2回の機会提供	実費	—	年2回の機会提供	実費	—	年2回の機会提供 実費
・健康相談	有・無	看護師による相談	—	—	看護師による相談	—	—	看護師による相談	—
・生活指導、栄養指導	有・無	看護師による指導	—	—	看護師による指導	—	—	看護師による指導	—
・医師の往診	有・無	—	—	医療保険制度で支給される以外の費用	—	—	医療保険制度で支給される以外の費用	—	医療保険制度で支給される以外の費用
・生活リズムの記録（排便・睡眠等）	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
○移送サービス									
入退院時の同行									
・協力医療機関	有・無	同行(送迎)(月2回迄)	—	実費☆2	同行(送迎)(月2回迄)	—	実費☆2	同行(送迎)(月2回迄)	— 実費☆2
・上記以外	有・無	—	—	実費☆2	—	—	実費☆2	—	— 実費☆2
・入院中の洗濯物交換・買物	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
・入院中の見舞い訪問	有・無	適宜	—	—	適宜	—	—	適宜	—
<b>5. その他サービス</b>									
・レクリエーションの実施	有・無	○	—	—	○	—	—	○	—
・居室の維持管理費	有・無	○	—	—	○	—	—	○	—
・共有部分の環境整備	有・無	○	—	—	○	—	—	○	—

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、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) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。  
注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。  
注4) 上記のサービス項目以外に、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。  
注5) 「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。

◎基本的にケアプランに基づき訪問介護事業所等からサービスをお受けいただき、施設内での生活に必要な介護保険サービスが優先されます。  
◎一覧表に表記されているサービスは、訪問介護事業所等による施設内での生活に必要な介護保険サービスをご利用された上で施設側が必要と判断し入居者の同意を得て提供するものです。  
※基本的に訪問介護事業所等にて提供  
☆1 自立の方、要介護認定を受けていない方で生活サポート（日用品の買物代行、居室清掃、洗濯等）を希望される場合、別途20,000円（消費税別）で生活サポートをさせていただきます。尚、1ヶ月間（1日～31日迄の1ヶ月単位）生活サポートをご利用にならなかった場合、生活サポート費はいただきません。それ以外の場合にはご利用になった日数・回数に関係なく1ヶ月分の生活サポート費をいただきます。  
☆2 片道5kmまでの同行（送迎）は1往復目を片道500円（消費税別）、2往復目からは片道1,000円（消費税別）となります。片道5km以上10kmまでの同行（送迎）は1往復目を片道1,000円（消費税別）とし、2往復目からは片道2,000円（消費税別）となります。片道10km以上の同行（送迎）は原則として行いません。  
☆3 ヘルパーによる付き添い介助 1時間3,000円（消費税別）夜間 5,000円（消費税別）

### 神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	無			
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい 施設	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。  ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

<p>その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)</p> <p>例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。