

重要事項説明書

作成日 令和3年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社アオバメディカル
代表者名	代表取締役 加瀬貴久
所在地	神奈川県相模原市中央区青葉1-11-7
電話番号／FAX番号	042-756-2576／042-756-2576
ホームページアドレス	http://www.aoba-med.co.jp
設立年月日	平成6年 8月 1日
直近の事業収支決算額※	(収益)1,076,627,188 (費用)1,056,953,928円 (損益)10,673,260円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (井上考税理士事務所)
他の主な事業	在宅介護事業、施設介護事業、調剤薬局

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

2 施設概要

施設名	住宅型有料老人ホーム こもれび座間 式号館	
所在地	神奈川県座間市新田宿203こもれび座間式号館	
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="checkbox"/> 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号) 指定年月日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無・有 ()
開設年月日	H28年 4月 15日	
管理者氏名	加瀬 光久	
電話番号／FAX番号	046-240-0105／046-240-0106	
メールアドレス	komorebizama@gmail.com	
交通の便	JR相模線 入谷駅 徒歩15分	
ホームページアドレス	URL : www.aoba-med.co.jp	

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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 敷地面積 1,118 m ² 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有					
建物概要	権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 (借家の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成28年3月1日～平成48年2月28日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 建物の構造 造 階建 (耐火 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火 ・ その他) 延床面積 926.00m ² (うち有料老人ホーム 926.00m ²) 建築年月日 平成28年3月3日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他() 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有					
居室概要	居室総数 28室 定員 28人(一時介護室を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
(内訳)	Aタイプ	1	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	13.03～14.40 m ²	8居室
	Bタイプ	1	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	13.03～14.40 m ²	12居室
	Cタイプ	1	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	13.03～14.40 m ²	8居室
共用設備概要	食堂	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階 ・ 64.35m ²)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階 ・ 6.48 m ²)			
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (階 ・ m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階 ・ 14.18 m ²)			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・2階 ・ m ²)			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・2階 ・ m ²)			

	医務室(健康管理室)	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)
	談話室	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 17.06 m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 17.17 m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 5.58 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1・2階・ m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ m ²)
	機能訓練室	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階) 他の共用施設との兼用 無・有 ()
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(2.15 m ~ 2.15 m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
危険区域の指定状況	1 無	指定されている危険区域
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要	訪問介護・居宅介護支援事業所(事業所番号1474100433) 訪問入浴(事業所番号1474100649)	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (円、家賃相当額の 4 か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費 (共益費含む)	食費	衛生費	その他
A タイプ	163,880	60,000	30,000	38,880	35,000	
B タイプ	158,880	55,000	30,000	38,880	35,000	
C タイプ	144,880	41,000	30,000	38,880	35,000	
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	座間市の家賃相場、日当たりなど基に確定。 A : 2Fにて日当たり良し。 B : 1Fにて日当たり良し。2Fにて日当たり少し悪い。 C : 1・2Fにて日当たり悪い。				
	管理費	電気・ガス・水道などの水光熱費及び施設内での管理費として				
	食費	1日1,100円×30日＋消費税＋*食材管理費 *食材管理費：食材の管理と主に、食数の増減に合わせ変動がないよう固定として計算できるよう調整が行える項目と考える。				
	衛生費	洗濯・タオル・おしぼり・ティッシュなどのアメニティ費				
	その他					
前払金		円				
算定根拠						
償却開始日						
返還対象としない額						
契約終了時の返還金の算定方法						
短期解約の返還金の算定方式						
返還期限						
保全措置		無 ・ 有	保全措置の内容 ()			
			無の場合の理由 ()			
その他留意事項						

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	基本は月末までに前家賃として翌月分振込。銀行引き落としは翌月3日。介護保険1割等の費用は3日から遡って前々月分の費用請求。
支払方法	振込、自動振替又は現金払い 支払先 横浜銀行 町田支店 普通口座 6043591

	株式会社 アオバメディカル 代表取締役 加瀬 貴久
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件 (入居契約書第23条による)
	手続き (入居契約書第23条2項による)
	解約予告期間 (90 日)
入居者からの解約予告期間	30 日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	消費者物価指数及び人件費等を勘案します。	
	手続き方法	運営懇談会で入居者等の同意を得た上で改定するものとします。	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	家賃相当額		
体験入居の取扱い	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	期間	1週間以内
		費用	7,600円/日

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定め、事業者等との連絡調整その他の便宜の供与を行います 利用者その家族、事業者等との連絡を継続的に行う事により、居宅サービス計画の実施状況を把握し、必要に応じて居宅サービス計画の変更、事業所等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。		
サービスの提供内容の特色	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って提供します。 また外部サービス利用の際も提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有

食事の提供	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	修繕費、生活支援費、共用部の管理等	
	食費	朝・昼・夕の食事、おやつ	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先（株式会社こもれび食堂・シルバー人材派遣）	
		委託内容（3食の食事・掃除）	
安否確認の方法・頻度等	ナースコール（各室にあり）適宜居室見回りを実施		
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="checkbox"/> 有	保険名（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	利用者の居室
入居後に居室又は施設を住み替える場合	管理規定参照
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	管理規定参照

(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	マザーホームクリニック
	診療科目	内科
	所在地	座間市緑ヶ丘2-1-15-3
	距離及び所要時間	2.4 km 車で10分
	協力内容	通常診療、緊急診療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	あさがお歯科
	所在地	東京都町田市森野2-8-10
	距離及び所要時間	6.3 km 車で25分
	協力内容	通常診療、緊急診療
入居者が医療を要する場合の対応※		

※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。

6 入居状況等

(令和3年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	27人(定員 28人)			
入居者の状況	男性	11人、女性	16人	
	自立	人		
	要支援	0人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 人
	要介護	27人	(内訳)	要介護1 4人 要介護2 9人 要介護3 3人 要介護4 10人 要介護5 1人
平均年齢	80歳(男性 77歳、女性 83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	人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	1人	
		死亡者	7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 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>1 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり（書面によって説明し同意を得る）</p> <p><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</p>
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	<p><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</p>
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>施設相談窓口 苦情解決責任者：加瀬 光久 電話：046-298-0022</p> <p>（第三者機関の連絡先等）</p> <p>神奈川県 高齢福祉課 電話：045-210-1111</p> <p>神奈川県 保健福祉部 介護保険課 電話：045-210-4820</p> <p>座間市 健康部 介護保険課 保険係 電話：046-252-7719</p>
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）	<p>緊急時対応マニュアルに基づき、応急措置、協力医療機関等への搬送もしくは119番通報による他の医療機関への搬送を行なうとともに、施設長等から家族への連絡をします。また検証を行ない、後の防止策を講じます。</p>
生活保護受給者の受入れ対応	<p>否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可</p>
身元引受人の条件及び義務等	<p>1 入居者は、身元引受人を定めるものとします。ただし、定める事ができない相当の理由がある場合はこの限りではありません。</p> <p>2 身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について入居者と連携して履行の責を負います。</p> <p>3 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身元引受人に連絡します。</p> <p>4 身元引受人は、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行なうこととします。</p> <p>5 入居者又は身元引受人は、次に掲げる事項が発生した場合には、その内容を遅滞なく事業者へ通知します。</p> <p>一 身元引受人の氏名が変更したとき</p> <p>二 身元引受人又は返還金受取人が死亡したとき</p> <p>三 入居者又は身元引受人が、成年後見人制度を利用することとなった場合、又は破産等の申し立てを受け、</p>

	若しくは申し立てをしたとき		
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生活保証制度への 加入状況	協会への加入	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	令和2年4月26日
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		

9 情報開示

入居希望者等への 情報開示	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	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」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

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。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、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受けました。

年 月 日 署名又は記名・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	
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）
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 時～時	有	2時間ごと及び適宜対応			2時間ごと及び適宜対応			2時間ごと及び適宜対応		
・夜間 時～時	有	2時間ごと及び適宜対応			2時間ごと及び適宜対応			2時間ごと及び適宜対応		
②食事介助										
	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
③排泄										
・排泄介助	有									
・おむつ交換	有			利用料に含まれる			利用料に含まれる			利用料に含まれる
④入浴等										
・清拭	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
・一般浴介助	有		週に3回以上は、別途追加あり。	1,700円/1h		週に3回以上は、別途追加あり。	1,700円/1h		週に3回以上は、別途追加あり。	1,700円/1h
・特浴介助	有									
⑤身辺介助										
・体位交換	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
・居室からの移動	有									
・衣類の着脱	有									
・身だしなみ介助	有									
⑥機能訓練										
	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
⑦通院の介助										
	有	適宜対応		1,700円/1h	適宜対応		1,700円/1h	適宜対応		1,700円/1h
⑧緊急時対応										
	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	適宜対応（ゴミ処理含む）			適宜対応（ゴミ処理含む）			適宜対応（ゴミ処理含む）		
・洗濯	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
②居室配膳・下膳										
	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
③理美容										
	有			実費負担			実費負担			実費負担
④代行										
・買物	有			実費負担			実費負担			実費負担
・役所手続	有			1,700円/1h			1,700円/1h			1,700円/1h
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有		年2回実施	実費負担		年2回実施	実費負担		年2回実施	実費負担
・健康相談	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
・生活指導	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
・医師の往診	有	適宜対応	医療保険支給分以外は	実費負担	適宜対応	医療保険支給分以外は	実費負担	適宜対応	医療保険支給分以外は	実費負担
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	有	適宜対応		1,700円/1h	適宜対応		1,700円/1h	適宜対応		1,700円/1h
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		

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。

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 checked="" 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	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	無			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	無			
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。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

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。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。