

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

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
資本金(基本財産)	10,000,000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	加瀬貴久(45%) 加瀬光久(35%)
設立年月日	平成6年 8月 1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)1,135,290,798円(費用)1,109,182,833円 (損益)26,107,965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

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 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	住宅型有料老人ホーム こもれば相武台	
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	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 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 ) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室(夫婦等居室含む) <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	5 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可( ) 2 提携ホーム移行型( )
開設年月日	H23年 10月 1日	
施設の管理者氏名	安室 岬	
所在地	神奈川県座間市相武台2-32-20	
電話番号/FAX番号	046-298-7865/046-298-7866	
メールアドレス	Soubudai.komorebi@gmail.com	

交通の便 ※3	小田急小田原線 相武台前駅 徒歩8分																												
ホームページアドレス	URL : <a href="http://www.aoba-med.co.jp">www.aoba-med.co.jp</a>																												
敷地概要 ※4	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 591.82 m <sup>2</sup>																												
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23年7月16日～平成32年6月30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 鉄骨造2階建( <input checked="" type="checkbox"/> 耐火)・準耐火・その他) 延床面積 703 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム m <sup>2</sup> ) 建築年月日 平成23年9月25日改築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・ <input checked="" type="checkbox"/> その他( 寄宿舍 )																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 18室 定員 20人(一時介護室を除く) (内訳)																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>16室</td> <td>8.7m<sup>2</sup>～13.6m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>2室</td> <td>16.5m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	16室	8.7m <sup>2</sup> ～13.6m <sup>2</sup>	うち2人定員	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	2人部屋(相部屋)	2室	16.5m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	一時介護室	個室	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	2人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	人部屋(相部屋)	室
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	16室	8.7m <sup>2</sup> ～13.6m <sup>2</sup>																										
	うち2人定員	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	2人部屋(相部屋)	2室	16.5m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
一時介護室	個室	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	2人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	人部屋(相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階	2( 94.8m <sup>2</sup> )																										
	浴室	一般浴槽	設置階 ( m <sup>2</sup> )																										
	浴室	中間浴	設置階	1 ( 6.48 m <sup>2</sup> )																									
		ストレッチャー浴	設置階	( m <sup>2</sup> )																									
	便所	設置箇所	4																										
	洗面設備	設置箇所	4																										
	医務室(健康管理室)	設置階	( m <sup>2</sup> )																										
	談話コーナー	設置階	1 ( m <sup>2</sup> )																										
	面談室	設置階	1( 10.12m <sup>2</sup> )																										
	事務室	設置階	1																										
	洗濯室	設置階	1( 5.58m <sup>2</sup> )																										
	汚物処理室	設置階	1・2																										
	看護・介護職員室	設置階	2																										
	機能訓練室	設置階	2( 94.80 m <sup>2</sup> ) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(食堂)																										
	健康・生きがい施設	設置階	( m <sup>2</sup> )																										
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可0基)																											
	スプリンクラー	設置箇所	54ヶ所																										
居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 ( 1.9～2.0m)																												

消防用設備等	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（水害・土砂災害を含む）	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 自動火災報知機 2カ所 安否確認の方法・頻度等 ナースコール（各室にあり）	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	通所介護（1474100870）	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容		

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
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		
利用料金の改定	条件	消費者物価指数及び人件費等。	
	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する。	

## (2) 月払い方式

費用の支払方法※ 9	月末に前家賃として					
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 円、家賃相当額の 4か月分)					
月額利用料	A : 136,150 円 B : 145,150 円 C : 155,150 円 D : 175,150 円 生活保護受給者 : 108,000円 *生活保護の受給額に相当し変更あり。					
年齢に応じた金額 設定	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有					
要介護状態に応じ た金額設定	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有					
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳				
		管理費	食費	衛生費	家賃 相当額	その他 医療管理 費
	A : 136,150円	31,500円	35,650円	28,000円	41,000円	30,000円
	B : 145,150円	31,500円	35,650円	28,000円	50,000円	30,000円
	C : 155,150円	31,500円	35,650円	28,000円	60,000円	30,000円
	D : 175,150円	31,500円	35,650円	28,000円	80,000円	30,000円
算定根拠 ※11	生活保護 (座間)	16,350円	35,650円	15,000円	41,000円	30,000円
	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1,188円×30日 (税込) *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				
	家賃相当額	座間市の家賃相場、日当たりなど基に確定。 A : 相部屋 B : 居室の形が特徴的 C : スタンダード居室 D : 居室が基準より大きい。設備の充実有。				
その他	医療管理費：特別な医療管理が必要の際					
月額利用料に含ま れない実費負担等 ※12						

介護保険に係る利用料  
※13  
(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

特定施設入居者生活介護 (1 か月 30 日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 ( 割の場合)
要介護 1	円	円
要介護 2	円	円
要介護 3	円	円
要介護 4	円	円
要介護 5	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V

介護予防特定施設入居者生活介護 (1 か月 30 日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 ( 割の場合)
要支援 1	円	円
要支援 2	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V

--	--

(3) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、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。
前払金の返還金の保全措置	無・有 保全措置の内容（ ） 無の場合の理由（ ）
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 有の場合の保険名（ 賠償責任保険 ）
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

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ことにより、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、事業者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に関する特色	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。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）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	
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添	介護サービス等の一覧表による
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添	介護サービス等の一覧表及び管理規程による
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14		
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15		<p>施設相談窓口 苦情解決責任者：安室 岬 電話：046-298-7865</p> <p>(第三者機関の連絡先等)</p> <p>神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 保健・居住施設グループ 電話：045-210-1111</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）	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。		
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	職員による過失、施設設備上の問題により、事故が発生し、入居者に損害が生じた場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに入居者に対して損害の賠償を行ないます。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償を減ずる事があります。		
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・ <input checked="" type="checkbox"/>	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> ・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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日 平成30年4月22日	
	無	結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
	<input checked="" type="checkbox"/>	結果の開示	有 無

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

## 5 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	
入を居住後みに替居え室る又場は合施設	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	別添 管理規程 別紙VI
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	



6 医療

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
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）		

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	浅利クリニック
	診療科目	内科
	所在地	座間市座間 2-236-4
	距離及び所要時間	1.0 km 車で 5 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）		

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	あさがお歯科
	診療科目	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）		

協力医療機関（又は嘱託医）	名 称	座間厚生病院
---------------	-----	--------

医) の概要及び協力内容	診療科目	内科・外科・循環器科・皮膚科
	所在地	座間市栗原 912-2
	距離及び所要時間	2.5 km 車で 10 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）		

## 7 入居状況等

(令和3年 7月1日現在)

入居者数及び定員	20人（定員 20人）			
入居者の状況	男性	8人、女性	12人	
	自立	人		
	要介護	18人	(内訳)	要介護1 3人
				要介護2 3人
				要介護3 1人
			要介護4 7人	
			要介護5 4人	
要支援	人	(内訳)	要支援1 人	
			要支援2 人	
平均年齢	76歳（男性 78歳、女性 74歳）			
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)				

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

## 8 職員体制

## (1) 職種別の職員数等

(令和3年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の内訳	管理者	1 ( )			
	生活相談員	1 ( )			
	直接処遇職員	18 ( 15 )	10.6		
	介護職員	15 ( 12 )			
	看護職員	3 ( 3 )	1.0		
	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	( )			
	医師	( )			
	栄養士	( )			
	調理員	( )			
	事務職員	( )			
	その他職員	( )			
合計	18 ( 15 )				

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

## (2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務						1 あり 2 なし				
	兼務に係る資格等		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に応じた職員の経験年数	1年未満										
	1年以上3年未満										
	3年以上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 2 なし				

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の数 ※16			
配置している直接処遇職員の数 ※17			
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	7:30	~ 16:30
	日勤	9:00	~ 18:00
	遅番	10:30	~ 19:30
	夜勤	16:45	~ 9:15
	看護職員 早番	8:00	~ 18:00
	日勤	:	~ :
	遅番	:	~ :
	夜勤	:	~ :

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人 )	介護職員実務者研修修了者	2人 ( 1人 )
介護福祉士	6人 ( 人 )	介護職員初任者研修修了者	7人 ( 人 )
介護支援専門員	人 ( 3人 )	資格なし	人 ( 人 )

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を ( ) に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退去等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	要支援、要介護
身元引受人等の条件及び義務等	<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に通知します。</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、若しくは申し立てをしたとき</p>
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可

<p>施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19</p>	<p>1 事業所は、入居者が次のいずれに該当し、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、本条第2項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 入居申込書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 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく一定期間以上連続して遅滞するとき</li> <li>三 施設の利用において入居者に禁止又は制限をしている規定に違反し是正しないとき</li> <li>四 入居者の行動が他の入居者に危害を及ぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法等ではこれを防止することが出来ないとき</li> </ul> <p>2 設置者の契約解除の手続きは、原則として次によること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 契約解除の通告に90日程度の十分な予告期間をおくこと</li> <li>二 契約解除の通知に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けること</li> <li>三 契約解除通告の予告期間中に、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、移転先の確保に協力すること</li> <li>四 第1項第四号の事由により契約を解除する場合には、加えて主治医等の意見を聞くとともに、一定の観察期間を設けること</li> </ul> <p>1 入居者は、事業所に対して、解約の申し入れを行ない、解約届を事業所に提出することにより、本契約を解除することが出来ます。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで退去した場合は、事業所が入居者の退去をした日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解除されたものとします。</p>										
	<p>退去者の状況 前年度における 退去先別の人数</p>	<table border="1"> <tr> <td>自宅等</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>社会福祉施設</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>医療機関</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>死亡者</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>人</td> </tr> </table>	自宅等	人	社会福祉施設	1人	医療機関	人	死亡者	1人	その他
自宅等	人										
社会福祉施設	1人										
医療機関	人										
死亡者	1人										
その他	人										

	生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
		入居者側の申し出	人 (解約事由の例)
体験入居の期間及び費用負担等		期間：1週間以内 費用：7,700円/日 内訳 宿泊費：3,000円 ケア管理費：3,000円 衛生費：500円 朝食：300円 昼食：400円 夕食：350円 おやつ：150円	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

## 10 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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ <u>写し交付</u> )	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ <u>写し交付</u> )	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ <u>写し交付</u> )	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( <u>閲覧</u> ・ 写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( <u>閲覧</u> ・ 写し交付 )	2 非公開

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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。

年 月 日 説明者署名 印

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 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）
<b>1. 介護サービス</b>									
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		適宜対応		適宜対応			適宜対応		
・排泄介助	有								
・おむつ交換	有		利用料金に含まれる			利用料金に含まれる			利用料金に含まれる
④入浴等		適宜対応		適宜対応			適宜対応		
・清拭	有								
・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		適宜対応		適宜対応			適宜対応		
・体位交換	有								
・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		
<b>2. 生活サービス</b>									
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
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・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		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
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・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
<b>5. その他サービス</b>									
・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。