

4 別紙様式

重要事項説明書

作成日 2021年 7月 1日

※ 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までの内容については、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	SOMPOケア株式会社
代表者名	代表取締役 遠藤 健
所在地	東京都品川区東品川四丁目12番8号
電話番号／FAX番号	03-6455-8560／03-5783-4170
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com
設立年月日	平成9年5月26日
直近の事業収支決算額※	(収益)131,794百万円(費用)117,368百万円(損益)14,425百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、居宅サービス事業

※ 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	そんぼの家 つきみ野	
所在地	神奈川県大和市つきみ野一丁目5番3	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型・外部サービス利用型) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 1473001962 指定年月日 平成24年2月1日) 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(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()
開設年月日	平成24年 2月 1日	
管理者氏名	金野 光成	
電話番号／FAX番号	TEL: 046-271-5777／046-271-5778	
メールアドレス	tsukimino@sompocare.com	
交通の便	東急田園都市線 つきみ野駅から徒歩11分	
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com	

敷地概要	権利形態 (借地の場合の契約形態) (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無) 敷地面積 抵当権の設定	所有・借地 通常借地契約・定期借地契約 年 月 日～年 月 日 無・有 2592.20㎡ 無・有									
建物概要	権利形態 (借家の場合の契約形態) (借家の場合の契約期間) (通常借家契約における自動更新条項の有無) 建物の構造 延床面積 建築年月日 改築年月日 建築確認時の主要用途 抵当権の設定	所有・借家 通常借家契約・定期借家契約 平成24年2月1日～平成44年1月31日 無・有 鉄筋コンクリート造 3階建 (耐火・準耐火・その他) 2589.70㎡ (うち有料老人ホーム 2589.70㎡) 平成23年 12月31日建築 年 月 日改築 有料老人ホーム・その他() 無・有									
居室概要	居室総数 60室 定員 60人(一時介護室を除く)										
(内訳)	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>定員</th> <th>トイレ</th> <th>浴室</th> <th>面積</th> <th>室数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1人</td> <td>無・有</td> <td>無・有</td> <td>25.02㎡</td> <td>60室</td> </tr> </tbody> </table>	定員	トイレ	浴室	面積	室数	1人	無・有	無・有	25.02㎡
定員	トイレ	浴室	面積	室数							
1人	無・有	無・有	25.02㎡	60室							
共用設備概要	食堂	無・有 (1階・193.76㎡)									
	浴室	一般浴槽	無・有 (1・2・3階・各居室)								
		リフト浴	無・有 (1階・13.68㎡)								
		ストレッチャー浴	無・有 (階・)								
	便所	無・有 (各階・4.49㎡～4.51㎡)									
	洗面設備	無・有 (各階・各居室)									
	医務室(健康管理室)	無・有 (1階・14.39㎡)									
	談話室	無・有 (1階・13.44㎡)									
	面談室	無・有 (階・㎡)									
	事務室	無・有 (1階・37.86㎡)									
	洗濯室	無・有 (各階・9.39～10.68㎡)									
	汚物処理室	無・有 (各階・3.57㎡)									
	看護・介護職員室	無・有 (各階・14.10㎡～37.68㎡)									
	機能訓練室	無・有 (1階) 他の共用施設との兼用 無・有 (食堂・談話室)									
	健康・生きがい施設	無・有 (1階)									
	緊急通報設備	無・有									
エレベーター	無・有 (ストレッチャー搬入可 1基)										
居室のある区域の廊下幅	(1.80m ～ 1.80m)										
消防設備概要	消火器 (無・有)	自動火災報知設備 (無・有)									
	火災通報設備 (無・有)	スプリンクラー (無・有)									
	防火管理者 (無・有)	防災計画 (無・有)									
危険区域の指定状況	1 無										
	2 有	指定されている危険区域 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	
---------------------	--

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <u>月払い方式</u> ・ 選択方式					
敷金	<u>無</u> ・ 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
	246,560	167,500	41,800	0	37,260	実費
月額利用料の算定根拠	家賃	近傍の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定				
	管理費	共有部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等より算定				
	介護費用					
	食費	日額 1,242 円(税込価格)<おやつ代を含む> 外泊、入院等で不在の場合、5日前までに申し出た場合に限り、不在日数に応じて食費(日額金1,242円(税込価格):朝・昼・夕のいずれか摂れば請求)を返還。 ※有料老人ホームにおける食費(飲食料品の提供の対価)に係る消費税については、一食 640 円以下、一日累計額 1,920 円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。				
	光熱水費	居室部分の電気・水道料金のみ別途実費負担。				
前払金						
	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	毎月 27 日(金融機関が休日の場合は翌営業日)に基本利用料(家賃、食費、管理費)の翌月分と、その他の利用料の前月分を支払う。
支払方法	入居一時金はなし。利用料等及び介護サービス料(介護保険の介護給付費または予防給付費に対する個人負担額など)は、毎月の請求による支払い。三菱 U

	F J ファクター株式会社が提供するワイドネット（お客様からの代金を預金口座より回収するシステム）を通じて、基本利用料の翌月分を、その他の利用料と介護給付費または予防給付費に対する個人負担額の前月分を、金融機関口座から毎月 27 日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に引落としを行う方法により支払いを行うものとする。
その他留意事項	<p>月額利用料に含まれない実費負担等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室部分の電気代は利用量に応じた金額（実費） ・居室部分の水道代は利用量に応じた金額（実費） ・洗濯設備使用料 ・電話料金 ・医療費 ・個人的に外部サービスを利用した場合の料金 ・個人的な生活用品 ・アクティビティにかかる費用 ・理美容代 ・おむつ代 ・来訪者に提供される食事サービス （朝食 297 円/税込、昼食 495 円/税込、夕食 473 円/税込） <p>※消費税の端数処理の都合上、表示の税込金額と実際の請求金額に数十円程度の誤差が生じる可能性があります。</p>

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	<p>(事業者の契約解除)</p> <p>1 事業者は、次の各号のいずれかに該当したときは、入居者に対し、居室の明渡しを通告し、本契約を解除することができる。</p> <p>(1) 入居時の提出書類に虚偽の事項を記載し、または虚偽の資料を提出し、その他不正の手段を用いて入居したとき。</p> <p>(2) 第 30 条（入居までに支払う費用）に定める前払金または内金を事業者の定める支払期日までに支払わなかったとき</p> <p>(3) 第 31 条（入居後に支払う月額費用）に定める月額費用、その他これに準じる事業者に対する支払を 2 か月以上遅延し、または、正当な理由なくしばしば遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず支払わなかったとき。</p> <p>(4) 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき。</p> <p>(5) 2 か月を超える長期の不在・外泊により、復帰の目途がたらず本契約を継続する意思がないものと事業者が認めたとき。</p> <p>(6) 入居者の心身の状態が著しく悪化し、継続的に医療行為が必要となり、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれに対応することができないとき（かかる場合、事業者は、原則として、協力医療機関の医師または主治医の意見を聴き、一定の観察期間を置くものとする）。</p> <p>(7) 入居者の行動が、他の入居者または職員の身体・生命・精神に危害を及ぼし、または、その危害の切迫したおそれがあり、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないとき（かかる場合、事業者は、原則として、</p>
----------------	---

	<p>協力医療機関の医師または主治医の意見を聴き、一定の観察期間を置くものとする)。</p> <p>(8) 第6条(譲渡、転借等の禁止)または第25条第1項、第3項、第4項(禁止または制限される行為)の規定その他本契約の規定に違反し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、これを是正しないとき。</p> <p>(9) その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他の入居者の関係者が、事業者、職員、他の入居者等に対して社会通念上許容できないような行為を行う等、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき。</p> <p>2 前項の場合、事業者は、通告に先立ち、入居者(入居者に弁明の能力がない場合は身元保証人)に対し弁明の機会を設けるものとする。事業者は、入居者の移転先の有無等について確認し、移転先がない場合には、入居者、身元保証人、入居者の家族等の関係者と協議し、移転先の確保にできる限り協力し、解除日および居室を明け渡す期日の決定において配慮するよう努めるものとする。</p> <p>3 事業者は、入居者または身元保証人が次の各号のいずれかに該当したときは、何らの催告・手続きを要さず、直ちに本契約を解除することができる。</p> <p>(1) 第11条(反社会的勢力に関する表明・保証)に反する事実が判明したとき、または、反していると事業者が合理的に判断したとき。</p> <p>(2) 第25条第2項各号(禁止または制限される行為)に掲げる行為を行ったとき。</p> <p>4 事業者は、本条第1項または第3項に基づき本契約を解除した場合、入居者または身元保証人に損害が生じて、何らこれを賠償する責任を負わない。</p>
	手続き(入居契約 第35条に記載通り)
	解約予告期間(なし)
入居者からの解約予告期間	1ヶ月少なくとも30日前

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	事業者は、費用の改定にあたって、所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案
	手続き方法	運営懇談会において説明し、その意見を聴いて行うものとする
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	<ol style="list-style-type: none"> 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、日割り請求で減額 	
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額、介護保険サービス利用に係る自己負担	
体験入居の取扱い	1 無	

	2 <input checked="" type="checkbox"/>	期間	6泊7日を限度とする。
		費用	1泊2日（3食間食付）11,000円（税込） その他（オムツ代・日用雑貨品等、実費）

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者の意思を尊重し、心身の特性にあわせた自立支援サービスを提供することを通じて、生活の質の向上を目指す。また、地域とのかかわりを深め、入居者の地域での暮らしを支える。		
サービスの提供内容の特色	自分らしく安心な暮らしに、細やかなサポートを行い上質な暮らしを提供します。 多彩なアクティビティをご用意し、趣味活動を推進し、美味しさと栄養バランスにこだわった食事の提供を行います。 お一人おひとりの状態を考慮した「カスタムメイドケア」の実践により、自立した生活の支援を致します。 テクノロジーの活用により、介護における利用者の選択肢を増やし、介護職は人にしかできない介護に注力することで、利用者の自立支援、QOL向上を目指します。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	事務・管理部門人件費、共用施設設備維持管理費	
	食費	食材費、厨房管理費	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（SOMPOケアフーズ株式会社）	
		委託内容（献立の作成、朝・昼・夕・おやつの調理、食器等の洗浄、他）	
安否確認の方法・頻度等	巡回（夜間にも夜勤ヘルパー2名が巡回）。頻度は、居者の意向の確認、意見交換等を行い、できる限りそれを尊重する。		
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"/>	保険名（企業総合賠償責任保険）	

※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	個人の各居室及びホーム内の共用部分
----------------------	-------------------

<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>	<p>(事業者からの申し出による移り住み)</p> <p>1 事業者は、入居者の心身の状況の変化により、入居時の居室では必要となる介護サービスの提供に支障をきたすこととなった場合、またはその他の事情により、入居者の居室を変更する必要があると判断する場合には、居室を変更できるものとする。なお、変更前後の居室の月額費用が異なる場合は、入居者および身元保証人の同意を得た上で、月額費用を変更することがある。</p> <p>2 事業者は、前項により居室を変更する場合は、次の各号に掲げるすべての手続を行うものとする。</p> <p>(1) 協力医療機関の医師または主治医の意見を聴く。</p> <p>(2) 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。</p> <p>(3) 入居者および身元保証人に、変更後の居室および介護サービス等の内容、その他の権利、専有面積および階数等の変更、それらに伴う費用負担の増減の有無ならびにその内容について、説明を行う。</p> <p>(4) 入居者および身元保証人の同意を得る。</p> <p>(5) 変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結する。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続の上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p> <p>3 本状により居室を変更する場合、第40条第2項の定めに従い、入居者は変更前の居室の原状回復をするものとする。</p>
	<p>(入居者または身元保証人からの申し出による移り住み)</p> <p>1 入居者および身元保証人は、事業者に対し、居室の変更を請求することができる。事業者は、これに応じる義務は負わないが、入居者および身元保証人の希望、本ホームおよび事業者が運営する他の有料老人ホームにおける空室の状況、他の入居希望者の状況等を踏まえ、可能な限りかかる請求に応じるものとし、入居者および身元保証人と協議の上、変更先の居室を決定するものとする。</p> <p>2 本ホーム内の変更については、変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結するものとする。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続の上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p> <p>3 事業者が運営する他ホームへの変更については、事業者の計算するところにより精算をし、退去手続の上、再度変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結するものとする。</p> <p>4 前第2項および第3項の場合は、第40条第2項の定めに従い、入居者は変更前の居室の原状回復をするものとする。</p> <p>(手続の内容)</p> <p>1 協力医療機関の医師または主治医の意見を聴く。</p> <p>2 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。</p> <p>3 入居者および身元保証人に、変更後の居室および介護サービス等の内容、その他の権利、専有面積および階数等の変更、それらに伴う費用負担の増減の有無ならびにその内容について、説明を行う。</p> <p>4 入居者および身元保証人の同意を得る。</p>

	5 変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結する。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。
--	---

(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 ユニメディコ 山手台クリニック
	診療科目	内科、整形外科、精神科、泌尿器科
	所在地	横浜市泉区領家3-2-4 山手台IKプラザ2F
	距離及び所要時間	18.5km（車で35分）
	協力内容	往診医の派遣（内科）、日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋等について提携しています。
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	1. 医療法人社団 コンパス東京東 コンパスデンタルクリニック横浜 2. 医療法人社団 あさがお会 あさがお歯科町田
	所在地	1. 横浜市都筑区中川1-19-25 露木中川ビル101 2. 町田市森野2-8-10
	距離及び所要時間	1. 16.0km（車で15分） 2. 6.6km（車で8分）
	協力内容	往診医の派遣（歯科）
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>(通院) 協力医療機関以外の医療機関への通院同行は、医療保険制度で給付される以外の費用、交通費については入居者負担。</p> <p>(入院) ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族と話し合いの上、協力医療機関からの紹介先、または希望する病院に入院。 ・入院に係る費用は入居者負担。 ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃の負担が必要。 ・入院が連続して2か月を超えると、または予想される場合で、復帰の目途が立たないときには、入居契約の解除を行うことができる。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他のホームへの入居も含めてその実現に努めるものとする。</p>	

※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

(2021年7月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (16時～翌10時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員	1			苦情対応責任者
	介護職員	17	4	2	
	看護職員	3	1		機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1			看護職員兼務
	計画作成担当者		2		介護支援専門員
	栄養士				SOMPOケアフーズ(株) へ委託
	調理員				
	事務職員				
	その他職員				
合計	22	7	2		

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		無 ・ 有								
	資格等	資格等の名称									
		1 無		2 有		資格等の名称					
	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			3	1						1	
前年度1年間の退職者数			5	0					1	1	
業務に 応じた 職員の 人数	1年未満	1	2	2						1	
	1年以上 3年未満	1	4	1			1			1	
	3年以上 5年未満		3		1						
	5年以上 10年未満	1	4								
	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	2人
介護福祉士	9人	介護職員初任者研修修了者	人
介護支援専門員	人	資格なし	6人

6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	56人(定員60人)			
入居者の状況	男性	13人	女性	43人
	自立	0人		
	要支援	10人	(内訳)	要支援1 4人 要支援2 6人
	要介護	46人	(内訳)	要介護1 19人 要介護2 9人 要介護3 8人 要介護4 6人 要介護5 4人
平均年齢	88.6歳(男性89.0歳、女性88.5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	1人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	4人	
		死亡者	11人	
		その他	1人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	
			0人	
		入居者側の申し出	18人	
			(解約事由の例)	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	1 代替措置あり () 2 代替措置なし
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	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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)	入居者及び家族からの苦情は、生活相談員が担当責任者として受付窓口となり、さらに本社の「お客様相談室」でも対応を受け付ける(TEL:0120-65-1192、受付は平日9時から18時)。また、適切な場所に「ご意見・ご要望カード」を設置し、迅速かつ適切に対応するよう努力する。事業所において処理し得ない内容については、次の行政機関等に相談できる。	
	神奈川県国民健康保険団体連合会	TEL:045-329-3447

	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 TEL : 045-210-1111				
	大和市健康福祉部介護保険課 TEL : 046-260-5170				
	上記の行政機関との協力により、適切な対応方法を利用者の立場にたち検討し対応する。				
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）	サービスの提供に当たり事故、体調の急変等が生じた場合は、協力医療機関等において対応いたします。また、医療機関は予め、ご入居者・ご家族の希望により選択できます。また、事故、体調の急変等が生じた場合は、速やかに保証人等届出いただいた緊急連絡先に事故・急変の状況、受診の経過・結果等をご連絡します。				
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> ・ 可				
身元引受人の条件及び義務等	（身元保証人） 1 入居者は、身元保証人1名を定めるものとする。ただし、事業者の承諾する債務保証事業者の提供する保証を利用する場合、その他事業者が個別に認めた場合はこの限りではない。 2 身元保証人は、本契約に別に定める権利を有し義務を負うほか、次の各号に定める義務を負う。 (1) 身元保証人は、事業者に対し、入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の一切の債務を保証する。 (2) 身元保証人は、本契約が終了し、事業者が請求したときは、当人固有の債務として入居者の身柄を引取るとともに、第40条(明渡しおよび原状回復)に従った居室の明渡しおよび第41条(財産の引取等)に従った財産の引き取りをして、居室の明渡しをするものとする。 なお、かかる場合に第45条(明渡しの遅延による損害賠償)第2項の損害が事業者が発生した場合には、身元保証人が保証するものとする。 3 前項第(1)号の身元保証人の負担は、【表題部】2.「契約当事者の表示」の身元保証人欄の記載の極度額を限度とする。 4 前第2項第(1)号の身元保証人の負担する債務の元本は、入居者または身元保証人が死亡したときに確定する。 5 事業者は、身元保証人の請求があったときは、身元保証人に対し、遅滞なく、本契約に基づく入居者の支払債務の履行状況(不履行の有無)ならびに滞納額、利息、違約金、損害賠償の額等、入居者の本契約に基づく全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。 6 身元保証人が死亡したとき、または、経済的破綻、多重債務、その他の事由により適格でない事業者が認めたときは、入居者は、事業者の承諾する身元保証人を90日以内に新たに立てる義務を負う。				
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	<input type="checkbox"/> ・ 有			
	入居者基金への加入	<input 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	1 無				
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>実施日</td> <td>3ヶ月に1回</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ・ 有 </td> </tr> </table>	実施日	3ヶ月に1回	結果の開示
実施日	3ヶ月に1回				
結果の開示	<input type="checkbox"/> ・ 有				
第三者による評価の実施状況	<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"/> 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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

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	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
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）	金額（単価）
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間9時～2時	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
・夜間2時～9時	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
②食事介助	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
③排泄										
・排泄介助	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
・おむつ交換	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
・おむつ代	有・無	—	—	—	業者納品/居室保管	実費/持込無料	—	業者納品/居室保管	実費/持込無料	—
④入浴等										
・清拭	有・無	—	—	—	—	—	状態に応じて	—	—	—
・一般浴介助	有・無	—	—	2回/週以上	—	—	2回/週以上	—	—	—
・特浴介助	有・無	—	—	—	—	—	状態に応じて	—	—	—
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
・居室からの移動	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
・衣類の着脱	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
・身だしなみ介助	有・無	—	—	状態に応じて	—	—	状態に応じて	—	—	—
⑥機能訓練	有・無	—	—	生活リハビリ※	—	—	生活リハビリ※	—	—	—
⑦通院の介助	有・無	—	—	緊急時、協力医療機関可	—	—	緊急時、協力医療機関可	—	—	—
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有・無	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	—
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有・無	—	—	1回/週以上	—	—	1回/週以上	—	—	—
・洗濯	有・無	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	—
②居室配膳・下膳	有・無	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	—
③理美容	有・無	—	—	必要に応じて付随移動	—	—	必要に応じて付随移動	—	—	—
④代行										
・買物	有・無	—	—	必要に応じて付随移動	—	—	必要に応じて付随移動	—	—	—
・役所手続	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無	—	—	—	2回/年実施機会提供	実費	—	2回/年実施機会提供	実費	—
・健康相談	有・無	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	—
・生活指導	有・無	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	—
・医師の往診	有・無	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	—
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・移送サービス	有・無	—	—	緊急時可	—	—	緊急時可	—	—	—
5. その他サービス										
	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。

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"/> 居室の近くでない。 <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)	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	有			
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。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型 (外部サービス利用型) 4 地域密着型 5 介護予防 6 介護予防 (外部サービス利用型)																																																																
介護保険に係る利用料(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)																																																																
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区 分</th> <th rowspan="2">月 額</th> <th colspan="3">利用者負担額</th> </tr> <tr> <th>(1割)</th> <th>(2割)</th> <th>(3割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>190,858円</td> <td>19,086円</td> <td>38,172円</td> <td>57,258円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>213,503円</td> <td>21,351円</td> <td>42,701円</td> <td>64,051円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>237,507円</td> <td>23,751円</td> <td>47,502円</td> <td>71,253円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>259,452円</td> <td>25,946円</td> <td>51,891円</td> <td>77,836円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>283,121円</td> <td>28,313円</td> <td>56,625円</td> <td>84,937円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額			(1割)	(2割)	(3割)	要介護1	190,858円	19,086円	38,172円	57,258円	要介護2	213,503円	21,351円	42,701円	64,051円	要介護3	237,507円	23,751円	47,502円	71,253円	要介護4	259,452円	25,946円	51,891円	77,836円	要介護5	283,121円	28,313円	56,625円	84,937円																															
	区 分			月 額	利用者負担額																																																												
		(1割)	(2割)		(3割)																																																												
	要介護1	190,858円	19,086円	38,172円	57,258円																																																												
	要介護2	213,503円	21,351円	42,701円	64,051円																																																												
	要介護3	237,507円	23,751円	47,502円	71,253円																																																												
	要介護4	259,452円	25,946円	51,891円	77,836円																																																												
	要介護5	283,121円	28,313円	56,625円	84,937円																																																												
	各種加算の状況																																																																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>身体的拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(減算型・<input checked="" type="checkbox"/>基準型)</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ADL維持等加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">個別機能訓練加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">看取り介護加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入居継続支援加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> III</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> II</td> </tr> </table>	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)		退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		口腔・栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		科学的介護推進体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)		ADL維持等加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	II	個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	II	生活機能向上連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	II	看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I	II	入居継続支援加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	II	認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	II	サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	II	<input checked="" type="checkbox"/> III	介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I	II	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I	<input checked="" type="checkbox"/> II
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)																																																															
	退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																															
	夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																															
	若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																															
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																
口腔・栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																
科学的介護推進体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																
ADL維持等加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		II																																																															
個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		II																																																															
生活機能向上連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		II																																																															
看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I																																																															
		II																																																															
入居継続支援加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		II																																																															
認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		II																																																															
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		II																																																															
		<input checked="" type="checkbox"/> III																																																															
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I																																																															
		II																																																															
		III																																																															
		IV																																																															
		V																																																															
介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I																																																															
		<input checked="" type="checkbox"/> II																																																															

区分	月 額	利用者負担額				
		(1割)	(2割)	(3割)		
		要支援1	65,626円	6,563円	13,126円	19,688円
		要支援2	109,871円	10,988円	21,975円	32,962円

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

介護保険に係る利用料(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)

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・ <u>有</u>)	
口腔衛生管理体制加算	(無・ <u>有</u>)	
口腔・栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u>)	
科学的介護推進体制加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	I
		II
生活機能向上連携加算	(無・有)	I
		II
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・ <u>有</u>)	I
		II
		<u>III</u>
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	I
		<u>II</u>

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)	無・有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照
-----------------------------	-----	-----------------------------

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	12.6	7.0	10
要介護者の人数	46	49.5	46
指定基準上の直接処遇職員の数	16	18	16.4
配置している直接処遇職員の数	17.2	18.6	17.7
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の数割合	2.8 : 1	2.8 : 1	2.8 : 1
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	7:00	～	16:00
		日勤	8:00	～	17:00
		日勤	9:00	～	18:00
		遅番	11:00	～	20:00
		遅番	12:00	～	21:00
		夜勤	16:00	～	翌10:00
	看護職員	日勤	8:00	～	17:00
		日勤	9:00	～	18:00
		遅番	:	～	:
		夜勤	:	～	: