

重要事項説明書

作成日 2021 年 7 月 1 日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 健生メディック
代表者名	代表取締役 久保田 稠
所在地	東京都町田市金森6丁目28番3号
電話番号/FAX番号	TEL 042-709-0432 / FAX 042-709-0433
ホームページアドレス	http:kensho-medic.hp.gogo.jp/pc/
設立年月日	2001 年 8 月 23 日
直近の事業収支決算額※	(収益)134,393,931円 (費用)139,627,830円 (損益)-5,233,899円
会計監査人との契約	無・(有)()
他の主な事業	医療機器販売業

※ 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	住宅型有料老人ホーム こもれび湘南	
所在地	神奈川県藤沢市石川5丁目21番5号	
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) 2 住宅型 3 健康型
	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
	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 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) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室 (夫婦等居室付) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	(無) ・ 有 ()
開設年月日	2005 年 11 月 1 日	
管理者氏名	大澤 まゆみ	
電話番号/FAX番号	TEL 0466-89-0455 / FAX 0466-89-0456	
メールアドレス	ff-service@lake.ocn.ne.jp	
交通の便	小田急線 湘南台駅からバス10分	
ホームページアドレス	http:kensho-medic.hp.gogo.jp/pc/	
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	m ²
抵当権の設定	無・有	

建物概要	権利形態	所有・借家				
	(借家の場合の契約形態)	通常借家契約・定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	年 月 日～年 月 日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無・有				
	建物の構造	造 階建(耐火)準耐火・その他)				
	延床面積	m ² (うち有料老人ホーム m ²)				
	建築年月日	年 月 日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
居室概要	建築確認時の主要用途	有料老人ホーム・その他()				
	抵当権の設定	無・有				
(内訳)	居室総数 20 室 定員 20 人(一時介護室を除く)					
	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	16	無・有	無・有	10.56m ²	16
	Bタイプ	2	無・有	無・有	11.85m ²	2
	Cタイプ	2	無・有	無・有	8.1m ²	2
共用設備概要	Dタイプ		無・有	無・有	m ²	
	食堂		無・有(1階・2階・ m ²)			
	浴室	一般浴槽	無・有(1 階・ m ²)			
		リフト浴	無・有(階・ m ²)			
		ストレッチャー浴	無・有(階・ m ²)			
	便所		無・有(1階・2階・ m ²)			
	洗面設備		無・有(1階・2階・ m ²)			
	医務室(健康管理室)		無・有(階・ m ²)			
	談話室		無・有(階・ m ²)			
	面談室		無・有(階・ m ²)			
	事務室		無・有(1 階・ m ²)			
	洗濯室		無・有(1 階・ m ²)			
	汚物処理室		無・有(1階・2階・ m ²)			
	看護・介護職員室		無・有(階・ m ²)			
	機能訓練室		無・有(階) 他の共用施設との兼用 無・有()			
	健康・生きがい施設		無・有(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		(1.8 m ~ m)				
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	訪問介護事業所	1472202256				
	居宅介護支援事業所	1472202256				

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	① ・ 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
A タイプ	170,000	108,000	33,500		28,500	
B タイプ	180,000	118,000	33,500		28,500	
C タイプ	150,000	88,000	33,500		28,500	
D タイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	近隣家賃相場 (1㎡あたり 4,000 円) を勘案して算出)				
	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費 管理部門の人件費を勘案して算出				
	介護費用					
	食費	一月 30 日で計算 (朝食 240 円、昼食 360 円、夕食 350 円)				
	光熱水費	居室及び共用の電気、ガス、水道を勘案して算出				
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	毎月 27 日
支払方法	指定口座より引落 又は 現金

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	1. 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時。 2. 月額の利用料その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば地帯する時 3. 入居契約書第〇号（禁止又は制限される行為）の規定に違反した時 4. 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出来ない時
	手続き	1. 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 2. 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 3. 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その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する ※条件4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。 1. 医師の意見を聞く 2. 一定の観察期間を置く
	解約予告期間（	90 日）
入居者からの解約予告期間		日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費などに変動があった場合に変更する。		
	手続き方法	運営懇談会の意見を聞き、入居者又は身元引受人の意見を聞く。		
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 60 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				
体験入居の取扱い	1	無		
	2 ④	期間	1週間	
		費用	8,400円/日	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	地域に開かれた施設を目指し、入居者が施設に入居した後も地域と関りが持てるよう、積極的に地域行事に参加し、入居者が生きがいを持って生活できる施設づくりを行います。
----------	--

サービスの提供内容の特色	日勤の看護師の配置		
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="radio"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="radio"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="radio"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="radio"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="radio"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="radio"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用施設の維持管理、相談・取次など	
	食費	厨房管理費	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="radio"/>	委託先 (株)アムニティー)	
		委託内容 (洗濯)	
安否確認の方法・頻度等	要支援・要介護者には日中3回、夜間3時間おきの他、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="radio"/>	保険名 ()	

※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	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により居室を移動する場合があります。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<ol style="list-style-type: none"> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	<p>適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け医師の意見を聞いた上で居室を変更して頂く事があります。この場合入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。なお、利用権の対象居室は当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。</p> <p>・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。</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	湘南第一病院
	診療科目	内科、外科、整形外科
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台 1-19-7
	距離及び所要時間	3Km 10分

	協力内容	随時診察、夜間緊急診察・入院、 定期健康診断（年2回）
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	和田歯科医院
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台 4-5-1-2
	距離及び所要時間	3Km 10分
	協力内容	月4回往診
入居者が医療を要する場 合の対応※	入院 <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談頂き協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料の内、管理費及び家賃相当額をお支払いください ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、別途入居者負担となります。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・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事はありませんまた、週2回の清掃を行います。 	

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 (時～翌時) (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				
	介護職員	3	13	2	藤沢福祉サービス兼務
	看護職員		5		〃
	機能訓練指導員				
	理学療法士		1		藤沢福祉サービス兼務
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士		1		
	調理員		4		
	事務職員	1	2		
	その他職員		4		
合計	5	30	2		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		○無 ・ 有								
	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	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	1	1	2	0	0	0	0	0
	10年以上	0	3	2	3	0	0	0	0	0
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	人
介護福祉士	7人	介護職員初任者研修修了者	7人
介護支援専門員	人	資格なし	人

6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	18人(定員20人)		
入居者の状況	男性6人、女性12人		
	自立0人		
	要支援0人	(内訳)	要支援1人 要支援2人
	要介護18人	(内訳)	要介護1 3人 要介護2 4人 要介護3 5人 要介護4 1人 要介護5 5人
平均年齢	歳(男性88.3歳、女性90.6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	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	(解約事由の例)
		入居者側の申し出	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		
	2 <input checked="" type="radio"/> 有	1 <input checked="" type="radio"/> 代替措置あり (書面にて説明・同意を得る)	
	2 <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 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>施設及び本社の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者 大澤 まゆみ (管理者) TEL0466-89-0421 ・本社お客様相談室 TEL0466-89-0455 <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出来ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-3548-1077 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談室 TEL045-329-3447 ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111 (代表) ・藤沢市福祉部介護保険課 TEL0466-50-3527 		
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>事故マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関である湘南第一病院への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>		
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="radio"/> 否 ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等			
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="radio"/> 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 有	実施日	毎年8月
		結果の開示	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有
第三者による評価の実施状況	1 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開（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	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）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 9時～18時	有・無				3回程度				
・夜間 時～時	有・無				5時間おき				
②食事介助	有・無				3食他10時・15時				
③排泄									
・排泄介助	有・無				定時他随時				
・おむつ交換	有・無				定時他随時				
④入浴等									
・清拭	有・無				週2回				
・一般浴介助	有・無				週2回				
・特浴介助	有・無				週2回				
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無				5～8回/日				
・居室からの移動	有・無				必要時対応				
・衣類の着脱	有・無				必要時対応				
・身だしなみ介助	有・無				必要時対応				
⑥機能訓練	有・無								
⑦通院の介助	有・無				希望時（職員付き添い）				1300円/時
⑧緊急時対応	有・無				必要時対応				
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無				週1回				
・洗濯	有・無				週2回				
②居室配膳・下膳	有・無				体調不良時及び希望時				
③理美容	有・無				2ヶ月に1回				
④代行									
・買物	有・無				希望時				1300円/時
・役所手続	有・無								
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無							年1回	実費
・健康相談	有・無				適宜対応				
・生活指導	有・無				適宜対応				
・医師の往診	有・無							月2回	介護保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有・無				必要時対応				1300円/時
5. その他サービス									
・レクリエーション	有・無				月1～2回				

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)		選択してください	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input checked="" 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	選択してください	選択してください	<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	選択してください	選択してください	(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	選択してください	選択してください	<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	選択してください	選択してください	(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	選択してください	選択してください	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	選択してください	選択してください	<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)	選択してください			
9	看護・介護職員室	選択してください			
10	機能訓練室	選択してください			
11	談話室	選択してください			
12	洗濯室	選択してください			
13	エレベーター	選択してください			
14	スプリンクラー	選択してください			
15	健康・生きがい施設	選択してください			
16	緊急通報装置	選択してください	選択してください	(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		選択してください	<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		選択してください	<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。