

重要事項説明書

作成日 令和3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	株式会社グリーンサポート
代表者名	代表取締役 玉野英和
所在地	神奈川県藤沢市善行1-24-2 Route善行 I 2F
電話番号/FAX番号	0466-53-7515/0466-53-7526-
ホームページアドレス	https://g-sp.site
設立年月日	2012年2月1日
直近の事業収支決算額※	(収益)285,049千円 (費用)267,338千円 (損益)17,711千円
会計監査人との契約	無
他の主な事業	小規模多機能型居宅介護、訪問介護

※ 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	ひまわり大庭	
所在地	神奈川県藤沢市大庭5252-3	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	2017年 10月 1日	
管理者氏名	杉柳 康正	

電話番号／FAX番号	0466-41-9808／0466-41-9809					
メールアドレス	sugiyanagi263@g-sp.site					
交通の便	JR辻堂駅北口神奈中バス10分湘南ライフタウン行 小糸バス停より徒歩5分					
ホームページアドレス	https://g-sp.site					
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				
建物概要	(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				
居室概要	敷地面積	788.86㎡				
	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				
居室概要	(借家の場合の契約期間)	平成29年10月1日～令和29年9月30日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ 有				
建物概要	建物の構造	鉄骨造 2階建 (耐火・準耐火・その他)				
	延床面積	392.78㎡ (うち有料老人ホーム 392.78㎡)				
居室概要	建築年月日	平成29年9月15日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
建物概要	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				
居室概要	居室総数	14室	定員	14人(一時介護室を除く)		
	1 全室個室	2	相部屋あり			
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	14人	無・有	無・有	13.66㎡	14室
共用設備概要	食堂	無 ・ 有		1階	38.02㎡	
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有		1階	4.96㎡
リフト浴		無 ・ 有		階	㎡	
ストレッチャー浴	無 ・ 有		階	㎡		
便所	無 ・ 有		各階 ・ 2.79～4.14㎡			
洗面設備	無 ・ 有		各階 ・ 1.7～1.8㎡			
医務室(健康管理室)	無 ・ 有		2階 ・ 4.96㎡			
談話室	無 ・ 有		1階 ・ 180㎡			
面談室	無 ・ 有		2階 ・ 4.96㎡			
事務室	無 ・ 有		1階 ・ 14.9㎡			
洗濯室	無 ・ 有		1階 ・ 16㎡			
汚物処理室	無 ・ 有		各階 ・ 1.24～2.07㎡			
看護・介護職員室	無 ・ 有		階 ・ ㎡			
機能訓練室	無 ・ 有		1階			
健康・生きがい施設	無 ・ 有		他の共用施設との兼用 無 ・ 有 (食堂)			
緊急通報設備	無 ・ 有		階			

	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	(1.82m ~ 1.82m)
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 ・ 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金	(無) ・ 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	137,000円	52,000	32,000		45,000	8,000
タイプ						
タイプ						
タイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	低所得者でも入居できる金額を設定。				
	管理費	健康維持管理費等を居室数で按分。				
	介護費用	—				
	食費	朝食 300円 昼食 600円 夕食 600円) 1日 1,500円×30日 (3日前までに欠食の申出があった場合には、未請求。)				
	光熱水費	ガス 1,300円水道 2,600円電気 4,100円を想定。				
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	月額利用料その他は、毎月 27 日の請求による。
支払方法	口座振替又は、現金払い
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28条による)
	手続き (入居契約書第28条による)
	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	物価変動・人件費高騰等を勘案	
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する場合がある	
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		
消費税の対象外とする利用料等	3 不在期間が 15 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
	家賃相当額 (その他税法上の規定に則る。)		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 有	期間	1週間程度とする。
		費用	1泊2日4,000円 (食事代等を含む)

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者及び来訪者が快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことに資するとともに、ホームの良好な生活環境を確保する
サービスの提供内容の特色	良好な環境の保持に努めるとともに、入居者に対する各種サービスを提供する
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"/> 有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
食事の提供	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	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	居室清掃：週2回程度、シーツ交換：週1回程度	
	食費	朝、昼、夜（おやつ代）	
	その他	—	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有		
安否確認の方法・頻度等	2時間に1回程度の居室巡回、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（日新火災海上保険）	

※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	一般居室及び介護居室 「一般居室(2階)」と「介護居室(1階)」 認知症等、介護が必要な方は介護居室を使用
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 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	常時介護が必要となった場合、より適切な介護サービスを提供するため、一般居室から介護居室への住み替えを求める場合がある。 (手続) ①ホームが指定する医師の意見を聴く ②概ね3か月間の経過期間を置く ③本人・身元引受人の意見を聴く (追加費用の要否・居室利用権の取扱い) 変更なし

(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	湘南中央クリニック
	診療科目	内科、皮膚科、精神科
	所在地	茅ヶ崎市松林1-16-52
	距離及び所要時間	約5km、車で13分
	協力内容	定期訪問診療(月2回)、健康診断、緊急時対応

協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	ハローデンタルクリニック
	所在地	大和市桜森 3-8-18
	距離及び所要時間	約 14km、車で 30 分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場 合の対応※	<ul style="list-style-type: none"> ・治療に関する費用は、すべて入居者様の負担となります。入居者様に治療が必要となった場合は、入居者様または身元引受人等の同意を得た上で、協力医療機関または希望する医療機関において、治療等を受けていただくための支援を行います。 ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。 ・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ことはありません。 	

※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日現在)

		職 員 数		夜間勤務職員数 (17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	1			兼務
	介護職員		4	1	兼務
	看護職員		1		兼務
	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	1			兼務
	栄養士				
	調理員				
	事務職員				
	その他職員				
合 計	3	5	1		

(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		介護職員初任者研修								
	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				1							

前年度1年間の退職者数				1					
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満								
	1年以上3年未満			1					
	3年以上5年未満			2					
	5年以上10年未満			1					
	10年以上		1		1				1
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	一人	介護職員実務者研修修了者	一人
介護福祉士	一人	介護職員初任者研修修了者	2人
介護支援専門員	一人	資格なし	2人

6 入居状況等

(令和2年7月1日現在)

入居者数及び定員	14人 (定員 14人)		
入居者の状況	男性 6人、女性 8人		
	自立 1人		
	要介護 10人	(内訳)	要介護1 6人 要介護2 1人 要介護3 2人 要介護4 1人 要介護5 人
	要支援 3人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 3人
平均年齢	82.6歳 (男性 78.7歳、女性 85.6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	0人	
		社会福祉施設	0人	
		医療機関	0人	
		死亡者	2人	
		その他	0人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
				0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	0人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無 <input checked="" type="checkbox"/> 8 (利用料変更時等に実施)	
	2 有	1 代替措置あり (書面によって説明と同意を得る)
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 checked="" type="checkbox"/> 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)	施設及び本社の連絡先 ・ 施設担当者一杉柳康正 Tel0466-41-9808 ・ 本社 Tel0466-53-7515 ・ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 Tel03-3548-1077 ・ 第三者委員一鈴木貴士(行政書士) Tel080-5413-2746-	
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)	事故発生時は管理者に連絡し、危機管理マニュアルに沿って対応。連携医療機関へ連絡し対応方法の指示を受ける。速やかに管理者から家族に電話等で連絡する。 また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。	
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可	
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。	
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生活保証制度への加入状況	協会への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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 <input checked="" type="checkbox"/>	
	2 有	実施日
結果の開示		無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	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	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	1 公開 (閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 (<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6 時～22時	有・無	3回	4回以上	500円/超過1回につき	3回	4回以上	500円/超過1回につき	3回	4回以上	500円/超過1回につき
・夜間22 時～6時	有・無	3回	4回以上	500円/超過1回につき	3回	4回以上	500円/超過1回につき	3回	4回以上	500円/超過1回につき
②食事介助	有・無	適宜			適宜			適宜		
③排泄										
・排泄介助	有・無	適宜			適宜			適宜		
・おむつ交換	有・無	適宜			適宜			適宜		
④入浴等										
・清拭	有・無	入浴困難時			入浴困難時			入浴困難時		
・一般浴介助	有・無	外部サービスを利用			外部サービスを利用			外部サービスを利用		
・特浴介助	有・無	外部サービスを利用			外部サービスを利用			外部サービスを利用		
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無	適宜			適宜			適宜		
・居室からの移動	有・無	適宜			適宜			適宜		
・衣類の着脱	有・無	適宜			適宜			適宜		
・身だしなみ介助	有・無	適宜			適宜			適宜		
⑥機能訓練	有・無	適宜			適宜			適宜		
⑦通院の介助	有・無	適宜			適宜			適宜		
⑧緊急時対応	有・無	適宜			適宜			適宜		
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有・無	適宜			適宜			適宜		
・洗濯	有・無	適宜			適宜			適宜		
②居室配膳・下膳	有・無	適宜			適宜			適宜		
③理美容	有・無		月1回程度	実費		月1回程度	実費		月1回程度	実費
④代行										
・買物	有・無	月2回まで無料 3回目以降200円/回			月2回まで無料 3回目以降200円/回			月2回まで無料 3回目以降200円/回		
・役所手続	有・無	月2回まで無料 3回目以降200円/回			月2回まで無料 3回目以降200円/回			月2回まで無料 3回目以降200円/回		
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無		年1回	実費		年1回	実費		年1回	実費
・健康相談	有・無	看護師は随時、医師は年1回			看護師は随時、医師は年1回			看護師は随時、医師は年1回		
・生活指導	有・無	適宜			適宜			適宜		
・医師の往診	有・無		月2回(緊急往診は随時)	実費		月2回(緊急往診は随時)	実費		月2回(緊急往診は随時)	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	有・無		適宜	実費		適宜	実費		適宜	実費
5. その他サービス										
・レクリエーション	有・無	適宜			適宜			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。

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)		不適合	<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。	夫婦で入居されている方がいるも、本人並びに家族からの強い希望もあり、居室の広さには同意を得ている
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	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	無			
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。	

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。