

## 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	株式会社ケアネット徳洲会
代表者名	代表取締役 深川大功
所在地	〒102-0083 東京都千代田区麹町2丁目3番地3号FDCビル4階
電話番号/FAX番号	TEL 03-3222-1181/ FAX 03-3222-1182
ホームページアドレス	http://www.care-net.co.jp
設立年月日	平成17年3月31日
直近の事業収支決算額※	(収益)5,691,614,927円 (費用)5,114,816,691円 (損益)576,798,236円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	介護保険指定事業 (認知症対応型共同生活介護・通所介護)

※ 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	アンリ茅ヶ崎	
所在地	神奈川県茅ヶ崎市東海岸北3-10-9	
施設の類型及び表示事項	類型	①介護付 <input checked="" 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	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 1472401569 指定年月日 平成19年9月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	①全室個室(夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (スマイルコート円蔵、グランレーブ厚木、 グランレーブ本郷台)
開設年月日	平成19年9月1日	
管理者氏名	山本 好之介	
電話番号/FAX番号	TEL 0467-84-6684/ FAX 0467-84-6683	

メールアドレス	henri-chigasaki@care-net.co.jp					
交通の便	JR東海道線「茅ヶ崎駅」 徒歩11分					
ホームページアドレス	http://www.care-net.co.jp/henri-chigasaki/brog/					
敷地概要	権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1530.76㎡				
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
建物概要	権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	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				
建物概要	建物の構造	鉄筋コンクリート造 地下一階 階建 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他				
	延床面積	2970.06㎡ (うち有料老人ホーム2978.06㎡)				
居室概要	建築年月日	平成19年8月24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	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他( )				
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
居室概要	居室総数53室	定員54人(一時介護室を除く)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	52	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	28.56㎡～ 30.18㎡	52
	Bタイプ	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	62.06㎡	1
	Cタイプ		無・有	無・有	㎡	
	Dタイプ		無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・129.35㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・18.81㎡)			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・9.75㎡)			
	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・9.14㎡、2-4階・1.35㎡)				
洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・レストラン内)					

	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・8.64㎡)
	談話室(談話コーナー)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2-4階・15.68㎡)
	面談室(ファミリールーム)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・38.92㎡)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・12.42㎡)
	洗濯室	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・9.41㎡、2-4階・6.00㎡)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・10.78㎡、2-4階・9.73㎡)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・83.43㎡) 他の共用施設との兼用 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有 ( )
	健康・生きがい施設	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 57.83㎡)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可1基)
	居室のある区域の廊下幅	1.92m~1.92m
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )
危険区域の指定状況	1 <input checked="" type="checkbox"/>	
	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	無し	

### 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 ・ <input type="checkbox"/> 選択方式
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (            円、家賃相当額の    か月分)

#### ①前払い金方式

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	219,800円	84,000円	77,000円	—	58,800円	—
Bタイプ	225,050円	89,250円	77,000円	—	58,800円	—
Cタイプ	336,000円	102,900円	115,500円	—	117,600円	—
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	84,000 ～ 102,900 円				
	管理費	77,000円 ※2人(夫婦) 部屋は2人目を半額とします				
	介護費用	— 円				
	食費	1,960 円(1人/1日あたり) * 上記金額は朝食432円・昼食648円・夕食880円(30日喫食した場合)。 * 欠食は2日前までの申出により精算します。 欠食の計算は朝食 432 円・昼食 648 円・夕食 880 円で計算し、精算の結果、運営の必要最低費用 21,600 円を下回った場合は、21,600 円を召し上がった分に関わらずお支払い頂きます。				
	光熱水費	居室内光熱水費は自己負担				
	月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	居室内光熱水費、電話料金、NHK等の放送受信料、ケーブルテレビ受信料(550円/月)、医療費、基準日数以上の清拭・入浴・清掃(10分/293円)、家事代行費用(10分/293円)、事務代行費用(10分/293円)、サービス計画以上の個別トレーニング(15分/880円)、サービス計画以上のマッサージ(15分/1,320円)、介護用品費、駐車場料金(22,000円/月)、有料イベント参加費・材料費、特別食・パーティー食(メニュー価格)、ドリンク軽食(メニュー価格)、理美容サービス、クリーニング取次				
	前払金	法第29条第6項に規定される前払金 12,000,000円～35,600,000円				
	算定根拠	建物賃借料、修繕費等を基礎とし想定居住期間を勘案し算出				
	償却開始日	入居3ヵ月経過後に30%償却いたします。				
	返還対象としない額	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (            円) 「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」として合理的に算出された額を前払い金の非返還対象分(前払い金の30%)とします。				

	<p>※ご入居3か月までは30%分については全額返還いたします。          ※ご入居期間が6年を超える場合には、費用の徴収を行いませんが返還金はありません。</p>	
契約終了時の返還金の算定方法	<p>・「家賃相当額の一部」として算出された額を前払い金の返還対象分(前払い金の70%)とする。          *返還額=前払い金×0.7÷72(ヵ月)×契約解除(終了)から償却期間満了までの月数          *算出に際しては、償却起算日及び契約終了日が属する月は、それぞれ1ヶ月を30日とした日割にて計算します</p>	
短期解約の返還金の算定方式	<p>ご入居3か月までは30%分については全額返還いたします。</p>	
返還期限	<p>契約終了日の翌日から起算して60日以内に返還</p>	
保全措置	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>保全措置の内容          「株式会社朝日信託と前払い金保全信託契約(以下「本件信託契約」といいます)を結び、当ホームが倒産等により、居住の場の提供及びこれに伴う各種サービス提供債務の不履行があった場合に、法令により定められた保全金額(500万円か返還債務残高かいずれか低い方の金額)をご入居者にお支払いします。受領する場合には、そのうち返還すべき債務について、500万円又は事業者が定める額のいずれか少ない方の額となります。また、本件信託契約を締結するにあたり、前記保全金額の返還をする場合(本件信託契約上は「元本受益権の行使」といいます)本件信託契約の保全対象入居者(本件信託契約上は「元本受益者」といいます)全員の代理人(本件信託契約上は「受益者代理人」といいます)として、弁護士法人フェアネス法律事務所が受諾いたしました。本重要事項説明書の確認及び受領を以って弁護士法人フェアネス法律事務所を受益者代理人に委任したことに相違なきものとします。</p>
		<p>無の場合の理由( )</p>
その他留意事項		

②月払い方式

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	386,467円	250,667円	77,000円	—	58,800円	—
Bタイプ	418,461円	282,661円	77,000円	—	58,800円	—
Cタイプ	830,444円	597,344円	115,500円	—	117,600円	—
Dタイプ						

月額 利用料 の算定 根拠	家賃	250,667円 ～ 597,344円
	管理費	77,000円 ※2人（夫婦）部屋は2人目を半額とします
	介護費用	－ 円
	食費	1,960 円（1人/1日あたり） * 上記金額は朝食432円・昼食648円・夕食880円（30日喫食した場合）。 * 欠食は2日前までの申出により精算します。 欠食の計算は朝食 432 円・昼食 648 円・夕食 880 円で計算し、精算の結果、運営の必要最低費用 21,600 円を下回った場合は、21,600 円を召し上がった分に関わらずお支払い頂きます。
	光熱水費	居室内光熱水費は自己負担
月額利用料に含まれない実費負担等		居室内光熱水費、電話料金、NHK等の放送受信料、ケーブルテレビ受信料（550円/月）、医療費、基準日数以上の清拭・入浴・清掃（10分/293円）、家事代行費用（10分/293円）、事務代行費用（10分/293円）、サービス計画以上の個別トレーニング（15分/880円）、サービス計画以上のマッサージ（15分/1,320円）、介護用品費、駐車場料金（22,000円/月）、有料イベント参加費・材料費、特別食・パーティー食（メニュー価格）、ドリンク軽食（メニュー価格）、理美容サービス、クリーニング取次

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月 27 日（土日祝の場合は翌営業日）
支払方法	口座振替
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 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ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著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。 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 二 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遅滞するとき 三 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき 四 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できないとき
	手続き 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</li> <li>二 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</li> <li>三 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</li> </ul> <p>3 1四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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 医師の意見を聴く</li> <li>二 一定の観察期間をおく</li> </ul>			
	<table border="1"> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>90</td> <td>日</td> </tr> </table>	解約予告期間	90	日
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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案したうえで改定するものとします。	
	手続き方法	契約書第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。また、改定する際は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 減額なし</li> <li>2 日割り計算で減額</li> <li>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</li> </ul>		
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		
	2 <input checked="" type="checkbox"/>	期間	1～7日間
		費用	1泊2日11,000円

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者様の生命と尊厳を守り尊重します。</li> <li>・ご利用者様のプライバシーを尊重し、個人の権利・財産・情報を守ります。</li> <li>・ご利用者様を生活の主体者として支援します。</li> <li>・ご利用者様が地域住民の一員として社会生活を営む事ができるように支援します。</li> <li>・ご利用者様からの贈り物は一切受け取りません。</li> <li>・介護技術の向上に絶えず努力します。</li> <li>・社会的責任を認識し、健全な運営によって事業の継続性を確保します。</li> </ul>
----------	--

サービスの提供内容の特色	常に介護の質を向上させることを目標とし、医療依存度の高い方を積極的に受け入れ、利用者様の目線に沿ったサービスの提供を行っている。		
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	小規模修繕、フロント業務、管理・入居相談業務	
	食費	3食の提供、配膳	
	その他	—	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	委託先 ( )	
		委託内容 ( )	
安否確認の方法・頻度等	日中10時、14時、夜間2時間毎の巡視を実施		
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 AIG損害保険株式会社の「賠償責任保険(企業用)」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合、不可抗力による場合を除き、賠償される。	

※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。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p>② 別の居室へ住み替える場合</p> <p>3 提携ホームへ住み替える場合</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>他の居室に移り介護を受けながら日常生活を営むことが必要となった場合には、</p> <p>① 医師の意見を聞きます。</p> <p>② 居室の住み替えは、入居者様又は身元引受人の同意を得ます。</p> <p>③ どの居室にするかの選択は、入居者様の要介護状態の変化に応じて、事業者と入居者様又は身元引受人との協議し決定します。</p> <p>④ 緊急をやむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設けます。</p> <p>⑤ 居室の住み替えに伴い、居室や介護等の内容、権利の内容占有面積の変更に伴う費用負担の増減等契約内容の変更が生じたものについては入居者様や身元引受人等に説明を行い、同意を得ます。</p> <p>以上の手続きを経て、住み替え前の居室利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな居室の利用権を設定します。</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	① 医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 ② 医療法人徳洲会 茅ヶ崎徳洲会病院
	診療科目	① 内科・心臓血管外科・麻酔科・外科・整形外科・産婦人科・皮膚科・小児科・形成外科・脳神経外科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科 (病床数 419 床) ② 内科・外科・小児科・泌尿器科・循環器内科・整形外科・産婦人科・リハビリテーション科・麻酔科
	所在地	① 神奈川県藤沢市辻堂神台 1-5-1 ② 神奈川県茅ヶ崎市幸町 14-1
	距離及び所要時間	① 4.5km 車で 20 分 ② 0.5km 車で 5 分
	協力内容	夜間緊急入院
	協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称
所在地		神奈川県藤沢市湘南台 1-6-7 小宮ビル 1 階
距離及び所要時間		10 k m 車で 20 分
協力内容		訪問診療

入居者が医療を要する場合の対応※	<p>通院：協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含まれます。</p> <p>入院：医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <p>入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額、食費基本料金をお支払い下さい。</p> <p>協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、月額利用料に含まれます</p> <p>入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>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。また、週1回の清掃を行います。</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

(令和3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名	0名	—	介護兼務
	生活相談員	1名	1名	—	介護兼務：2名
	介護職員	22名	16名	3名	内兼務：7名
	看護職員	2名	3名	—	内兼務：2名
	機能訓練指導員				
	理学療法士	1名	1名	—	
	作業療法士	0名	0名	—	
	その他	1名	0名	—	言語聴覚士
	計画作成担当者	1名	0名	—	
	栄養士	1名	0名	—	
	調理員	2名	9名	—	
	事務職員	0名	2名	—	
	その他職員	0名	5名	—	
合計	32名	37名			

### (2) 職員の状況

	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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	1	5	8	1	0	1	1	0	0		
前年度1年間の退職者数	1	0	7	4	0	0	1	0	0	0		

業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満	1	0	6	5	1	0	1	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	1	11	5	0	1	0	1	1	0
	3年以上 5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0
	10年以上	1	1	3	4	0	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	0人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	16人	介護職員初任者研修修了者	17人
介護支援専門員	0人	資格なし	4人

6 入居状況等

(令和 3年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	51人 (定員 54人)		
入居者の状況	男性 12人、女性 39人		
	自立 3人		
	要支援 11人	(内訳)	要支援 1 5人 要支援 2 6人
	要介護 37人	(内訳)	要介護 1 7人 要介護 2 7人 要介護 3 2人 要介護 4 16人 要介護 5 5人
平均年齢	88.5歳 (男性86.6歳、女性90.4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	6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
				人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人
				人
				人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無				
	2 有	1 代替措置あり (書面にて資料送付をし実施)			
		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 ・ 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設担当者：管理者 TEL0467-84-6684</li> <li>・ 本社運営事業本部 TEL03-3222-1181</li> </ul> <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できます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-3548-1077</li> <li>・ 神奈川県国民健康保険団体連合会 TEL0570-022-110</li> <li>・ 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111</li> <li>・ 神奈川県介護保険課 TEL045-210-1111</li> <li>・ 茅ヶ崎市保健福祉部高齢福祉介護課 TEL0467-82-1111</li> <li>・ 平塚保健福祉事務所生活福祉課茅ヶ崎支所 TEL 0467-85-1173</li> </ul>				
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)	事故対応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藤沢徳洲会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。				
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 ・ 可				
身元引受人の条件及び義務等	<p>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。</p> <p>心身の状況：自立・要支援・要介護</p>				
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"/> 無 ・ 有			
	入居者基金への加入	<input 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 有	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">実施日</td> <td>4月、10月 運営懇談会前に実施</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> </table>	実施日	4月、10月 運営懇談会前に実施	結果の開示
実施日	4月、10月 運営懇談会前に実施				
結果の開示	無 ・ <input type="checkbox"/> 有				
第三者による評価の実施状況	1 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（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（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（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"/> 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	
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 7時～ 20時	有・無	-	-	適宜	-	-	適宜	-	-
・夜間 20時～ 7時	有・無	-	-	2～3時間毎に巡回	-	-	2～3時間毎に巡回	-	-
②食事介助									
・配膳・下膳	有・無	状態に応じ、レストラン利用時はテーブルまで配膳・下膳	-						
・食事介助	有・無	-	-						
・提供する食事形態	有・無	刻み食・ミキサー食等状態像に応じて対応	-	刻み食・ミキサー食等状態像に応じて対応	-	-	刻み食・ミキサー食等状態像に応じて対応	-	-
・水分補給	有・無	-	-	状態像により適宜水分補給	-	お茶代等実費	状態像により適宜水分補給	-	お茶代等実費
・食事予約等の介助	有・無	-	-	随時一部介助若しくは全介助	-	-	随時一部介助若しくは全介助	-	-
③排泄									
・排泄介助	有・無	-	-	随時一部介助若しくは全介助	-	-	随時一部介助若しくは全介助	-	-
・おむつ交換	有・無	-	-	2～3時間毎にオムツチェックその他適宜交換	-	-	2～3時間毎にオムツチェックその他適宜交換	-	-
・おむつ代	有・無	-	-	-	-	実費	-	-	実費
・ポータブル便器、尿器等の洗浄、汚物の処理	有・無	-	-	随時	-	-	随時	-	-
・排泄失敗時の清掃等	有・無	-	-	随時	-	-	随時	-	-
④入浴等									
・清拭	有・無	-	-	週2回（入浴ができない場合）	週3回以上	10分293円	週2回（入浴ができない場合）	週3回以上	10分293円
・陰部清拭・洗浄	有・無	-	-	随時	-	-	随時	-	-
・一般浴介助	有・無	-	-	状態に応じ週2回の入浴時一部介助若しくは全介助	週3回以上	10分293円	状態に応じ週2回の入浴時一部介助若しくは全介助	週3回以上	10分293円
・特浴介助	有・無	-	-	状態に応じ週2回の入浴時一部介助若しくは全介助	週3回以上	10分293円	状態に応じ週2回の入浴時一部介助若しくは全介助	週3回以上	10分293円
・その他	有・無	-	-	浴室までの送迎・電話等による声かけ	-	-	浴室までの送迎・電話等による声かけ	-	-
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	-	-	2～3時間毎及びオムツ交換時等適宜	-	-	2～3時間毎及びオムツ交換時等適宜	-	-
・居室からの移動	有・無	-	-	状態像に応じ適宜付き添い等の介助	-	-	状態像に応じ適宜付き添い等の介助	-	-
・衣類の着脱	有・無	-	-	毎日朝・夕及び入浴時に一部介助若しくは全介助	-	-	毎日朝・夕及び入浴時に一部介助若しくは全介助	-	-
・身だしなみ介助	有・無	-	-	毎日朝・夕及び入浴時に一部介助若しくは全介助	-	-	毎日朝・夕及び入浴時に一部介助若しくは全介助	-	-
・その他	有・無	-	-	認知症の場合衣類の管理	-	-	認知症の場合衣類の管理	-	-
⑥機能訓練									
・リハビリ体操	有・無	-	-	ケアプランに基づきレベルを3段階に分けて機能訓練指導員によるリハビリ	サービス計画以外の個別トレーニングは要予約	15分880円	ケアプランに基づきレベルを3段階に分けて機能訓練指導員によるリハビリ	サービス計画以外の個別トレーニングは要予約	15分880円
・歩行プールにてアクアフィットネス	有・無	-	-	週3回機能訓練指導員によるアクアフィットネス	サービス計画以外の個別トレーニングは要予約	15分880円	週3回機能訓練指導員によるアクアフィットネス	サービス計画以外の個別トレーニングは要予約	15分880円
・マッサージ	有・無	-	-	定期アロマセラピー・リフレクソロジー施行	サービス計画以外の個別トレーニングは要予約	15分1,320円	定期アロマセラピー・リフレクソロジー施行	サービス計画以外の個別トレーニングは要予約	15分1,320円
⑦通院の介助									
・通院時の付き添い	有・無	協力外病院（市内）通院等の付き添い	10分293円 タクシー代 実費	協力病院通院等の付き添い随時	協力外病院（市内）通院等の付き添い/送迎	10分293円 タクシー代 実費	協力病院通院等の付き添い随時	協力外病院（市内）通院等の付き添い/送迎	10分293円 タクシー代 実費
・通院時の受付代行	有・無	協力病院通院時随時	-	協力病院通院時随時	-	-	協力病院通院時随時	-	-
・通院時の送迎	有・無	協力病院通院時随時	-	協力病院通院時随時	-	-	協力病院通院時随時	-	-
⑧緊急時対応									
・オースコール	有・無	24時間対応	-	24時間対応	-	-	24時間対応	-	-
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有・無	-	希望者 10分293円	週1回浴室（バススタッフ洗い場）トイレ、キッチン、床のクリーナーがけ	週2回以上	10分293円	週1回浴室（バススタッフ洗い場）トイレ、キッチン、床のクリーナーがけ	週2回以上	10分293円
・洗濯	有・無	-	希望者 10分293円	週2回	週3回以上	10分293円	週2回	週3回以上	10分293円
・被服クリーニング	有・無	取り次ぎ	週1回 実費	取り次ぎ	週1回	実費	取り次ぎ	週1回	実費
②居室配膳・下膳	有・無	体調不良時等適宜居室まで配膳、下膳	-	体調不良時等適宜居室まで配膳、下膳	-	-	体調不良時等適宜居室まで配膳、下膳	-	-
③理美容	有・無	取り次ぎ	月2回 実費	取り次ぎ	月2回	実費	取り次ぎ	月2回	実費
④代行									
・買物	有・無	-	希望者 10分293円	必要に応じて随時	-	-	必要に応じて随時	-	-
・役所手続	有・無	-	希望者 10分293円	必要に応じて随時	-	-	必要に応じて随時	-	-
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無	年2回 春・秋	左記以外 実費	年2回 春・秋	左記以外	実費	年2回 春・秋	左記以外	実費
・健康相談	有・無	月1回必要に応じて	-	月1回必要に応じて	-	-	月1回必要に応じて	-	-
・生活指導	有・無	随時	-	随時	-	-	随時	-	-
・医師の往診	有・無	状態像に応じて適宜	-	状態像に応じて適宜	-	実費	状態像に応じて適宜	-	実費
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	有・無	-	-	-	-	実費	-	-	実費
・移送サービス	有・無	協力病院入院時の送迎並びに付き添い	協力外病院入院時の送迎並びに付き添い 10分293円	協力病院入院時の送迎並びに付き添い	協力病院外入院時送迎並びに付き添い	10分293円	協力病院入院時の送迎並びに付き添い	協力病院外入院時の送迎並びに付き添い	10分293円
・入院中の洗濯	有・無	協力病院週2回協力外病院（市内）適宜	-	協力病院週2回協力外病院（市内）適宜	-	-	協力病院週2回協力外病院（市内）適宜	-	-
・お見舞い・連絡等	有・無	協力病院への入院中適宜協力病院以外への入院の場合適宜	-	協力病院への入院中適宜協力病院以外への入院の場合適宜	-	-	協力病院への入院中適宜協力病院以外への入院の場合適宜	-	-
<b>5. その他サービス</b>									
・レクレーション・クラブ活動	有・無	日常・行事レク、地域連係活動、コンサート、講話会等	材料費等 実費	日常・行事レク、地域連係活動、コンサート、講話会等	材料費等	実費	日常・行事レク、地域連係活動、コンサート、講話会等	材料費等	実費
・行事食	有・無	節句ごとのお祝い	通常食との差額 実費	節句ごとのお祝い	通常食との差額	実費	節句ごとのお祝い	通常食との差額	実費
・金銭管理	有・無	-	-	必要があれば随時	高額の場合は有料	-	必要があれば随時	高額の場合は有料	-

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て、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 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	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 <span style="float: right;">（1 か月 30 日の例）</span>																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">利用者負担額（ 1 割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td style="text-align: right;">195,038 円</td> <td style="text-align: right;">19,504 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td style="text-align: right;">217,663 円</td> <td style="text-align: right;">21,767 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td style="text-align: right;">241,667 円</td> <td style="text-align: right;">24,168 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td style="text-align: right;">263,632 円</td> <td style="text-align: right;">26,364 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td style="text-align: right;">287,301 円</td> <td style="text-align: right;">28,731 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（ 1 割の場合）	要介護 1	195,038 円	19,504 円	要介護 2	217,663 円	21,767 円	要介護 3	241,667 円	24,168 円	要介護 4	263,632 円	26,364 円	要介護 5	287,301 円	28,731 円
	区 分	月 額	利用者負担額（ 1 割の場合）																
	要介護 1	195,038 円	19,504 円																
	要介護 2	217,663 円	21,767 円																
	要介護 3	241,667 円	24,168 円																
	要介護 4	263,632 円	26,364 円																
	要介護 5	287,301 円	28,731 円																
	各種加算の状況																		
	身体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	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	入居継続支援加算	無・有	(I)																
			(II)																
	個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (I)																
			(II)																
	ADL 等維持加算	無・有	(I)																
			(II)																
	生活機能向上連携加算	無・有	(I)																
			(II)																
看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (I)																	
		<input checked="" type="checkbox"/> (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・有	(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																	

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 (1割の場合)
要支援1	69,513円	6,952円
要支援2	113,748円	11,375円

  

各種加算の状況		
身体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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)
		(II)
個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> (I)
		(II)
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)
		(II)
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<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"/> 有	I
		<input checked="" type="checkbox"/> II

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)

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)	<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
-----------------------------	---	-------------------------

## 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	13人	13人	12人
要介護者の人数	32人	35人	35人
指定基準上の直接処遇職員の数	11人	11人	11人
配置している直接処遇職員の数	26.6人	28.1人	29.4人
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	1.4 : 1	1.3 : 1	1.3 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 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 7:00~15:00 日勤 8:30~17:00 遅番 11:30~20:00 夜勤 16:30~ 9:30 夜勤 21:00~ 7:00		

	看護職員	早番	8 : 00 ~ 16 : 30
		日勤	8 : 30 ~ 17 : 00
		遅番	9 : 30 ~ 18 : 00
		夜勤	: ~ :