

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	株式会社リアン
代表者名	田中敏枝
所在地	神奈川県平塚市東真土1丁目10番61号
電話番号／FAX番号	0463-75-8625 / 0463-73-8261
ホームページアドレス	http://www.lien-s.jp
設立年月日	平成25年4月18日
直近の事業収支決算額※	(収益)145,866,659円 (費用)135,006,282円 (損益)10,860,377円
会計監査人との契約	(無)・有()
他の主な事業	地域密着型通所介護 訪問介護 居宅介護支援

※ 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	リアン平塚東真土	
所在地	神奈川県平塚市東真土1丁目10番61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(夫婦個室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	(無)・有()
開設年月日	平成27年 6月 8日	
管理者氏名	田中敏枝	
電話番号／FAX番号	0463-75-8625 / 0463-73-8261	
メールアドレス	tanaka@lien-s.jp	
交通の便	神奈中バス 「大野農協前」下車 徒歩5分	
ホームページアドレス	http://www.lien-s.jp	

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 m ² 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				
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25年10月1日～令和9年9月30日 無・有 鉄骨造 2階建 (耐火・準耐火・その他) 629.12m ² (うち有料老人ホーム 616.6m ²) 昭和63年 5月 23日建築 年 月 日改築 有料老人ホーム・その他(寄宿舍) 無・有				
居室概要	居室総数 室 定員 人(一時介護室を除く)					
(内訳)	① 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	1名	無・有	無・有	10.61 m ² ～ 14.48 m ²	23
	Bタイプ		無・有	無・有	m ²	
	Cタイプ		無・有	無・有	m ²	
	Dタイプ		無・有	無・有	m ²	
共用設備概要	食堂	無・有 (1階・33.12m ² 2階・31.50m ²)				
浴室	一般浴槽	無・有 (1階・22.5m 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3か所、2階3か所					
洗面設備	無・有 1階1か所、2階2か所					
医務室(健康管理室)	無・有 (階・m ²)					
談話室	無・有 1階・2階食堂と共用 (1階・33.12m ² 2階・31.50m ²)					
面談室	無・有 1階 事務室の中にスペースを確保					
事務室	無・有 (1階・9.72m ²)					
洗濯室	無・有 1階					
汚物処理室	無・有 1階					
看護・介護職員室	無・有 (階・m ²)					
機能訓練室	無・有 (1階・33.12m ² 2階・31.50m ²) 他の共用施設との兼用 無・有 (食堂)					
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 基)					
居室のある区域の廊下幅	(1.4 m ～ 1.7 m)					

消防設備概要	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 (<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)
危険区域の指定状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	2 <input type="checkbox"/> 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	湘南介護支援センター 居宅介護支援 1472003084 湘南介護支援センター 訪問介護 1472003084	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 120,000円、家賃相当額の2.6か月分または2.9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	131,200	46,000	52,800		32,400	
Bタイプ	126,200 (生活保護受給者で障害者加算がある方)	41,000	52,800		32,400	
Cタイプ	110,120 (生活保護受給者で障害者加算がない方)	41,000	36,720		32,400	
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	近隣のワンルーム家賃を基準				
	管理費	施設の整備及び維持管理費、事務費、光熱水費				
	介護費用	介護サービス等の一覧表による				
	食費	朝250円 昼330円 おやつ90円 夜330円				
	光熱水費	—				
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	翌月分は前月末日までに支払い (生活保護受給者は当月分の当月払いが可能)
支払方法	現金または銀行振込
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30条による)
	手続き (入居契約書第30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	施設が所在する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利用料の改定が必要だと判断した時	
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴き、同意を得た上で改定する	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	① 減額なし (食費については、不在期間が7日以上の場合に限り、日割り計算で減額) 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		
消費税の対象外とする利用料等	家賃		
体験入居の取扱い	① 無		
	2 有	期間	
		費用	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者様が笑顔になり、自分の親を預けたいような介護を提供し、地域から必要とされる老人ホームであり続ける
サービスの提供内容の特色	入居者様に喜んでいただけるような介護や対応。重度化防止のため、自分でできることはなるべく自分でしていただく。

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"/> 有	健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 無・有
食事の提供	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	夜間帯の安否確認と排泄介助サービス	
	食費	朝食、昼食、夕食、おやつ	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	委託先（かみきり屋）	
		委託内容（訪問理美容）	
安否確認の方法・頻度等	夜勤担当職員が夜間帯に4回、各居室に訪室して安否確認を行う。		
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"/> 有	保険名（介護事業者賠償責任保障）	

※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	居室
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 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	入居者様ご本人やご家族様に説明し同意を得た上で実施致します。

(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	永田外科医院
	診療科目	内科、心療内科、外科、整形外科、呼吸器科
	所在地	高座郡寒川町倉見 3793-3
	距離及び所要時間	8km 車で19分
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	湘南台中央デンタルクリニック
	所在地	藤沢市湘南台1丁目6-7
	距離及び所要時間	訪問診療

	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」</p> <ul style="list-style-type: none"> 通院は原則介護タクシーを使用する。お一人での通院が困難な場合は、当施設の介護職員が付き添い対応する <p>「入院」</p> <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お話合いいただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となる。ただし、緊急を要する場合はこの限りではない。 入院中でも管理費・家賃相当額は支払わなければならない。 入院した月でお食事をお召し上がりになった場合は、その分の食費は支払わなければならない。 入院にかかる費用は入居者の負担とする。 入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を利用することはない。 	

※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			
	生活相談員				
	介護職員	3	22	1	ヘルパー
	看護職員				
	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				
	栄養士				
	調理員	3	26		
	事務職員				
	その他職員				
合計					

(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		ヘルパー2級						
	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				5						
前年度1年間の退職者数				4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			1						
	1年以上 3年未満			4						
	3年以上 5年未満			8						
	5年以上 10年未満			16						
	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	3人
介護福祉士	14人	介護職員初任者研修修了者	9人
介護支援専門員	人	資格なし	3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	23人 (定員 23人)			
入居者の状況	男性	10人	女性	13人
	自立	人		
	要支援	人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 人
	要介護	23人	(内訳)	要介護1 1人 要介護2 4人 要介護3 10人 要介護4 6人 要介護5 4人
平均年齢	81.4歳 (男性 73.7歳、女性 86.2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	1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		0人
			(解約事由の例)	
		入居者側の申し出		0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	<p>1 無</p> <p>2 <input checked="" type="radio"/> 有</p> <p>1 代替措置あり ()</p> <p>2 代替措置なし</p>
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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者：管理者 田中 敏枝 TEL 0463-75-8625 ・本社担当者：代表取締役 田中 敏枝 TEL 0463-75-8625 <p>第三者機関、行政等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県高齢福祉課 TEL045-210-1111(代表) ・平塚市高齢福祉課 TEL0463-23-1111(代表)
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き、応急措置、協力医療機関への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、管理者から家族への通報を行う。また、事故についての検証、今後の防止策を講じる。
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="radio"/> 可
身元引受人の条件及び義務等	<p>1 入居者は、身元引受人をあらかじめ定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由があると認められる場合には、定めなくともよいこととします。</p> <p>2 身元引受人は、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 履行の責を負うとともに、事業者と協議し、必要ときは入居者の身柄を引き取るものとします。</p> <p>3 事業者は、入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡及び協議等に努めなければならない。</p> <p>4 事業者は、入居者が要介護状態等にある場合には、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するものとします。</p> <p>5 身元引受人は、入居者が死亡した場合に遺体及び遺留金品を引き取るものとします。</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	無・有	
	入居者基金への加入	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	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	
	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・有		

9 情報開示

入居希望者等への 開示 の 情 報	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、写しを交付しました。

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、写しの交付を受けました。

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 時～時	有・無								
・夜間 23時～6時	有・無								
②食事介助	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
③排泄									
・排泄介助	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・おむつ交換	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
④入浴等									
・清拭	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・一般浴介助	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・特浴介助	有・無								
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・居室からの移動	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・衣類の着脱	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・身だしなみ介助	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
⑥機能訓練	有・無								
⑦通院の介助	有・無							適宜対応	サポート料 3300円/1時間
⑧緊急時対応	有・無						適宜対応		
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
・洗濯	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
②居室配膳・下膳	有・無						訪問介護サービス利用可。 適宜対応。		
③理美容	有・無						訪問サービス利用可		
④代行									
・買物	有・無							適宜対応	サポート料 3300円/時間
・役所手続	有・無							適宜対応	サポート料 3300円/時間
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無							適宜対応	実費
・健康相談	有・無							適宜対応	実費
・生活指導	有・無							適宜対応	実費
・医師の往診	有・無							月2回往診	実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有・無							適宜対応	サポート料 3300円/時間
5. その他サービス									
・レクリエーション	有・無							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)		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。	代替措置、改善計画なし
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	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	代替措置、改善計画なし
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	無			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	無			
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		不適合	<input checked="" 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。	代替措置、改善計画なし
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。