

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和3年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	H I T O W A ケアサービス株式会社
代表者名	代表取締役 袴田 義輝
所在地	東京都港区六本木一丁目4番5号
電話番号/FAX番号	03-6632-7702/03-5562-7551
ホームページアドレス	<a href="http://www.irs.jp">http://www.irs.jp</a>
資本金(基本財産)	50,000,000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	H I T O W A ホールディングス株式会社 100%
設立年月日	平成18年 11月 1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 31,816,489千円 (費用) 30,059,928千円 (損益) 1,756,561千円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	介護保険居宅サービス事業、介護保険居宅介護支援事業

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	イリーゼ湘南ひらつか	
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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) <input checked="" type="checkbox"/> 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
	介護に関わる職員体制	3 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可( ) 2 提携ホーム移行型( )
開設年月日	平成29年 4月 1日	
施設の管理者氏名	小原 優子	
所在地	神奈川県平塚市東真土4丁目11-45	
電話番号/FAX番号	0463-51-3911/0463-51-3912	
メールアドレス	shonahiratsuka@irs.jp	

交通の便 ※3	平塚駅北口よりバス「ふじみ園前」停留所下車徒歩7分			
ホームページアドレス	<a href="http://www.irs.jp">http://www.irs.jp</a>			
敷地概要 ※4	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 <sup>2</sup>			
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) 平成29年2月13日～ 平成59年2月12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 地下 階 地上 階建 耐火・準耐火・その他) 延床面積 1,887.60m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム1,887.60m <sup>2</sup> ) 建築年月日 平成29年2月13日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他( )			
居室、一時介護室の概要	居室総数 58室 定員 58人(一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数	
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階 1階	(131.85m <sup>2</sup> )	
	浴室	一般浴槽	設置階 1階 (54.28m <sup>2</sup> )	
	浴室	リフト浴	設置階	( m <sup>2</sup> )
		ストレッチャー浴	設置階 1階	(18.56 m <sup>2</sup> )
	便所	設置箇所 4箇所	(各居室内)	
	洗面設備	設置箇所 1階3箇所 2階・3階 各1箇所	全居室内設置 (58箇所)	
	医務室(健康管理室)	設置階 1階	(16.00m <sup>2</sup> )	
	談話室	設置階 1階	(25.69m <sup>2</sup> )	
		2階	(33.00m <sup>2</sup> )	
3階		(33.00m <sup>2</sup> )		
面談室	設置階 1階	(16.00m <sup>2</sup> )		
事務室	設置階 1階	(30.95m <sup>2</sup> )		
洗濯室	設置階設置階 1階	(14.59m <sup>2</sup> )		
	2階	(5.50m <sup>2</sup> )		
	3階	(5.50m <sup>2</sup> )		

	汚物処理室	設置階 1階 (3.24m <sup>2</sup> ) 2階 (2.55m <sup>2</sup> ) 3階 (2.55m <sup>2</sup> )
	看護・介護職員室	設置階 1階・2階・3階
	機能訓練室	設置階 1階 (131.85m <sup>2</sup> ) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 ( m <sup>2</sup> )
	エレベーター ※5	2基(うちストレッチャー搬入可 1基)
	スプリンクラー	設置箇所
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m～. m)
消防用設備等	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(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ナースコール (すべての居室内・トイレ・各居室および居室内トイレ) 安否確認の方法・頻度等 毎食時および2時間おきに行われる巡視による安否確認	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	イリーゼ湘南ひらつか訪問介護センター (事業所番号1472004140) イリーゼ湘南ひらつか居宅介護支援事業所 (事業所番号1472004157)	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	なし	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	介護認定の区分変更時：要介護3～5からそれ以外に変更になった場合	

	手続き方法	手続き不要
--	-------	-------

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9							
敷金	無・有 ( 円、家賃相当額の か月分)						
前払金 (介護費用の前払金を除く)	法第29条第6項に規定される前払金 円 ~ 円						
想定居住期間又は償却期間							
算定の基礎 (内訳)							
解約時の返還金 (算定方法等)							
返還の対象とならない額の有無	無・有 ( 円)						
初期償却の開始日							
介護費用の前払金	円 ~ 円						
算定の基礎 (内訳)							
解約時の返還金 (算定方法等)							
返還の対象とならない額の有無	無・有 ( 円)						
初期償却の開始日							
月額利用料	円 ~ 円						
年齢に応じた金額設定	無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
算定根拠 ※11	管理費						
	介護費用						
	食費						
	光熱水費						
	家賃相当額						
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12							

介護保険に係る利用料  
※13  
(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)

区 分	月 額	利用者負担額 ( 割の場合)
要介護1	円	円
要介護2	円	円
要介護3	円	円
要介護4	円	円
要介護5	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
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) イ
		(Ⅰ) ロ
		(Ⅱ)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅲ)
		Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
		Ⅴ

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 ( 割の場合)
要支援1	円	円
要支援2	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
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) イ
		(Ⅰ) ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)

	介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
			II
			III
			IV
			V

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料金は毎月の請求による月払い（口座振替）						
敷金	<input type="checkbox"/> 無・有（            円、家賃相当額の            か月分）						
月額利用料	145,000円～178,000円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費(※)	光熱水費	家賃相当額	その他
	145,000円 要介護3～5	22,000円		54,000円	管理費に含む	69,000円	
	178,000円 上記以外	55,000円		54,000円	管理費に含む	69,000円	
算定根拠 ※11	管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門に係る人件費及び事務費					
	介護費用	なし					
	食費	<p>※軽減税率（8%）適用の場合 1か月を30日として月54,000円（税込）を徴収。 1日1,800円（税込）として算出。 食材費、厨房人件費、設備備品等 軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり640円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。 軽減税率の対象となる入居者は、60歳以上または介護認定を受けている者となります。 ※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。</p>					
	光熱水費	管理費に含むため不要					
	家賃相当額	入居者一人あたりの居室の家賃相当額 地代家賃、修繕費、借入利息等を基礎として 近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出					
	その他	なし					

<p>月額利用料に含まれない実費負担等 ※12</p>	<p>おむつ代、提携外病院通院介助、洗濯・掃除、理美容、買物代行、役所手続き、健康診断、医師の往診（週1回）、医療保険制度で支給される以外の費用、レクリエーション雑費（特別に材料等が別途必要なもののみ）、排泄用品廃棄料（使用量に関わらず一律1,100円（税込）/月） 生活サポート費：42,900円（税込）/月（自立の場合）</p>
---------------------------------	--

介護保険に係る利用料

※13

(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)

区 分	月 額	利用者負担額 ( 割の場合)
要介護 1	円	円
要介護 2	円	円
要介護 3	円	円
要介護 4	円	円
要介護 5	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
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) イ
		(I) ロ
		(II)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	(III)
		I
		II
		III
		IV
		V

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 ( 割の場合)
要支援 1	円	円
要支援 2	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
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) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)



	介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
			II
			III
			IV
			V

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴き、同意を得る
前払金の返還金の保全措置	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 保全措置の内容( ) 無の場合の理由(該当なし)
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 有の場合の保険名(介護事業者総合賠償責任保険：東京海上日動火災保険株式会社)
消費税の対象外とする利用料等	月額利用料は消費税込の金額 家賃相当額については非課税
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がある）	<input 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

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会支援の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと。 地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。 お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。
サービスの提供内容に関する特色	お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける立場で考え、されたい介護で対応させて頂いております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし

食事の提供	1 自ら実施	<u>2 委託</u>	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<u>1 自ら実施</u>	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<u>1 自ら実施</u>	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<u>1 自ら実施</u>	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<u>1 自ら実施</u>	2 委託	3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	事務管理部門の人件費・事務費共用施設、施設等の維持管理費
	食費	1日3食（定食方式）、食堂内配膳・下膳
	その他	郵便物・宅急便・クリーニング等の取次
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	HITOWAフードサービス株式会社（厨房業務全般）	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	<p>苦情マニュアルに従って担当者に連絡し、誠実に対応すると共に、経過を記録に残します。</p> <p>&lt;施設及び本社&gt; イリーゼ湘南ひらつか TEL：0463-51-3911 担当者 小原 優子 受付時間 9:00～18:00 HITOWAケアサービス株式会社本社お客様相談センター TEL：0120-76-5600 受付時間 9:00～17:00（12/31～1/3を除く） 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事が出来ます。</p> <p>&lt;第三者機関&gt; 平塚市 介護保険課 TEL:0463-21-8790 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談係 TEL：045-329-3447 神奈川県 高齢福祉課 TEL：045-210-4856</p>	

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、応急処置、協力医療機関への搬送もしくは119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、施設から家族へ連絡します。さらに、在宅総合診療を行う医療機関とも連携を取って対応します。また、事故についての検証、今後の再発防止策を講じます。		
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。但し、天災等の不可抗力は除きます。東京海上日動火災保険株式会社の介護事業者総合賠償責任保険に加入		
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基金制度への加入状況	協会への加入 無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
	入居者基金への加入 <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日	意見箱常設
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	無		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 無
	<input checked="" type="checkbox"/>		

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

## 5 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	
入居後、居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）	/	

え室 る又 場は 合施 設	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	常に見守りが必要になった場合には、 ① 事業者の指定する医師の意見を聴く ② 緊急止むを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③ 住み替え後の居室及び費用負担の増減等について入居者及び身元引受人に説明行う ④ 身元引受人等の意見を聴く ⑤ 入居者の同意を得る 以上の手続きを経て、住替え前の居室の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。（この場合は居室の占有面積の減少による新たな追加費用はありません）
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	

## 6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	平塚共済病院
	診療科目	呼吸器科・消化器科・循環器科・眼科・外科・整形外科・泌尿器科等
	所在地	平塚市追分 9-11
	距離及び所要時間	距離：4.2km 所要時間 14 分
	協力内容	協力内容：入院、外来診療、時間外の受診・治療、病状急変時の受け入れに関する事。また、これらに付随する医療行為に関する事
	名 称	医療法人社団七福会 ホリィマームクリニック平塚
	診療科目	内科
	所在地	平塚市明石町 10-3 浜田平塚ビル 7F
	距離及び所要時間	距離：4.6Km 所要時間：14 分
	協力内容	訪問診療、健康管理、医療機関紹介等
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団コンパス コンパスデンタルクリニック湘南分院
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台 1-15-22 ガーデンパレス湘南台 102 号室
	距離及び所要時間	距離：16.3km 所要時間：35 分
	協力内容	訪問歯科診療及び口腔ケア

<p>入居者が医療を要する場合の対応（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）</p>	<p>施設内で医療行為は受けられません。  通院：協力医療機関、又は入居者が選択する医療機関において治療を受けていただきます。  入院：医師の判断を基本とし、身元引受人・ご家族等とお話合いいただき、協力医療機関、又は入居者が選択する医療機関に入院となります。  入院・通院ともに医療保険で支給される以外の費用は入居者負担となります。入院期間中も家賃相当額及び管理費をお支払いいただきます。</p>
---	--

## 7 入居状況等

(令和3年7月1日現在)

入居者数及び定員	58人（定員 58人）			
入居者の状況	男性	15人	女性 43人	
	自立	0人		
	要介護	55人	(内訳)	要介護1 11人
			要介護2 12人	
要介護3 13人				
要介護4 8人				
要介護5 11人				
要支援	3人	(内訳)	要支援1 0人	
		要支援2 3人		
平均年齢	86.79歳（男性82.73歳、女性88.20歳）			
運営懇談会の開催状況（開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等）	毎年、春季（6月頃）及び秋期（11月頃）の年2回開催しており、HITOWA ケアサービス株式会社からのご連絡やイリーゼ湘南ひらつかからのご報告、ご入居者様、ご家族様からのご質問やご要望などをお受けいたしております。			

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

## 8 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	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の内訳	管理者	1 (0)	/		
	生活相談員	( )			
	直接処遇職員	30 (13)			
	介護職員	27 (12)	23	2	固定派遣 (3) 訪問介護兼務
	看護職員	3 (1)	2.9		派遣 (0.9)
	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	( )			
	医師	( )			
	栄養士	外部委託( )			
	調理員	外部委託( )			
	事務職員	2 (2)			
	その他職員	1 (1)			
	合計	34 (16)			

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし						
	兼務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称	介護福祉士								
		2 なし									
		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		2		3	2						
前年度1年間の退職者数		1	1	4	1						
業務に 応じた 従事し た職員 の経 験年 数	1年未満			2	1						
	1年以上 3年未満			6	4						
	3年以上 5年未満			2	3						
	5年以上 10年未満	1		3	1						
	10年以上	1		2	3						
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16			
配置している直接処遇職員の人数 ※17			
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人数の割合	:	:	:
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 7:00～16:00 日勤 9:00～18:00 遅番 10:00～19:00 夜勤 16:30～翌9:30	
	看護職員	早番 : ~ : 日勤 9:00～18:00 遅番 : ~ : 夜勤 : ~ :	

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人 )	介護職員実務者研修修了者	2 人 ( 人 )
介護福祉士	10 人 ( 1 人 )	介護職員初任者研修修了者	9 人 ( 人 )
介護支援専門員	人 ( 人 )	資格なし	人 ( 人 )

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を ( ) に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退去等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	概ね60歳以上で健康な人 日常生活で介護を必要とする人 入居時 自立・要支援・要介護
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、入居者が事業者負担する一切の責務について、入居者と連帯して履行の責を負います。 身元引受人は、入居契約が終了した場合に入居者が生存しているときは身柄を引き取り生存していないときは遺体を引き取るものとします。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	(事業者からの契約解除) 1 事業者は、入居者が入居前に次の各号のいずれかに該当するときは、直ちに本契約を解除することができます。

		<p>一 入居申込書に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居契約を締結したとき</p> <p>2 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、これにより本契約を継続することが社会通念上著しく困難と認められるときは、第3項の条件に従い書面で通知することにより、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由無く、一定期間以上連続して遅滞するとき</p> <p>二 入居契約書第18条の規定に違反し、かつ是正がされないとき</p> <p>三 入居者の行動が、他の入居者または事業者の職員の生命もしくは身体に危害を及ぼし、またはその切迫した恐れがあり、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</p> <p>3 前項の本文の解除の条件は、下記のとおりとします。</p> <p>一 事前に入居者および身元引受人に弁明の機会を設けること</p> <p>二 解除通知に90日の予告期間をおくこと</p> <p>三 入居者の移転先の確保について協力すること</p> <p>四 前項第三号によって本契約を解除するときは、一定の観察期間をおき、かつ、医師の意見を聴くこと（入居者からの解約）</p> <p>1 入居者は、本契約締結日からの経過日数が三ヶ月以内の場合は、事業者に対し書面で通知することにより、直ちに本契約を解除することができます。</p> <p>2 入居者は本契約締結日から三ヶ月を経過した後は、30日前に書面で予告することにより、本契約を解除することができます。</p>	
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	7人
		死亡者	2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		(解約事由の例) 長期入院・特別養護老人ホームへの移動等	9人
体験入居の期間及び費用負担等		7泊8日以内の日程で体験入居が出来ます。 1泊2日 11,000円 (税込)	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。



10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	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 )	<input type="checkbox"/> 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 )	<input type="checkbox"/> 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 )	<input type="checkbox"/> 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 )	<input type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	<input checked="" type="checkbox"/> 非公開

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添 1 「介護サービス等の一覧表」

別添 2 「短期利用のサービス等の概要」 ( 設定がある場合のみ )

別添 3 「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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。

令和 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。

令和 年 月 日 署 名 \_\_\_\_\_

介護サービス等の一覧表 (イリーゼ湘南ひらつか)

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)
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 時～時	(有)・無	随時		随時			随時		
・夜間 時～時	(有)・無	2時間毎		2時間毎			2時間毎		
②食事介助	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
③排泄									
・排泄介助	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・おむつ交換	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・おむつ代	(有)・無	お客様希望時	実費	お客様希望時	実費		お客様希望時	実費	
④入浴等		お客様希望時	自立の場合 1回550円(税込)	お客様希望時	自立の場合 1回550円(税込)		お客様希望時	自立の場合 1回550円(税込)	
・清拭	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・一般浴介助	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・特浴介助	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
⑤身辺介助									
・体位交換	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・居室からの移動	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・衣類の着脱	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・身だしなみ介助	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
⑥機能訓練	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	身体状況に応じて			身体状況に応じて		
⑦通院の介助	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
⑧緊急時対応									
・ケアコール	(有)・無	随時		随時			随時		
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
・洗濯	(有)・無	お客様希望時	1回550円(税込)以外 の場合 洗濯外注サービス利用 の場合は月4,950円 (税込、月13回) 外部委託の場合は実費	お客様希望時	介護保険サービス等 をご利用以外の場合 洗濯外注サービス利用 の場合は月4,950円 (税込、月13回) 外部委託の場合は実費 または、1回550円(税 込)		お客様希望時	介護保険サービス等 をご利用以外の場合 洗濯外注サービス利用 の場合は月4,950円(税 込、月13回) 外部委託の場合は実費 または、1回550円(税 込)	
②居室配膳・下膳	(有)・無	体調不良時は無料	左記以外 1回550円(税込)	体調不良時は無料	お客様希望時	左記以外 1回550円(税込)	体調不良時は無料	お客様希望時	左記以外 1回550円(税込)
③理美容	(有)・無		実費			実費			実費
④代行									
・買物	(有)・無	指定日、指定業者の代行は無料	左記以外お客様希望に より 10分550円(税込)	指定日、指定業者の代行は無料	お客様希望時	左記以外お客様希望に より 10分550円(税込)	指定日、指定業者の代行は無料	お客様希望時	左記以外お客様希望に より 10分550円(税込)
・役所手続	(有)・無	お客様希望時	10分550円(税込)	お客様希望時	10分550円(税込)		お客様希望時	10分550円(税込)	
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	(有)・無	年2回機会の提供	費用は実費	年2回機会の提供		費用は実費	年2回機会の提供		費用は実費
・健康相談	(有)・無	随時		随時			随時		
・生活指導	(有)・無	随時		随時			随時		
・医師の往診	(有)・無	お客様希望時	医療保険制度で支給さ れる以外は実費	お客様希望時	医療保険制度で支給さ れる以外は実費		お客様希望時	医療保険制度で支給さ れる以外は実費	

4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有・無									
5. その他サービス										
・レクリエーション	有・無		お客様希望時	一部のレクリエーションは有料、費用はレク内容による		お客様希望時	一部のレクリエーションは有料、費用はレク内容による		お客様希望時	一部のレクリエーションは有料、費用はレク内容による
・個別対応サービス	有・無		お客様希望時	※1		お客様希望時	※1		お客様希望時	※1

各介護サービスの提供頻度につきましては、必要に応じホームで対応可能な範囲で実施します。

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。

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 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	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	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	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 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	
15	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(夜間対応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。