

# 重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

|           |             |   |   |   |   |   |
|-----------|-------------|---|---|---|---|---|
| 記入年月日     | 2023        | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 |
| 記入者名      | 上野 智明       |   |   |   |   |   |
| 所属・職名     | 本社管理本部 総務部長 |   |   |   |   |   |
| 取込種別      |             |   |   |   |   |   |
| 被災確認事業所番号 |             |   |   |   |   |   |

## 1 事業主体概要

|            |                               |     |   |                |    |             |             |
|------------|-------------------------------|-----|---|----------------|----|-------------|-------------|
| 種類         | 2 法人                          |     |   |                |    |             |             |
|            | ※法人の場合、その種類                   |     |   | 5 営利法人         |    |             |             |
| 名称         | かぶしきがいしゃ あぷるーる<br>(ふりがな)      |     |   |                |    |             |             |
|            | 株式会社 アプルール                    |     |   |                |    |             |             |
| 法人番号       | 法人番号有無                        |     |   | 1 有            |    |             |             |
|            | 法人番号                          |     |   | 0210-01-009126 |    |             |             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒                             | 251 | - | 0055           |    |             |             |
|            | 神奈川県藤沢市南藤沢 2 1 - 9 とのおかビル 6 階 |     |   |                |    |             |             |
| 連絡先        | 電話番号                          |     |   | 0466           | -  | 22          | - 3400      |
|            | FAX番号                         |     |   | 0466           | -  | 25          | - 1670      |
|            | メールアドレス                       |     |   | info           |    | @           | apprule. jp |
|            | ホームページ有無                      |     |   | 1 有            |    |             |             |
|            | ホームページアドレス                    |     |   | "https://      |    | apprule. jp |             |
| 代表者        | 氏名                            |     |   | 島田 啓史          |    |             |             |
|            | 職名                            |     |   | 代表取締役          |    |             |             |
| 設立年月日      | 1988                          | 年   | 3 | 月              | 12 | 日           |             |
| 主な実施事業     | ※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）         |     |   |                |    |             |             |

## 2 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|               |                    |      |          |                                |            |                     |   |      |
|---------------|--------------------|------|----------|--------------------------------|------------|---------------------|---|------|
| 名称            | (ふりがな)             |      | あぷるーるはだの |                                |            |                     |   |      |
|               | アプルール秦野            |      |          |                                |            |                     |   |      |
| 所在地           | 〒                  | 257  | -        | 0015                           |            |                     |   |      |
|               | 神奈川県秦野市平沢3 2 1 - 1 |      |          |                                |            |                     |   |      |
| 所在地 (建物名等)    |                    |      |          |                                |            |                     |   |      |
| 市区町村コード       | 都道府県               | 神奈川県 |          | 市区町村                           | 142115 秦野市 |                     |   |      |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                |      |          | 渋沢 駅                           |            |                     |   |      |
|               | 交通手段と所要時間          |      |          | 小田急線「渋沢」駅下車、神奈中バス「中舟道」下車、徒歩10分 |            |                     |   |      |
| 連絡先           | 電話番号               |      |          | 0463                           | -          | 20                  | - | 8550 |
|               | FAX番号              |      |          | 0463                           | -          | 20                  | - | 9033 |
|               | メールアドレス            |      |          | hadano @ apprule. jp           |            |                     |   |      |
|               | ホームページ有無           |      |          | 1 有                            |            |                     |   |      |
|               | ホームページアドレス         |      |          | "https://                      |            | apprule. jp/hadano/ |   |      |
| 管理者           | 氏名                 |      |          | 村岡 則子                          |            |                     |   |      |
|               | 職名                 |      |          | ホーム長                           |            |                     |   |      |
| 建物の竣工日        |                    |      |          | 2019                           | 年          | 8                   | 月 | 1 日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                    |      |          | 2014                           | 年          | 9                   | 月 | 1 日  |

(類型) 【表示事項】

|                |                              |            |   |   |   |    |   |  |  |  |
|----------------|------------------------------|------------|---|---|---|----|---|--|--|--|
| 類型             | 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |            |   |   |   |    |   |  |  |  |
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護保険事業者番号                    | 1472801826 |   |   |   |    |   |  |  |  |
|                | 指定した自治体名                     | 神奈川県       |   |   |   |    |   |  |  |  |
|                | 事業所の指定日                      | 2014       | 年 | 9 | 月 | 1  | 日 |  |  |  |
|                | 指定の更新日（直近）                   | 2020       | 年 | 8 | 月 | 28 | 日 |  |  |  |

3 建物概要

|         |      |                 |            |    |   |   |   |  |   |
|---------|------|-----------------|------------|----|---|---|---|--|---|
| 土地      | 敷地面積 | 2, 210. 94      |            | ㎡  |   |   |   |  |   |
|         | 所有関係 |                 |            |    |   |   |   |  |   |
|         |      | 2 事業者が賃借する土地の場合 |            |    |   |   |   |  |   |
|         |      |                 | 賃貸の種別      |    |   |   |   |  |   |
|         |      |                 | 抵当権の有無     |    |   |   |   |  |   |
|         |      |                 | 契約期間       |    |   |   |   |  |   |
|         |      |                 |            | 開始 |   |   |   |  |   |
|         |      |                 |            |    | 年 |   | 月 |  | 日 |
|         |      |                 |            | 終了 |   |   |   |  |   |
|         | 年    |                 |            | 月  |   | 日 |   |  |   |
| 契約の自動更新 |      |                 |            |    |   |   |   |  |   |
| 建物      | 延床面積 | 全体              | 1, 704. 00 | ㎡  |   |   |   |  |   |
|         |      | うち、老人ホーム部分      | 1, 663. 02 | ㎡  |   |   |   |  |   |
|         | 耐火構造 | 1 耐火建築物         |            |    |   |   |   |  |   |
|         |      | 3 その他の場合        |            |    |   |   |   |  |   |
|         | 構造   | 2 鉄骨造           |            |    |   |   |   |  |   |
|         |      | 4 その他の場合        |            |    |   |   |   |  |   |

|       |                |                 |     |        |                |       |          |   |   |
|-------|----------------|-----------------|-----|--------|----------------|-------|----------|---|---|
|       | 所有関係           | 2 事業者が賃借する建物    |     |        |                |       |          |   |   |
|       |                | 2 事業者が賃借する建物の場合 |     |        |                |       |          |   |   |
|       |                | 賃貸の種別           |     | 2 定期貸借 |                |       |          |   |   |
|       |                | 抵当権の有無          |     | 2 なし   |                |       |          |   |   |
|       |                | 契約期間            |     | 1 あり   |                |       |          |   |   |
|       |                |                 |     | 開始     |                |       |          |   |   |
|       |                |                 |     | 2019   | 年              | 8     | 月        | 1 | 日 |
|       |                |                 |     | 終了     |                |       |          |   |   |
|       |                | 2048            | 年   | 7      | 月              | 31    | 日        |   |   |
|       |                | 契約の自動更新         |     | 1 あり   |                |       |          |   |   |
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） |     |        |                |       |          |   |   |
|       |                | 2 相部屋ありの場合      |     |        |                |       |          |   |   |
|       |                | 最少              |     |        |                | 人部屋   |          |   |   |
|       |                | 最大              |     |        |                | 人部屋   |          |   |   |
|       |                | トイレ             | 浴室  | 面積     |                | 戸数・室数 | 区分       |   |   |
|       | タイプ1           | 1 有             | 2 無 | 18     | m <sup>2</sup> | 39    | 1 一般居室個室 |   |   |
|       | タイプ2           | 1 有             | 2 無 | 36     | m <sup>2</sup> | 2     | 1 一般居室個室 |   |   |
|       | タイプ3           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ4           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ5           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ6           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ7           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ8           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ9           |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |
|       | タイプ10          |                 |     |        | m <sup>2</sup> |       |          |   |   |

|         |                  |               |         |                 |   |    |  |
|---------|------------------|---------------|---------|-----------------|---|----|--|
| 共用施設    | 共用便所における便房       | 3             | ヶ所      | うち男女別の対応が可能な便房  |   | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3 | ヶ所 |  |
|         | 共用浴室             | 2             | ヶ所      | 個室              | 2 | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | 大浴場             |   | ヶ所 |  |
|         | 共用浴室における介護浴槽     | 1             | ヶ所      | チェアー浴           | 1 | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | リフト浴            |   | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | ストレッチャー浴        |   | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | その他             |   | ヶ所 |  |
|         | 食堂               | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2             | なし      |                 |   |    |  |
| エレベーター  | 2                | あり（ストレッチャー対応） |         |                 |   |    |  |
| 消防用設備等  | 消火器              | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 自動火災報知設備         | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 火災通報設備           | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | スプリンクラー          | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 防火管理者            | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 防災計画             | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| 緊急通報装置等 | 居室               | 1             | 全ての居室あり |                 |   |    |  |
|         | 便所               | 1             | 全ての便所あり |                 |   |    |  |
|         | 浴室               | 1             | 全ての浴室あり |                 |   |    |  |
|         | その他              |               |         |                 |   |    |  |
|         |                  |               |         |                 |   |    |  |
| その他     |                  |               |         |                 |   |    |  |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                            |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 本ホームは、自立者・要支援・要介護者すべての高齢者が自在に利用できる介護付有料老人ホームとして運営する。                       |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご入居者の生活習慣・趣味嗜好や日々の変化をスタッフが十分に理解・把握し、毎日をより楽しく・豊かにお過ごしいただけるように、様々なご提案をいたします。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施                                                                     |
| 食事の提供           | 1 自ら実施                                                                     |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施                                                                     |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施                                                                     |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施                                                                     |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施                                                                     |

##### (介護サービスの内容)

※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

|                                |               |      |      |
|--------------------------------|---------------|------|------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算      | 2    | なし   |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 2    | なし   |
|                                | 個別機能訓練加算      | 2    | なし   |
|                                | 夜間看護体制加算      | 2    | なし   |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 | 2    | なし   |
|                                | 医療機関連携加算      | 2    | なし   |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | 2    | なし   |
|                                | 栄養スクリーニング加算   | 2    | なし   |
|                                | 退院・退所時連携加算    | 2    | なし   |
|                                | 看取り介護加算       | 2    | なし   |
|                                | 認知症専門ケア加算     | (Ⅰ)  | 2 なし |
|                                |               | (Ⅱ)  | 2 なし |
|                                | サービス提供体制強化加算  | (Ⅰ)イ | 2 なし |
|                                |               | (Ⅰ)ロ | 2 なし |
|                                |               | (Ⅱ)  | 2 なし |
|                                |               | (Ⅲ)  | 2 なし |

|                          |               |     |     |    |
|--------------------------|---------------|-----|-----|----|
|                          | 介護職員処遇改善加算    | (Ⅰ) | 1   | あり |
|                          |               | (Ⅱ) | 2   | なし |
|                          |               | (Ⅲ) | 2   | なし |
|                          |               | (Ⅳ) | 2   | なし |
|                          |               | (Ⅴ) | 2   | なし |
|                          | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2   | なし |
|                          |               | (Ⅱ) | 1   | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 2   なし        |     |     |    |
|                          | 1   ありの場合     |     |     |    |
|                          | (介護・看護職員の配置率) |     | : 1 |    |

(医療連携の内容)

|                |   |                       |                             |  |
|----------------|---|-----------------------|-----------------------------|--|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <input type="radio"/> | 救急車の手配                      |  |
|                |   | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い                    |  |
|                |   | <input type="radio"/> | 通院介助                        |  |
|                |   |                       | その他                         |  |
|                | 1 | 名称                    | 医療法人社団 七福会<br>ホリイマームクリニック平塚 |  |
|                |   | 住所                    | 平塚市明石町10-3<br>第一住建平塚ビル7階    |  |
|                |   | 診療科目                  | 内科、神経内科                     |  |
|                |   | 協力科目                  | 内科、神経内科                     |  |
|                |   | 協力内容                  | 訪問診察・診療                     |  |

|          |   |      |                          |
|----------|---|------|--------------------------|
| 協力医療機関   | 2 | 名称   |                          |
|          |   | 住所   |                          |
|          |   | 診療科目 |                          |
|          |   | 協力科目 |                          |
|          |   | 協力内容 |                          |
|          | 3 | 名称   |                          |
|          |   | 住所   |                          |
|          |   | 診療科目 |                          |
|          |   | 協力科目 |                          |
|          |   | 協力内容 |                          |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | 医療法人社団藤栄会<br>小田原歯科診療所    |
|          |   | 住所   | 小田原市浜町 1 - 1 - 4 9 - 1 F |
|          |   | 協力内容 | 訪問診察・診療                  |
|          | 2 | 名称   |                          |
|          |   | 住所   |                          |
|          |   | 協力内容 |                          |

(入居後に居室を住み替える場合)

※住み替えを行っていない場合は省略可能

|                          |                                                                                                                                |            |               |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 |                                                                                                                                | 一時介護室へ移る場合 |               |
|                          |                                                                                                                                | 介護居室へ移る場合  |               |
|                          | ○                                                                                                                              | その他        | 別の居室に住み替える場合。 |
| 判断基準の内容                  | 事業者は、入居者によりよいサービスを提供するために必要と判断した場合には、サービスを提供する場所を施設内において変更する場合があります。                                                           |            |               |
| 手続きの内容                   | 変更を行う場合、次の手続きを行うものとします。<br>一 主治医等の意見を聴く。<br>二 入居者及び身元引受人に説明し、同意を得る。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合にあっては、身元引受人の同意を得る。<br>三 一定の観察期間を設ける。 |            |               |
| 追加的費用の有無                 | 2 なし                                                                                                                           |            |               |
| 居室利用権の取扱い                | 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。追加費用は原則ありませんが、入居者の都合による住み替え希望の場合は、現居室の補修費用をお支払い頂くことがあります。                                    |            |               |
| 前払金償却の調整の有無              | 2 なし                                                                                                                           |            |               |
| 従前の居室との仕様の<br>変更         | 面積の増減                                                                                                                          | 1 あり       |               |
|                          | 便所の変更                                                                                                                          | 2 なし       |               |
|                          | 浴室の変更                                                                                                                          | 2 なし       |               |
|                          | 洗面所の変更                                                                                                                         | 2 なし       |               |
|                          | 台所の変更                                                                                                                          | 2 なし       |               |
|                          | その他の変更                                                                                                                         | 2 なし       |               |
|                          |                                                                                                                                | 1 ありの場合    |               |
|                          |                                                                                                                                | (変更内容)     |               |

（入居に関する要件）

|                    |                                                      |                                                                                      |    |
|--------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                                              | 1                                                                                    | あり |
|                    | 要支援の者                                                | 1                                                                                    | あり |
|                    | 要介護の者                                                | 1                                                                                    | あり |
| 留意事項               |                                                      |                                                                                      |    |
| 契約解除の内容            | （前払い方式契約書）第29条及び第30条による。<br>（月払い方式契約書）第28条及び第29条による。 |                                                                                      |    |
| 事業主体から解約を求める<br>場合 | 解約条項                                                 | （前払い方式契約書）第29条<br>（月払い方式契約書）第28条<br>によります。（下記の解除予告期間は90日、入<br>居者からの解除予告期間は30日となります。） |    |
|                    | 解約予告期間                                               | 3                                                                                    | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間       | 1                                                    |                                                                                      | ヶ月 |
| 体験入居の内容            | 1 あり                                                 |                                                                                      |    |
|                    | 1 ありの場合                                              |                                                                                      |    |
|                    | （内容）                                                 | 期間：原則、6泊7日を上限とします。<br>費用：1泊2食付きで11,000円                                              |    |
| 入居定員               | 43                                                   |                                                                                      | 人  |
| その他                |                                                      |                                                                                      |    |

## 5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

|                                                                                                  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1 ※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|-----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     | 0.5             |
| 生活相談員                                                                                            | 1        | 1  |     | 1               |
| 直接処遇職員                                                                                           |          |    |     |                 |
| 介護職員                                                                                             | 15       | 5  | 10  | 13              |
| 看護職員                                                                                             | 4        | 2  | 2   | 2               |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1        |    | 1   | 0.5             |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  |     | 0.5             |
| 栄養士                                                                                              | 1        |    | 1   | 0.5             |
| 調理員                                                                                              | 5        | 0  | 5   | 3.7             |
| 事務員                                                                                              | 1        |    | 1   | 0.9             |
| その他職員                                                                                            | 3        |    | 3   | 1.7             |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2                                                                        |          |    |     | 40 時間           |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |          |    |     |                 |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要                                                                    |          |    |     |                 |

（資格を有している介護職員の人数）

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 6  | 3  | 3   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1  |     |
| 初任者研修の修了者 | 4  | 1  | 3   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  |     |

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

|             | 合計 | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|----|-----|-----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 | 常勤  | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 1  | 1  |     |     |     |
| 理学療法士       |    |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |     |     |
| はり師         |    |    |     |     |     |
| きゅう師        |    |    |     |     |     |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間 | ( 17 時 0 分 ～ 9 時 30 分 ) |  |   |   |  |                |   |  |   |  |
|----------|-------------------------|--|---|---|--|----------------|---|--|---|--|
|          | 平均人数                    |  |   |   |  | 最少時人数（休憩者等を除く） |   |  |   |  |
| 看護職員     | 0                       |  | 人 | 0 |  | 人              | 0 |  | 人 |  |
| 介護職員     | 2                       |  | 人 | 2 |  | 人              | 2 |  | 人 |  |

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

|                                                                    |                                  |              |     |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------|-----|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合<br><br>（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）        | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】            | c 2.5 : 1 以上 |     |
|                                                                    | 実際の配置比率<br>（記入日時点での利用者数：常勤換算職員数） | 2.3          | : 1 |
| ※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択                                     |                                  |              |     |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制<br>（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | ホームの職員数                          |              | 人   |
|                                                                    | 訪問介護事業所の名称                       |              |     |
|                                                                    | 訪問看護事業所の名称                       |              |     |
|                                                                    | 通所介護事業所の名称                       |              |     |

## (職員の状況)

|                          |                 |              |            |        |      |         |     |         |     |         |     |  |  |
|--------------------------|-----------------|--------------|------------|--------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|--|--|
| 管理者                      |                 | 他の職務との兼務     |            |        |      | 1    あり |     |         |     |         |     |  |  |
|                          |                 | 業務に係る<br>資格等 |            |        |      |         |     |         |     |         |     |  |  |
|                          |                 |              | 1    ありの場合 |        |      |         |     |         |     |         |     |  |  |
|                          |                 |              |            | 資格等の名称 | 准看護師 |         |     |         |     |         |     |  |  |
|                          |                 | 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          |        | 1    |         |     |         |     |         |     |  |  |
| 前年度1年間の退職者数              |                 | 1            |            | 1      | 3    |         |     |         |     |         |     |  |  |
| 業務に従事した経験年数に<br>応じた職員の人数 | 1 年未満           |              | 1          |        | 2    |         |     |         |     |         |     |  |  |
|                          | 1 年以上<br>3 年未満  | 1            | 1          | 2      | 2    | 1       |     | 1       |     | 1       |     |  |  |
|                          | 3 年以上<br>5 年未満  |              |            | 1      | 1    |         |     |         |     |         |     |  |  |
|                          | 5 年以上<br>10 年未満 | 1            |            |        | 1    |         |     |         |     |         |     |  |  |
|                          | 10 年以上          |              |            | 2      | 2    | 1       |     |         |     |         |     |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況            |                 |              | 1    あり    |        |      |         |     |         |     |         |     |  |  |

## 6 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                            |     |                                                 |               |
|----------------------------|-----|-------------------------------------------------|---------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          |     | 1 利用権方式                                         |               |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       |     | 4 選択方式                                          |               |
|                            |     | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                           |               |
|                            |     | <input type="radio"/>                           | 全額前払い方式       |
|                            |     | <input type="radio"/>                           | 一部前払い・一部月払い方式 |
|                            |     | <input type="radio"/>                           | 月払い方式         |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | 2 なし                                            |               |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 1 あり                                            |               |
| 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                                          |               |
|                            |     | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合                   |               |
|                            |     | 不在期間が 8 日以上                                     |               |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 神奈川県に係る消費者物価指数、水道光熱費又は人件費あ等に変動があった場合に変更する。      |               |
|                            | 手続き | 神奈川県に事前相談し、運営懇談会で意見を聴いた上で、原則、入居者または身元引受人の同意を得る。 |               |

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

|            |                  |      | プラン 1       |                | プラン 2       |                |
|------------|------------------|------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| 入居者の状況     | 要介護度             |      | 要介護3        |                | 自立          |                |
|            | 年齢               |      | 83          | 歳              | 76          | 歳              |
| 居室の状況      | 床面積              |      | 18          | m <sup>2</sup> | 18          | m <sup>2</sup> |
|            | 便所               |      | 1 有         |                | 1 有         |                |
|            | 浴室               |      | 2 無         |                | 2 無         |                |
|            | 台所               |      | 2 無         |                | 2 無         |                |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              |      | 4, 200, 000 | 円              | 6, 000, 000 | 円              |
|            | 敷金               |      | 0           | 円              | 0           | 円              |
| 月額費用の合計    |                  |      | 202, 130    | 円              | 202, 130    | 円              |
| 家賃         |                  |      |             | 円              |             | 円              |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |      |             | 円              |             | 円              |
|            | 介護保険外※2          | 食費   | 56, 160     | 円              | 56, 160     | 円              |
|            |                  | 管理費  | 145, 970    | 円              | 145, 970    | 円              |
|            |                  | 介護費用 |             | 円              |             | 円              |
|            |                  | 光熱水費 |             | 円              |             | 円              |
|            |                  | その他  |             | 円              |             | 円              |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

（利用料金の算定根拠）

| 費目                            | 算定根拠         |
|-------------------------------|--------------|
| 家賃                            |              |
| 敷金                            | 家賃の      ヶ月分 |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |              |

|                      |                                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------|
| 管理費                  | 事務管理部門の人件費・事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費。 |
| 食費                   | 1名当り：1,872円/1日（3食）×30日＝56,160円                       |
| 光熱水費                 | 共用部を含む月平均想定使用額を入居率80％で按分。                            |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2                                                  |
| その他のサービス利用料          |                                                      |

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目                                         | 算定根拠        |
|--------------------------------------------|-------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額                      | 運営規程第6条による。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） |             |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |             |

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

|                                     |                    |                                                                                        |    |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 算定根拠                                |                    | 「家賃相当額×想定居住期間＋想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（自立：17%、要支援・要介護：26%）」により設定。                  |    |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                    | 60～96                                                                                  | ヶ月 |
| 償却の開始日                              |                    | 入居日                                                                                    |    |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |                    | 1, 020, 000～1, 965, 600                                                                | 円  |
| 初期償却率                               |                    | 17～26                                                                                  | %  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後 3 月以内の契約終了     | 前払金 － {（1 か月分の家賃）÷ 30<br>×（入居日から契約終了日までの日数）}<br>※初期償却費用については全額返還<br>※月額利用料については日割計算で受領 |    |
|                                     | 入居後 3 月を超えた契約終了    | （前払金 － 初期償却額）÷（入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数）<br>×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）                     |    |
| 前払金の保全先                             | 1 全国有料老人ホーム協会      |                                                                                        |    |
|                                     | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |                                                                                        |    |
|                                     | 名称                 | 入居者生活保証制度                                                                              |    |

## 7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### （入居者の人数）

|       |            |    |   |
|-------|------------|----|---|
| 性別    | 男性         | 10 | 人 |
|       | 女性         | 27 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 4  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 13 | 人 |
|       | 85歳以上      | 20 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 2  | 人 |
|       | 要支援 1      | 2  | 人 |
|       | 要支援 2      | 0  | 人 |
|       | 要介護 1      | 2  | 人 |
|       | 要介護 2      | 6  | 人 |
|       | 要介護 3      | 4  | 人 |
|       | 要介護 4      | 7  | 人 |
|       | 要介護 5      | 14 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 10 | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 7  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 16 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 1  | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 3  | 人 |
|       | 15年以上      | 0  | 人 |

### （入居者の属性）

|         |      |   |
|---------|------|---|
| 平均年齢    | 88.2 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 37   | 人 |
| 入居率※    | 86   | % |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

（前年度における退去者の状況）

|         |          |          |   |
|---------|----------|----------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等      | 0        | 人 |
|         | 社会福祉施設   | 0        | 人 |
|         | 医療機関     | 0        | 人 |
|         | 死亡       | 6        | 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 苦情・事故等に関する体制

（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）

窓口1

|          |       |                                          |   |   |   |    |    |   |   |      |  |
|----------|-------|------------------------------------------|---|---|---|----|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | 施設管理者                                    |   |   |   |    |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 0463                                     |   | - |   | 20 |    | - |   | 8550 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9                                        | 時 | 0 | 分 | ～  | 18 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    | 9                                        | 時 | 0 | 分 | ～  | 18 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 | 9                                        | 時 | 0 | 分 | ～  | 18 | 時 | 0 | 分    |  |
| 定休日      |       | 定休日はありませんが、施設管理者が不在の場合はリーダー等にて一時対応いたします。 |   |   |   |    |    |   |   |      |  |

窓口2

|          |       |                  |   |   |   |    |    |   |   |      |  |
|----------|-------|------------------|---|---|---|----|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | 本社お客様窓口          |   |   |   |    |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 0120             |   | - |   | 79 |    | - |   | 3400 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9                | 時 | 0 | 分 | ～  | 18 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    |                  | 時 |   | 分 | ～  |    | 時 |   | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |                  | 時 |   | 分 | ～  |    | 時 |   | 分    |  |
| 定休日      |       | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始 |   |   |   |    |    |   |   |      |  |

窓口3

|          |       |                  |   |    |   |     |    |   |    |      |  |
|----------|-------|------------------|---|----|---|-----|----|---|----|------|--|
| 窓口の名称    |       | 神奈川県国民健康保険団体連合会  |   |    |   |     |    |   |    |      |  |
| 電話番号     |       | 045              |   | -  |   | 329 |    | - |    | 3447 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 8                | 時 | 30 | 分 | ～   | 17 | 時 | 15 | 分    |  |
|          | 土曜    |                  | 時 |    | 分 | ～   |    | 時 |    | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |                  | 時 |    | 分 | ～   |    | 時 |    | 分    |  |
| 定休日      |       | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始 |   |    |   |     |    |   |    |      |  |

窓口4

|          |       |                     |   |    |   |    |    |   |   |      |  |
|----------|-------|---------------------|---|----|---|----|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | 秦野市役所福祉部高齢介護課介護保険担当 |   |    |   |    |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 0463                |   | -  |   | 82 |    | - |   | 9616 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 8                   | 時 | 30 | 分 | ～  | 17 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    |                     | 時 |    | 分 | ～  |    | 時 |   | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |                     | 時 |    | 分 | ～  |    | 時 |   | 分    |  |
| 定休日      |       | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始    |   |    |   |    |    |   |   |      |  |

窓口5

|          |       |                   |   |   |   |      |    |   |   |      |  |
|----------|-------|-------------------|---|---|---|------|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 |   |   |   |      |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 03                |   | - |   | 3272 |    | - |   | 3781 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 10                | 時 | 0 | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    |                   | 時 |   | 分 | ～    |    | 時 |   | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |                   | 時 |   | 分 | ～    |    | 時 |   | 分    |  |
| 定休日      |       | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始  |   |   |   |      |    |   |   |      |  |

（サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）

|                               |         |                                   |
|-------------------------------|---------|-----------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | 1 あり    |                                   |
|                               | 1 ありの場合 |                                   |
|                               | その内容    | (あいおいニッセイ同和損保)<br>介護保険・社会福祉事業総合保険 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり    |                                   |
|                               | 1 ありの場合 |                                   |
|                               | その内容    | 事故対応マニュアルに基づく                     |
| 事故対応及びその予防のための指針              |         |                                   |

（利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等）

|                                  |         |                                      |
|----------------------------------|---------|--------------------------------------|
| 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 あり    |                                      |
|                                  | 1 ありの場合 |                                      |
|                                  | 実施日     | R6. 7. 1発送 R6. 7. 20までに回収予定・お客様意見箱設置 |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり                                 |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし    |                                      |
|                                  | 1 ありの場合 |                                      |
|                                  | 実施日     |                                      |
|                                  | 評価機関名称  |                                      |
|                                  | 結果の開示   |                                      |

9 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開 |

10 その他

|                                              |                                 |                              |
|----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 運営懇談会                                        | 2 なし                            |                              |
|                                              | 1 ありの場合                         |                              |
|                                              | (開催頻度) 年 <input type="text"/> 回 |                              |
|                                              | 2 なしの場合                         |                              |
|                                              | 1 代替措置ありの場合                     | (内容)<br><input type="text"/> |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                          | 2 なし                            |                              |
|                                              | 1 ありの場合                         |                              |
|                                              | 提携ホーム名                          | <input type="text"/>         |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出               | 1 あり                            |                              |
| 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 | 2 なし                            |                              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項         | 2 なし                            |                              |
|                                              | 1 ありの場合                         |                              |
|                                              | 合致しない事項がある場合の内容                 | <input type="text"/>         |
|                                              | 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性      | <input type="text"/>         |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                        | <input type="text"/>            |                              |

|  |               |  |
|--|---------------|--|
|  | 不適合事項がある場合の内容 |  |
|--|---------------|--|



添付書類： 別添1（別の実施する介護サービス一覧表）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

## 別添 1

## 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類        | 有無  | 主な事業所の名称           | 所在地            | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|--------------------|----------------|----|----|
| <居宅サービス>         |     |                    |                |    |    |
| 訪問介護             | 1 有 | 街角のケア鵠沼            | 藤沢市鵠沼橋 1-12-11 |    |    |
| 訪問入浴介護           |     |                    |                |    |    |
| 訪問看護             |     |                    |                |    |    |
| 訪問リハビリテーション      |     |                    |                |    |    |
| 居宅療養管理指導         |     |                    |                |    |    |
| 通所介護             |     |                    |                |    |    |
| 通所リハビリテーション      |     |                    |                |    |    |
| 短期入所生活介護         |     |                    |                |    |    |
| 短期入所療養介護         |     |                    |                |    |    |
| 特定施設入居者生活介護      | 1 有 | 介護付有料老人ホーム アブルール鵠沼 | 藤沢市鵠沼橋 1-12-11 |    |    |
| 福祉用具貸与           |     |                    |                |    |    |
| 特定福祉用具販売         |     |                    |                |    |    |
| <地域密着型サービス>      |     |                    |                |    |    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |     |                    |                |    |    |
| 夜間対応型訪問介護        |     |                    |                |    |    |

|                      |     |                     |                |  |  |
|----------------------|-----|---------------------|----------------|--|--|
| 地域密着型通所介護            |     |                     |                |  |  |
| 認知症対応型通所介護           |     |                     |                |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護          |     |                     |                |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護         | 1 有 | ソレスタ大船栗田            | 鎌倉市岩瀬 1-10-21  |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     |     |                     |                |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |     |                     |                |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        |     |                     |                |  |  |
| 居宅介護支援               |     |                     |                |  |  |
| <居宅介護予防サービス>         |     |                     |                |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護           |     |                     |                |  |  |
| 介護予防訪問看護             |     |                     |                |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション      |     |                     |                |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導         |     |                     |                |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション      |     |                     |                |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護         |     |                     |                |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護         |     |                     |                |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | 1 有 | 介護付有料老人ホーム アプルール 鶴沼 | 藤沢市鶴沼橋 1-12-11 |  |  |

|                   |     |          |                |  |  |
|-------------------|-----|----------|----------------|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与        |     |          |                |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売      |     |          |                |  |  |
| <地域密着型介護予防サービス>   |     |          |                |  |  |
| 介護予防認知症対応型通所介護    |     |          |                |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護   |     |          |                |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護  | 1 有 | ソレスタ大船栗田 | 鎌倉市岩瀬 1-10-21  |  |  |
| 介護予防支援            |     |          |                |  |  |
| <介護保険施設>          |     |          |                |  |  |
| 介護老人福祉施設          |     |          |                |  |  |
| 介護老人保健施設          |     |          |                |  |  |
| 介護療養型医療施設         |     |          |                |  |  |
| 介護医療院             |     |          |                |  |  |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |     |          |                |  |  |
| 訪問型サービス           | 1 有 | 街角のケア鵜沼  | 藤沢市鵜沼橋 1-12-11 |  |  |
| 通所型サービス           |     |          |                |  |  |
| その他生活支援サービス       |     |          |                |  |  |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                   |                             |      |      |          | 1 あり                            |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|----------|---------------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 |      |          | 備考                              |
|                                  |                                   |                             | 都度※2 | 料金※3 |          |                                 |
| 介護サービス                           |                                   |                             |      |      |          |                                 |
| 食事介助                             | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 排泄介助・おむつ交換                       | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| おむつ代                             |                                   | 1 あり                        |      | ○    |          | 種類及び使用数により価格が変動。                |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 特浴介助                             | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 機能訓練                             | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 通院介助                             | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 2,200円/時 | 月1回1時間までは包含<br>それを超えるものは利用者負担   |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |          |                                 |
| 居室清掃                             | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 2,200円/時 | 週1回は包含（特定施設サービス）<br>週2回以上は利用者負担 |
| リネン交換                            | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 日常の洗濯                            | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 居室配膳・下膳                          | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |          | 体調不良時等の場合に都度対応                  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 1 あり                        |      | ○    |          | 主食の変更等軽微な変更は包含するが、それ以外は利用者負担    |
| おやつ                              |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                                 |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 1 あり                        |      | ○    |          | 訪問理美容にて利用者負担                    |
| 買い物代行                            | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 2,200円/時 | 月1回までは包含<br>週2回以上は利用者負担         |
| 役所手続き代行                          | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |          | 手続き内容限定で対応                      |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                                 |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |          |                                 |
| 定期健康診断                           |                                   | 1 あり                        |      | ○    |          | 年1回実施                           |
| 健康相談                             | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 生活指導・栄養指導                        | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 服薬支援                             | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 | 1 あり                              |                             |      |      |          |                                 |

| 入退院時・入院中のサービス |      |      |   |   |          |           |  |
|---------------|------|------|---|---|----------|-----------|--|
| 入退院時の同行       | 2 なし | 1 あり |   | ○ | 2,200円/時 | 利用者負担にて対応 |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり |   | ○ | 2,200円/時 | 利用者負担にて対応 |  |
| 入院中の見舞い訪問     | 2 なし | 1 あり | ○ |   |          |           |  |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。