

重要事項説明書

Ver 1.2

| | |
|-----------|---------------------------|
| 記入年月日 | 2025 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 萩原 龍一 |
| 所属・職名 | 有料老人ホーム サニーライフ伊勢原 管理部 支配人 |
| 取込種別 | 2 修正 |
| 被災確認事業所番号 | 1400092000242 |

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 | (ふりがな) かぶしきがいしゃかわしまコーポレーション 株式会社川島コーポレーション | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 2040001050435 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 292 - 1161 | |
| | 千葉県君津市東猪原248-2 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0439 - 37 - 3600 |
| | FAX番号 | 0439 - 37 - 3603 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www.sunnylife-group.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 川島 輝雄 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1990 年 9 月 17 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) ゆうりょうろうじんほーむ さにーらいふいせはら | | | | | | |
| | 有料老人ホーム サニーライフ伊勢原 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 259 | - | 1138 | | | |
| | 神奈川県伊勢原市神戸577番地1 | | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | 有料老人ホーム サニーライフ伊勢原 | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 神奈川県 | | 市区町村 | 142140 伊勢原市 | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 小田急 伊勢原 | | | | 駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | 伊勢原駅北口バス停より神奈川中央交通バスで約10分、「神戸」バス停下車、徒歩約3分 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0463 | - | 92 | - | 1800 | |
| | FAX番号 | 0463 | - | 92 | - | 1801 | |
| | メールアドレス | isehara | | | | @ | sunnylife-group.co. |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | |
| | ホームページアドレス | "http:// | | www.sunnylife-group.co.jp | | | |
| 管理者 | 氏名 | 萩原 龍一 | | | | | |
| | 職名 | 支配人 | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2016 | 年 | 9 | 月 | 30 日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2016 | 年 | 11 | 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 | 1471001193 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 神奈川県 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2016 | 年 | 11 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2022 | 年 | 11 | 月 | 1 日 |

3 建物概要

| | | | | | | | |
|---------|------|-----------------|----------------|----------------|----|---|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 1819.08 | m ² | | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | |
| | | | 開始 | | | | |
| | | | 2016 | 年 | 10 | 月 | 1 日 |
| 終了 | | | | | | | |
| 2041 | 年 | 10 | 月 | 31 日 | | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1713.92 | m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1713.92 | m ² | | | |
| | 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 | | 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | |
| | | | | 開始 | | | |
| | | | | 2016 | 年 | 10 | 月 |
| 契約の自動更新 | | 終了 | | | | | |
| | | 2041 | 年 | 10 | 月 | 31 | 日 |
| 居室の状況 | 居室区分 【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 | 15 | m ² | 38 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 15.5 | m ² | 8 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ3 | | | | m ² | | |
| | タイプ4 | | | | m ² | | |
| | タイプ5 | | | | m ² | | |
| | タイプ6 | | | | m ² | | |
| | タイプ7 | | | | m ² | | |
| | タイプ8 | | | | m ² | | |
| タイプ9 | | | | m ² | | | |
| タイプ10 | | | | m ² | | | |

| | | | | | | |
|---------|---------------------------------------|----|-------------|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における便所 | 6 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便所 | 3 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便所 | 6 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 3 | ヶ所 | 個室 | 2 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 1 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1 | ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | その他 個浴槽 | 1 | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | |
| 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 | 健康管理室、機能訓練室兼エントランスホール、洗濯室、面談室、談話室、駐車場 | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|------------------------|---|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>老人福祉法並びに介護保険法の趣旨に従い、入居者の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <p>入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上のお世話を する。看護師、機能訓練指導員を配置し機能訓練及び療養上 のお世話をする。・協力医療機関と連携し、入居者様の健康 管理を行う。・余暇活動、運動、娯楽等のレクリエーション を提供する。</p> |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>食事の提供</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>洗濯・掃除等の家事の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>安否確認又は状況把握サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>生活相談サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |

(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（Ⅰ） | 2 なし |
| | 入居継続支援加算（Ⅱ） | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 1 あり |
| | 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 1 あり |
| | ADL維持等加算（Ⅰ） | 2 なし |
| | ADL維持等加算（Ⅱ） | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算（Ⅰ） | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算（Ⅱ） | 1 あり |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり |
| | 協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保 している協力医療機関と連携してい る場合) | 1 あり |
| | 協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携し ている場合) | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 あり |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり |
| | 退居時情報提供加算 | 1 あり |
| | 看取り介護加算（Ⅰ） | 1 あり |
| | 看取り介護加算（Ⅱ） | 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 （Ⅰ） | 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 （Ⅱ） | 2 なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | 2 なし |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 2 なし | |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 1 あり | |

| | | | | |
|----------------------|---------------|---------|---|-----|
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 1 | あり |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(1) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(2) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(3) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(4) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(5) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(6) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(7) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(8) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(9) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(10) | 2 | なし |
| (Ⅴ)(11) | 2 | なし | | |
| (Ⅴ)(12) | 2 | なし | | |
| (Ⅴ)(13) | 2 | なし | | |
| (Ⅴ)(14) | 2 | なし | | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 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 ※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 | | |
| | <input type="radio"/> | その他 | 医療機関との連絡・紹介・受診手続き・通院介助等の協力を努めると共に家族への連絡等所定の措置をとります。 | |
| | 1 | 名称 | 医療法人社団七福会 ホリィーマームクリニック平塚 10.8 km 車で24分 | |
| | | 住所 | 神奈川県平塚市明石町10-3 | |
| | | 診療科目 | 内科、神経内科、外科、リハビリテーション科 | |
| | | 協力科目 | 内科、神経内科、外科、リハビリテーション科 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | 1 | あり |
| | 2 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | | | |

| | | | | |
|--|--|-----|-----------------------------|--|
| | | カカク | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | |
|--|--|-----|-----------------------------|--|

| | | | | |
|--------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| 協力医療機関 | 3 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | | |
| | 4 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| 協力内容 | | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | | |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | | |

| | | | | |
|------------------------|------|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| | 5 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | |
| 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 2 なし | | | |
| | | 1 ありの場合 | | |
| | | | 医療機関の名称 | |
| | | | 医療機関の住所 | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団アクア アクアデンタルクリニック 9.4km 車で20分 | |
| | | 住所 | 神奈川県平塚市四之宮1-3-57 | |
| | | 協力内容 | 週1回の歯科医師の来館による訪問歯科診療 | |
| | 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 ※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 | |
| 判断基準の内容 | <p>①入居者の健康管理上、居室の移動が必要と認めた時 ②施設管理運営上又は入居者に万全の介護サービスを提供する上で支障が無いと認められる時、入居者の求めに従い、居室の移動を行うことができます。</p> | | |
| 手続きの内容 | <p>①医師に所見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、且つ入居者及び身元引受人の同意を得て、居室の移動を行う場合がある。 ②入居者は、居室の移動に伴い、原状回復の義務を負うものとします。</p> | | |
| 追加的費用の有無 | 2 | なし | |
| 居室利用権の取扱い | 居室の利用権は存続されます。 | | |
| 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 |
| | | 2 | なし |
| | 1 | ありの場合 | |
| | その他の変更 | | (変更内容) |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|---|---|-------------------------------------|
| 入居対象となる者 【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 | <p>年齢：概ね60歳以上の方。 状況：自立生活で健康の方。認知症、徘徊等及び入居時より寝たきり等で日常生活において介護の必要な方、もしくは常時介護を必要とされる方。 心身の</p> | | |
| 契約解除の内容 | <p>事業者は書面にて入居者に通知し通知の翌日を起算日とし、90日の予告期間を設け、本契約を解除する事が出来る。入居者は書面にて施設に通知し、通知後30日の予告期間を設け、本契約を解除することができる。入居契約書第30条及び第31条参照</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>入居者が、入居契約書の解約事項のいずれかに該当し、且つ、これによって本契約を将来にわたって、これ以上維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合。</p> | |
| | 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 | <p>最長1週間。1日あたり個室13,200円 介護保険適用外</p> |
| | (内容) | | |
| 入居定員 | 46 | | 人 |
| その他 | <p>あらかじめ、身元引受人を2名又は1名定める。身元引受人は、利用料等の支払いについて、月額利用料の24カ月分を極度額として、入居者と連帯責任を負い、入居契約が解除された場合、入居者を引き取る。</p> | | |

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 ※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 | 20 | 16 | 4 | 17.5 |
| 介護職員 | 16 | 12 | 4 | 14.5 |
| 看護職員 | 4 | 4 | | 3 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | |
| 栄養士 | 0 | 0 | | |
| 調理員 | 8 | 2 | 6 | 4.7 |
| 事務員 | 2 | 2 | | 2 |
| その他職員 | 3 | 2 | 1 | 2.5 |
| 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 | 6 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 介護支援専門員 | | | |

(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 |
| 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 | (16 時 0 分 ~ 9 時 0 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 |
| 介護職員 | 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 (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※ 【表示事項】 | d 3 : 1 以上 | |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.6 | : 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 (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 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | 介護職員初任者研修終了 | | | | | | | | |
| | | 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 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 0 | 7 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 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 【表示事項】 | 1 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 | |
| | | 全額前払い方式 |
| | | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | 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 | 2 なし | |
| 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 _____ 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及び人件費等を勘案する。 |
| | 手続き | 運営懇談会での意見を聴き、入居者または身元引受人の同意を得た上で行う。 |

(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 | 要支援1・2 要介護1～5 | 自立 | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 15 m ² | 15 m ² | |
| | 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 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 | |
| 月額費用の合計 | | 164,290 円 | 200,955 円 | |
| 家賃 | | 85,000 円 | 85,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 43,465 円 | 43,465 円 |
| | | 管理費 | 35,825 円 | 35,825 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | | その他 | 円 | 36,665 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 | 有料老人ホームの設備に要した費用、修繕費、管理事務費、賃借料等（非課税） | |
| 敷金 | 家賃の 0 | ヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | |
| 管理費 | 共用施設の維持に関する管理費、事務費、管理部門に係る人件費等。 | |
| 食費 | 1日3食定食方式。おやつ代含む。欠食の場合は、2日前の申出により終日欠食の場合に限り翌月日割返還。ただし基本料20,005円を除く。 | |
| 光熱水費 | | |
| 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 | 自立等の介護保険給付対象外の方については、「介護サービスの一覧表」に記載のサービスを提供の為、生活サポート費として月額36,665円の負担あり。 |
|-------------|--|

(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 | ご契約者の要介護状態区分、又は要支援状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額又は予防給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。また自己負担額は介護保険負担割合証に記載。 |
| 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（上乘せサービス） | |
| ※ 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 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 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) | 円 |
| 初期償却率 | % |

| | | |
|----------|--------------------|--|
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | |
| 前払金の保全先 | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | |

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 | 14 | 人 |
| | 女性 | 32 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 5 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 9 | 人 |
| | 85歳以上 | 31 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 0 | 人 |
| | 要介護 1 | 4 | 人 |
| | 要介護 2 | 17 | 人 |
| | 要介護 3 | 8 | 人 |
| | 要介護 4 | 14 | 人 |
| | 要介護 5 | 2 | 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 | 22 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 7 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 0 | 人 |
| | 15年以上 | 0 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---------|------|---|
| 平均年齢 | 85.5 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 46 | 人 |
| 入居率※ | 100 | % |

※ 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 | 2 | 人 |
| | 医療機関 | 4 | 人 |
| | 死亡 | 9 | 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 | 6 | 人 |
| | | (解約事由の例) ・入院後医療措置が必要となり療養型病院へ転位 養護老人ホームへの入居が決定した為 ・特別 | |

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 | | 有料老人ホーム サニーライフ伊勢原 生活相談員 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0463 | - | 92 | - | 1800 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| 定休日 | | 年中無休 | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--|--------------------|---|---|---|----|----|---|---|------|
| 窓口の名称 | | | サニーライフ東京事務所 お客様相談室 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 0120 | | - | | 17 | | - | | 0036 |
| 対応している時間 | 平日 | | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土日祝日、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 介護保険課 介護苦情相談係 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 045 | | - | | 329 | | - | | 3447 |
| 対応している時間 | 平日 | | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土日祝日、年末年始 | | | | | | | | |

| 窓口4 | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--|-------------------------|---|---|---|-----|----|---|---|------|
| 窓口の名称 | | | 神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 045 | | - | | 210 | | - | | 1111 |
| 対応している時間 | 平日 | | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土日祝日、年末年始 | | | | | | | | |

| 窓口5 | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--|------------------|---|---|---|----|----|---|---|------|
| 窓口の名称 | | | 神奈川県伊勢原市役所 高齢介護課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 0463 | | - | | 94 | | - | | 4711 |
| 対応している時間 | 平日 | | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土日祝日、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害保険(株)：介護保険・社会福祉事業者総合保 |
| 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 | 当施設において、事業者の責任によりご契約に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただしその損害の発生についてご契約者にも故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | 意見箱を常時設置 |
| | 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 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 3 公開していない |

10 その他

| | | |
|-------------------|---|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | (開催頻度) 年 2 回 |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) |
| | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | 1 あり |
| | 指針の整備 | 1 あり |
| | 研修の定期的な実施 | 1 あり |
| | 担当者の配置 | 1 あり |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催 | 1 あり |
| | 指針の整備 | 1 あり |
| | 研修の実施 | 1 あり |
| | | 2 なし |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等） | 1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 |

| | | | |
|--|--------------------|----------------------------|----|
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画（BCP） | 1 | あり |
| | 災害に関する業務継続計画（BCP） | 1 | あり |
| | 従業者に対する周知の実施 | 1 | あり |
| | 定期的な研修の実施 | 1 | あり |
| | 定期的な訓練の実施 | 1 | あり |
| | 定期的な見直し | 1 | あり |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 | なし | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | | 提携ホーム名 | |
| 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 | |
| | | 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | | |
| | | | |
| | 不適合事項がある場 | | |

| | | |
|--|------|--|
| | 合の内容 | |
|--|------|--|

備考

6利用料金 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い
入院期間中でも原則として、管理費・家賃相当額（非課税）・食費（基本料のみ）の支払いは存続いたします。

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 | 平塚御殿やわらぎ | 神奈川県平塚市御殿1-32-32 | ○ | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 1 有 | サニーライフ厚木 デイサービス | 神奈川県厚木市飯山3199-1 | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | 有料老人ホーム サ ニーライフ湘南 | 神奈川県中郡二宮町中里901-1 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|----------------------|---------------------|---|--|
| 地域密着型通所介護 | 2 | 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 | 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 1 | 有 | サニーライフ平塚御殿 居宅介護支援事業所 | 神奈川県平塚市御殿1-32-32 | ○ | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | 有 | 有料老人ホーム サニーライフ青葉 | 神奈川県横浜市青葉区荏田西4-7-16 | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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 | | | 料金※3 | 備考 |
| | | | 都度※2 | 包含※2 | 都度※2 | | |
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | | 配膳・下膳・食事毎見守り・一部又は前介助 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | | トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応。おみつ交換、日6回程度及び適宜対応 |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 2 なし | | | | | 週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助 |
| 特浴介助 | 1 あり | 2 なし | | | | | 週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | | 適宜対応 |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | | 必要に応じ、随時機能訓練指導員により身体状況に応じた指導 |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 30分550円 | 協力医療機関へは適時対応 協力病院以外は有料 |
| 口腔衛生管理 | 1 あり | 2 なし | | | | | 年2回、口腔衛生状態・口腔機能評価を実施 |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 1回550円 | 週2回、左記以外有料 |
| リネン交換 | 1 あり | 2 なし | | | | | 週1又は必要に応じ対応 |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 1回550円 | 週2回、左記以外有料 |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 1回550円 | 健康状態により居室配膳・下膳。左記以外有料 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 2 なし | | | | | |
| おやつ | | 1 あり | ○ | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | | 実費 | 要望委実施 |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 30分550円 | 週1回指定日。左記以外有料 |
| 役所手続き代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 30分550円 | 週1回指定日。左記以外有料 |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | | 実費 | 年2回実施 |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | | 随時 |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | | | | | 随時 |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | | 随時 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 2 なし | | | | | 毎日実施 |

| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
|---------------|------|------|---|---|---------|--------------------------|
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 30分550円 | 協力医療機関へは適時対応。協力医療機関以外は有料 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 協力医療機関へは週1回又は適時対応。 |
| 入院中の見舞い訪問 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 30分550円 | 協力医療機関へは適時対応。協力医療機関以外は有料 |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3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含まれる場合と、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。