

## 重要事項説明書

作成日 令和3年 4月 1日

## 1 事業主体概要

|             |  |
|-------------|--|
| 事業主体名       | 社会福祉法人 一燈会   |
| 代表者名        | 理事長 山室 淳   |
| 所在地         | 神奈川県中郡二宮町一色1435-1  |
| 電話番号／FAX番号  | 0463-73-3373 / 0463-33-3375  |
| ホームページアドレス  | http://www.ittokai.or.jp   |
| 設立年月日       | 平成元年 5月 22日  |
| 直近の事業収支決算額※ | (収益) 2,498百円 (費用)2,473百円 (損益) 49.5百円                               |
| 会計監査人との契約   | <input type="checkbox"/> 無・有( )                                    |
| 他の主な事業      | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、通所介護、通所リハビリテーション、訪問介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設 |

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

## 2 施設概要

|             |                             |  |
|-------------|-----------------------------|--|
| 施設名         | ザ・プライム開成みなみ                 |  |
| 所在地         | 神奈川県足柄上郡開成町みなみ5丁目4番地17      |  |
| 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)<br>②住宅型 3 健康型            |
|             | 居住の権利形態                     | ①利用権方式 2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |
|             | 入居時の要件<br>(その他の条件)          | 1 自立 ②要介護 3 要支援・要介護<br>4 自立・要支援・要介護<br>( )     |
|             | 介護保険                        | 1 県指定介護保険特定施設<br>(番号 指定年月日 )<br>②介護保険在宅サービス利用可 |
|             | 居室区分                        | ①全室個室 (夫婦居室含む) 2 相部屋あり                         |
|             | 提携ホームの利用等                   | 無・有( )   |
| 開設年月日       | 平成 30年 10月 1日               |  |
| 管理者氏名       | 中野 桂                        |  |
| 電話番号／FAX番号  | 0465-85-3255 / 0465-85-3266 |  |
| メールアドレス     | nagano@kaisei.ittokai.or.jp |  |
| 交通の便        | 小田急線 開成駅より 徒歩10分            |  |
| ホームページアドレス  | http://www.ittokai.or.jp    |  |

|            |                             |  |                                     |       |                         |    |
|------------|-----------------------------|--|-------------------------------------|-------|-------------------------|----|
| 敷地概要       | 権利形態                        | 所有(一部借地) ・ 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                        | 1973.12 m <sup>2</sup>                                     |                                     |       |                         |    |
|            | 抵当権の設定                      | 無 ・ 有  |                                     |       |                         |    |
| 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)                | 年 月 日～ 年 月 日   |                                     |       |                         |    |
|            | (通常借家契約における自動更新条項の有無)       | 無・有  |                                     |       |                         |    |
|            | 建物の構造                       | 鉄骨造 地上5階建 (耐火) ・ 準耐火 ・ その他                                 |                                     |       |                         |    |
|            | 延床面積                        | 3332.12 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム 1679.95 m <sup>2</sup> ) |                                     |       |                         |    |
|            | 建築年月日                       | 平成 30 年 9 月 1 日建築  |                                     |       |                         |    |
| 改築年月日      | 年 月 日改築                     |  |                                     |       |                         |    |
| 建築確認時の主要用途 | 有料老人ホーム ・ その他( )            |  |                                     |       |                         |    |
|            | 抵当権の設定                      | 無 ・ 有  |                                     |       |                         |    |
| 居室概要       | 居室総数 50 室 定員 50 人(一時介護室を除く) |  |                                     |       |                         |    |
|            | ① 全室個室 ・ 2 相部屋あり            |  |                                     |       |                         |    |
| (内訳)       |                             | 定員   | トイレ                                 | 浴室    | 面積                      | 室数 |
|            | Aタイプ                        | 1  | 無 ・ 有                               | 無 ・ 有 | 13.2<br>5m <sup>2</sup> | 50 |
|            |                             |  |                                     |       |                         |    |
|            |                             |  |                                     |       |                         |    |
|            |                             |  |                                     |       |                         |    |
| 共用設備概要     | 食堂                          | 無 ・ 有 ( 3.4.5 階・65.21m <sup>2</sup> ×3)                    |                                     |       |                         |    |
|            | 浴室                          | 一般浴槽   | 無 ・ 有 (4.5 階・13.04 m <sup>2</sup> ) |       |                         |    |
|            |                             | リフト浴   | 無 ・ 有 ( 3 階・15.53 m <sup>2</sup> )  |       |                         |    |
|            |                             | ストレッチャー浴   | (無) ・ 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )       |       |                         |    |
|            | 便所                          | 無 ・ 有 ( 3・4・5 階・ m <sup>2</sup> )                          |                                     |       |                         |    |
|            | 洗面設備                        | 無 ・ 有 (3・4・5 階・ m <sup>2</sup> )                           |                                     |       |                         |    |
|            | 医務室(健康管理室)                  | 無 ・ 有 (3・4・5 階・9.11 m <sup>2</sup> )                       |                                     |       |                         |    |
|            | 談話室                         | (無) ・ 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )                              |                                     |       |                         |    |
|            | 面談室                         | 無 ・ 有 ( 3 階・ m <sup>2</sup> )                              |                                     |       |                         |    |
|            | 事務室                         | 無 ・ 有 ( 1 階・ m <sup>2</sup> )                              |                                     |       |                         |    |
|            | 洗濯室                         | 無 ・ 有 ( 3・4 階・ 9.11 m <sup>2</sup> )                       |                                     |       |                         |    |
|            | 汚物処理室                       | 無 ・ 有 (3・4・5 階・ m <sup>2</sup> )                           |                                     |       |                         |    |
|            | 看護・介護職員室                    | 無 ・ 有 (3・4・5 階・ m <sup>2</sup> )                           |                                     |       |                         |    |
|            | 機能訓練室                       | 無 ・ 有 ( 3・4・5 階)<br>他の共用施設との兼用 無・有 (食堂 )                   |                                     |       |                         |    |
|            | 健康・生きがい施設                   | (無) ・ 有 ( 階)   |                                     |       |                         |    |
|            | 緊急通報設備                      | 無 ・ 有  |                                     |       |                         |    |
|            | エレベーター                      | 無 ・ 有 (ストレッチャー搬入可 1 基)                                     |                                     |       |                         |    |

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
|                     | 居室のある区域の廊下幅  | ( 2.01 m ~ 2.01 m)                                 |
| 消防設備概要              | 消火器 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> )  | 自動火災報知設備 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> ) |
|                     | 火災通報設備 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> )   | スプリンクラー (無・ <input checked="" type="checkbox"/> )  |
|                     | 防火管理者 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> )  | 防災計画 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> )     |
| 危険区域の指定状況           | ① 無  |  |
|                     | 指定されている危険区域  |  |
|                     | 2 有<br>1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ( )   |  |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 | クリニック (医療法人 あじさい会、292.52㎡) ・ 薬局 (きずな薬局、62.11㎡) ・ 美容室 (株式会社ケア・ドゥ 38.63㎡) ・ リハビリスタジオ・鍼灸サロン (弊社運営 103.93㎡) ・ 学習塾 (株式会社ケア・ドゥ85.70㎡) ・ 病児保育室 (弊社運営47.68㎡) 通所介護事業所 (弊社運営105.20㎡) ・ 定期巡回随時対応型訪問介護事業所 (弊社運営38.71㎡) |  |

### 3 利用料概要

#### (1) 料金プラン

|                |  |   |          |      |          |          |
|----------------|--|---|----------|------|----------|----------|
| 支払い方式          | 前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式         |   |          |      |          |          |
| 敷金             | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 65,000 円、家賃相当額の 1 か月分) |   |          |      |          |          |
| プラン名           | 月額利用料  | (内訳)  |          |      |          |          |
|                |  | 家賃  | 管理費      | 介護費用 | 食費       | 光熱水費     |
| 料金プラン          | 169,800 円  | 65,000 円  | 45,000 円 | 0    | 49,800 円 | 10,000 円 |
| 月額利用料の算定根拠     | 家賃   | 施設利用料   |          |      |          |          |
|                | 管理費  | 共用部の光熱水費、共用施設の維持管理費、事務管理費、厨房管理費、生活サービス等に係る人件費及び上記に係る備品、消耗品費 |          |      |          |          |
|                | 介護費用   |   |          |      |          |          |
|                | 食費   | 食材及び調理にかかる水道光熱費、人件費<br>(3 日前までに欠食の申出があった場合には、欠食分の減額あり)      |          |      |          |          |
|                | 光熱水費   | 水道、電気、Wi-Fi 使用料   |          |      |          |          |
| 前払金            |  | 無   |          |      |          |          |
| 算定根拠           |  |   |          |      |          |          |
| 償却開始日          |  |   |          |      |          |          |
| 返還対象としない額      |  |   |          |      |          |          |
| 契約終了時の返還金の算定方法 |  |   |          |      |          |          |
| 短期解約の返還金の算定    |  |   |          |      |          |          |

|         |       |             |
|---------|-------|-------------|
| 方式      |       |             |
| 返還期限    |       |             |
| 保全措置    | 無 ・ 有 | 保全措置の内容 ( ) |
|         |       | 無の場合の理由 ( ) |
| その他留意事項 |       |             |

(2) 月額利用料の取扱い

|         |   |
|---------|---|
| 支払日     | 毎月1回、月末締め、翌月10日ごろの請求書発行。<br>・ 同月25日までに口座振替、27日指定口座振込又は現金払い    |
| 支払方法    | ・ 期日までに法人指定口座に振込又は施設事務所にて現金払い<br>・ お客様指定口座振替（銀行・郵便引落）         |
| その他留意事項 | ・ 郵便引落につきましては、ご利用翌月の27日に引落としになり万が一引落が出来ない場合、指定口座への振込をお願い致します。 |

(3) 契約解約手続き

|                |           |   |
|----------------|-----------|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 条件：       | 本契約を将来にわたって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に、本契約を解除することがあります。<br>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき<br>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば滞納するとき<br>三 入居契約書第20条の規定に違反し是正しないとき<br>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき |
|                | 手続き：      | 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。<br>一 契約解除の通告について90日の勧告期間をおく<br>二 全豪の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける<br>三 解除勧告予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人と協議し、移転先の確保に協力する。   |
|                | 約予告期間 ( ) | 90 日)   |
| 入居者からの解約予告期間   |           | 30 日  |

(4) その他共通事項

|                             |       |   |
|-----------------------------|-------|---|
| 利用料の改定                      | 条件    | 事業者は、消費者物価指数及び人件費等を換算し費用の改定を行う場合があります。                |
|                             | 手続き方法 | あらかじめ入居者又は身元引受人に通知した上で運営懇談会の意見を聴き、同意を得たうえで改定するものとします。 |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い |       | ① 減額なし<br>② 日割り計算で減額                                  |

|                |                            |    |                                    |
|----------------|----------------------------|----|------------------------------------|
|                | 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |    |                                    |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 家賃・管理費                     |    |                                    |
| 体験入居の取扱い       | 1 無                        |    |                                    |
|                | 2 有                        | 期間 | 最長 7泊8日                            |
|                |                            | 費用 | 1泊2日 8,800円/日 (税込) (介護保険の適用はありません) |

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

|                       |   |                            |  |
|-----------------------|---|----------------------------|--|
| 運営に関する方針              | <p>(1) 入居者主体の「自分らしい暮らし」を継続できる様、一燈会の企業理念である「生きがい燈そう」を実践していく。「要介護状態であっても入居者がそれを負に感じない」「介護者が負に感じさせない」過不足のない支援を行う。また、職員は入居者の個性・精神状況・身体的状況に十分な心配りを怠らず、その時々で「入居者の真のニーズ」を的確に捉え支援していく。</p> <p>(2) 施設の従業員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようケアプランに基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行う。</p> <p>(3) 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、その他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する。</p> |                            |  |
| サービスの提供内容の特色          | 『ザ・プライム開成みなみ』では運営に関する方針に示した、一燈会理念である「生きがい燈そう」を実践し「お客様一人一人が歩んでこられた人生に敬意を払い、それぞれの生活に満足と安心を提供する。   |                            |  |
| サービス提供の状況※            |   |                            |  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護         | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有  | 健康管理の供与                    | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 食事の提供                 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有  | 安否確認又は状況把握サービス             | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与          | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有  | 生活相談サービス                   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費   | 共用施設の利用料及び維持管理費用、居室設備品の使用量 |  |
|                       | 食費  | 食材費、調理にかかる人件費              |  |
|                       | その他   |                            |  |
| 業務の委託状況               | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有  | 委託先 (株式会社ケア・ドゥ)            |  |
|                       |   | 委託内容 (利用者の食事の提供)           |  |

|                                  |   |                        |
|----------------------------------|---|------------------------|
| 安否確認の方法・頻度等                      | 別紙 介護サービス一覧表による                           |                        |
| サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 保険名 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社) |

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所       | 入居されている居室にて介護を実施します。ただし、心身の状況により居室を移動する場合があります。   |
| 入居後に居室又は施設を住み替える場合         | <p>1 一時介護室なし</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>2 別の居室へ住み替える場合<br/>適切な介護サービス提供の為、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いたうえで、居室を変更して頂くことがあります。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室へ変更となります。また、追加費用はありません。</p> <p>3 提携ホームなし</p> <p>入居者からの住み替えの申し込み<br/>現居室からの補修費用をお支払いいただきます。</p> |
| 判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等 |   |

(3) 医療の提供状況等

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 協力医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容   | 名 称  | あじさい内視鏡クリニック                               |
|                            | 診療科目   | 消化器内科・内科                                   |
|                            | 所在地  | 開成町みなみ5-4-17                               |
|                            | 距離及び所要時間   | 0km 徒歩1分                                   |
|                            | 協力内容   | 随時診察、病状急変等による24時間オンコール対応<br>定期健診(年1回)、健康相談 |
| 協力歯科医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容 | 名 称  | あじさい歯科クリニック                                |
|                            | 所在地  | 開成町延沢695-1                                 |
|                            | 距離及び所要時間   | 2km 車で3分                                   |
|                            | 協力内容   | 月1回健診                                      |
| 入居者が医療を要する場合の対応※           | <p>通院—協力医療機関への通院同行は、1時間につき1,500円(税別)</p> <p>入院—入退院の同行は1時間につき2,000円(税別)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の判断を基本として、入居者及びご家族と話し合いいただき、希望する病院に入院となります。</li> <li>・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払い下さい</li> <li>・入院に係る費用は入居者の負担となります。</li> <li>・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また、週1回の清掃を行います。</li> </ul> |  |

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(令和3年7月1日現在)

|        |         | 職員数 |     | 夜間勤務職員数<br>(17時～翌8時)<br>(最少人数) | 備考<br>(兼務・委託等) |
|--------|---------|-----|-----|--------------------------------|----------------|
|        |         | 常勤  | 非常勤 |                                |                |
| 従業者の内訳 | 管理者     | 1   |     |                                |                |
|        | 生活相談員   |     |     |                                |                |
|        | 介護職員    | 0   |     |                                |                |
|        | 看護職員    |     |     |                                |                |
|        | 機能訓練指導員 |     |     |                                |                |
|        | 理学療法士   |     | 0.6 |                                |                |
|        | 作業療法士   |     | 0.6 |                                |                |
|        | その他     |     |     |                                |                |
|        | 計画作成担当者 |     |     |                                |                |
|        | 栄養士     |     |     |                                |                |
|        | 調理員     |     |     |                                |                |
|        | 事務職員    | 3   |     |                                |                |
|        | その他職員   | 4   |     | 1                              |                |
| 合計     | 4       | (4) |     |                                |                |

(2) 職員の状況

|                         |               | 他の職務との兼務 |     | 無 ・ 有      |     |       |     |         |     |         |     |
|-------------------------|---------------|----------|-----|------------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
|                         |               | 資格等      |     | 1 無<br>2 有 |     |       |     |         |     |         |     |
|                         |               | 資格等の名称   |     | 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             |               |          |     |            |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数             |               |          |     |            |     |       |     |         |     |         |     |
| 業務に従事した経年数に<br>応じた職員の人数 | 1年未満          |          |     |            |     |       |     |         |     |         |     |
|                         | 1年以上<br>3年未満  |          |     |            |     |       |     |         |     |         |     |
|                         | 3年以上<br>5年未満  |          |     |            |     |       |     | 2       |     |         |     |
|                         | 5年以上<br>10年未満 |          |     |            |     |       |     |         |     |         |     |
|                         | 10年以上         |          |     |            |     |       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況           |               |          |     | 1 あり       |     | 2 なし  |     |         |     |         |     |

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

|         |   |              |     |
|---------|---|--------------|-----|
| 社会福祉士   | 人 | 介護職員実務者研修修了者 | 人   |
| 介護福祉士   | 人 | 介護職員初任者研修修了者 | 人   |
| 介護支援専門員 | 人 | 資格なし         | 4 人 |

6 入居状況等

( 令和3 年 7 月 1 日現在)

|          |                           |      |  |
|----------|---------------------------|------|--|
| 入居者数及び定員 | 48 人 (定員 50 人)            |      |  |
| 入居者の状況   | 男 性 21 人、女 性 27 人         |      |  |
|          | 自 立 0 人                   |      |  |
|          | 要支援 0 人                   | (内訳) | 要支援 1 人<br>要支援 2 人   |
|          | 要介護 48 人                  | (内訳) | 要介護 1 10 人<br>要介護 2 14 人<br>要介護 3 12 人<br>要介護 4 8 人<br>要介護 5 4 人 |
| 平均年齢     | 歳 (男性 84.09 歳、女性 85.78 歳) |      |  |

7 退去状況等

|               |         |          |                                  |
|---------------|---------|----------|----------------------------------|
| 前年度における退去者の状況 | 退去先別の人数 | 自宅等      | 2 人                              |
|               |         | 社会福祉施設   | 1 人                              |
|               |         | 医療機関     | 10 人                             |
|               |         | 死亡者      | 2 人                              |
|               |         | その他      | 1 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 | 16 人<br>(解約事由の例) 上記、死亡にて退居以外の申し出 |

8 その他運営体制

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| 運営懇談会の実施状況                                   | 1 無  |                                   |
|  | 2 有  | 1 代替措置あり ( アンケート実施1回/年 書面によって同意 ) |
|  |  | 2 代替措置なし                          |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>                        |                                   |
| 苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)              | 施設及び本社<br>・ 施設相談窓口—管理者 (中野 桂) 0465-85-3255<br>・ 本社 (一燈会 サポートオフィス) 0465-83-5588 |                                   |



|  |   |   |
|--|---|---|
|  | 施設及び本社で解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。<br>・公益社団法人全国老人ホーム協会<br>TEL:03-3548-1077<br>・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課<br>TEL : 045-329-3477<br>・神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課<br>TEL : 045-210-1111 (代表)<br>・開成町保健福祉部 保険健康課<br>TEL:0465-84-0320 |   |
| 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）      | 対応マニュアルに基づいて、応急処置、協力医療機関との連携、もしくは他の医療機関への救急搬送を行うと共に、担当者から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。  |   |
| 生活保護受給者の受入れ対応                          | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 可   |   |
| 身元引受人の条件及び義務等                          | 身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要な時には、入居者の身柄を引き取ります。  |   |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況 | 協会への加入  | <input type="checkbox"/> ・ 有                                      |
|  | 入居者基金への加入   | <input 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       | 1 無   |   |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 有   | 実施日<br>令和3年2月<br>結果の開示<br>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況                          | <input checked="" type="checkbox"/> 無   |   |
|  | 2 有   | 実施日   |
|  |   | 評価機関名称  |
| 結果の開示                                  | 無 ・ 有   |   |
| 看取りの対応                                 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>   |   |

## 9 情報開示

|              |            |  |       |
|--------------|------------|--|-------|
| 入居希望者等への情報開示 | 重要事項説明書の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付） | 2 非公開 |
|              | 入居契約書の公開   | <input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付） | 2 非公開 |
|              | 管理規程の公開    | <input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付） | 2 非公開 |
|              | 財務諸表の公開    | <input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付） | 2 非公開 |
|              | 事業収支計画の公開  | <input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付） | 2 非公開 |

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無 ）

| 区分                      | 自立                                   |               |              | 要支援 1～2                                      |              |        | 要介護 1～5                                  |              |            |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|--|--------------|--------|--|--------------|------------|
|                         | 提供サービスの別                             | 利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス |        | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス |            |
| サービスの提供内容等              | 提供方法（回数等）                            | 提供方法（回数等）     | 金額（単価）       | 提供方法（回数等）                                    | 提供方法（回数等）    | 金額（単価） | 提供方法（回数等）                                | 提供方法（回数等）    | 金額（単価）     |
| <b>1. 介護サービス</b>        |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ①巡回                     |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・昼間 7時～21時              | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 4時間毎（体調を考慮）                              |              |            |
| ・夜間 21時～7時              | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 3時間毎（対応を考慮）                              |              |            |
| ②食事介助                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    | 1対1で30分以上は   | 1,000円（税別） |
| ③排泄                     |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・排泄介助                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    | 1対1で30分以上は   | 1,000円（税別） |
| ・おむつ交換                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    | 1対1で1時間以上は   | 2,000円（税別） |
| ④入浴等                    |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・清拭                     | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ・一般浴介助                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ・特浴介助                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ⑤身辺介助                   |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・体位交換                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ・居室からの移動                | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ・衣類の着脱                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ・身だしなみ介助                | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ⑥機能訓練                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 適宜対応                                     |              |            |
| ⑦通院の介助                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  | 希望時（職員付添）    | 1,620円/30分 |
| ⑧緊急時対応                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  |              |            |
| <b>2. 生活サービス</b>        |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ①家事                     |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・清掃                     | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 適宜対応                                     |              |            |
| ・洗濯                     | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    | 希望時          | 100円/回     |
| ②居室配膳・下膳                | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 必要時対応                                    |              |            |
| ③理美容                    | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 適宜対応                                     |              |            |
| ④代行                     |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・買物                     | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  | 希望時          | 2,000円/30分 |
| ・役所手続                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  | 希望時          | 1,620円/回   |
| <b>3. 健康管理サービス</b>      |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・健康診断                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  | 年1回          | 実費         |
| ・健康相談                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 適宜対応                                     |              |            |
| ・生活指導                   | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 適宜対応                                     |              |            |
| ・医師の往診                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  | 2回/月         | 実費         |
| <b>4. 入退院時、入院中のサービス</b> |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・入退院時の同行                | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        |  | 希望時          | 2,000円/1時間 |
| <b>5. その他サービス</b>       |                                      |               |              |  |              |        |  |              |            |
| ・レクリエーション               | <input checked="" type="radio"/> 有・無 |               |              |  |              |        | 適宜対応                                     |              |            |

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

## 神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

| No. | 指針項目           | 設備の有無 | 適合・不適合 | 不適合となっている項目についてチェック   | 備考(代替措置・改善計画等) |
|-----|----------------|-------|--------|---|----------------|
| 1   | 居室<br>(一時介護室)  |       | 適合     | <input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。<br><input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。<br><input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。  |                |
| 2   | 食堂             | 有     | 適合     | <input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。  |                |
| 3   | 浴室             | 有     | 適合     | (居室内に設置していない場合)<br><input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。<br>(要介護者等を入居対象とする場合)<br><input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。                                       |                |
| 4   | 便所             | 有     | 適合     | <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。<br><input type="checkbox"/> 手すりがない。<br>(居室内に設置していない場合)<br><input type="checkbox"/> 居室の近くにない。<br><input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 |                |
| 5   | 洗面設備           | 有     | 適合     | (居室内に設置していない場合)<br><input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。   |                |
| 6   | 汚物処理室          | 有     | 適合     | <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。  |                |
| 7   | 面談室            | 有     | 適合     | <input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。   |                |
| 8   | 医務室<br>(健康管理室) | 有     |        |   |                |
| 9   | 看護・介護職員室       | 有     |        |   |                |
| 10  | 機能訓練室          | 有     |        |   |                |
| 11  | 談話室            | 無     |        |   |                |
| 12  | 洗濯室            | 有     |        |   |                |
| 13  | エレベーター         | 有     |        |   |                |
| 14  | スプリンクラー        | 有     |        |   |                |
| 15  | 健康・生きがい<br>施設  | 無     |        |   |                |
| 16  | 緊急通報装置         | 有     | 適合     | (未設置箇所)<br><input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室<br><input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所                         |                |
| 17  | 廊下             |       | 適合     | <input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。<br>※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。   |                |
| 18  | 居室等の出入口        |       | 適合     | <input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。  |                |

## その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。