

重要事項説明書

作成日 令和3年7月1日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社アンビス
代表者名	代表取締役 柴原慶一
所在地	東京都中央区八重洲二丁目7番2号
電話番号／FAX番号	03-6262-5105 / 03-6262-5106
ホームページアドレス	https://amvis.co.jp/
設立年月日	平成25年9月11日
直近の事業収支決算額※	(収益) 9,175百万円 (費用) 7,495百万円 (損益) 1,679百万円
会計監査人との契約	無・有 (金子公認会計士税理士事務所)
他の主な事業	なし

※ 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	医心館 小田原	
所在地	神奈川県小田原市成田501-3	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付（一般型・外部サービス利用型） ② 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 ④ 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) ② 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	① 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無・有 ()
開設年月日	令和2年11月24日	
管理者氏名	吉田 玲奈	
電話番号／FAX番号	0465-46-9862 / 0465-46-9863	
メールアドレス	ishinkan_odawara@amvis.co.jp	
交通の便	朝ドレフアーミ前(箱根登山バス)下車 徒歩4分	
ホームページアドレス	https://amvis.co.jp/	

敷地概要	権利形態	所有 ・ 借地				
	(借地の場合の契約形態)	通常借地契約 ・ 定期借地契約				
敷地概要	(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				
敷地概要	敷地面積	1,636 m ²				
	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 3階建 (耐火) ・ 準耐火 ・ その他				
	延床面積	1,624.55m ² (うち有料老人ホーム1,624.55m ²)				
	建築年月日	令和2年10月30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 52室 定員 52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	13.66m ² ～ 13.75m ²	52
	Bタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	Cタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	Dタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
共用設備概要	食堂	無 ・ 有 (1階 ・ 147.07m ²)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有 (1階 ・ 4.18m ²)			
		リフト浴	無 ・ 有 (階 ・ m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ 有 (1階 ・ 37.67m ²)			
	便所	無 ・ 有 (1～3階 ・ m ²)				
	洗面設備	無 ・ 有 (各居室、便所 ・ m ²)				
	医務室(健康管理室)	無 ・ 有 (1～3階 ・ 各9.31m ²)				
	談話室	無 ・ 有 (1階 ・ 147.07m ²)				
	面談室	無 ・ 有 (1階 ・ 13.66m ²)				
	事務室	無 ・ 有 (1階 ・ 16.81m ²)				
	洗濯室	無 ・ 有 (1階 ・ 26.76m ²)				
	汚物処理室	無 ・ 有 (1～3階 ・ 2.00～3.59m ²)				
	看護・介護職員室	無 ・ 有 (2,3階 ・ 各16.81m ²)				
	機能訓練室	無 ・ 有 (1階 ・ 147.07m ²) 他の共用施設との兼用 無 ・ 有 (食堂、談話室)				
	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	(1.8 m)
消防設備概要	消火器 (無・有)	自動火災報知設備 (無・有)
	火災通報設備 (無・有)	スプリンクラー (無・有)
	防火管理者 (無・有)	防災計画 (無・有)
危険区域の指定状況	1 無	
	指定されている危険区域	
	① 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要	株式会社アンビス 指定訪問介護 (事業所番号: 1472207032) 株式会社アンビス 指定訪問看護 (事業所番号: 1462290807)	

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 ・ 有 (生活保護受給者のみ 123,000 円、家賃相当額の3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
通常プラン	95,400 円	42,000 円	21,000 円	0 円	32,400 円	0 円
生活保護プラン	94,400 円	41,000 円	21,000 円	0 円	32,400 円	0 円
月額利用料の算定根拠	家賃	オーナーに支払う賃料、近隣有料老人ホームの家賃相場を勘案の上決定しています。				
	管理費	設備備品の維持管理費				
	介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。				
	食費	一日 1,080 円 (税込) × 30 日				
	光熱水費	管理費に含みます。				
前払金		円				
算定根拠						
償却開始日						
返還対象としない額						
契約終了時の返還金の算定方法						
短期解約の返還金の算定方式						
返還期限						
保全措置	無 ・ 有	保全措置の内容 ()				
		無の場合の理由 ()				

その他留意事項	
---------	--

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	支払は前月 26 日から当月 25 日ごとに計算し、翌月末日までに請求しますので、翌々月末日までにお支払い下さい。
支払方法	支払いは原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件	<p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが契約をこれ以上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、本契約を解除することができることとします。</p> <p>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</p> <p>二 利用料その他金銭の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 第19条の規定に違反し、是正しないとき</p> <p>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</p> <p>五 入居者自ら又は第三者を利用して、次に掲げる行為をしたとき</p> <p>ア 入居者又は職員に対して脅迫的な言動又は暴力を用いる行為</p> <p>イ 偽計又は威力を用いて事業者の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為</p>
	手続き	<p>上記の規定に基づき契約解除を行う場合、事業者は次の各号に掲げる対応を行います。</p> <p>一 契約解除にあたり、原則として90日程度の予告期間をおく。</p> <p>二 入居者及び身元引受人等に弁明の機会を与える。</p> <p>三 移転先がない場合、入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。ただし、事業者側が移転先の確保を約束するものではありません。</p> <p>上記条件の第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p>
	解約予告期間（	90日）
入居者からの解約予告期間		30日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	老人福祉法および関連する制度の改訂、消費者物価指数等社会情勢を鑑み実施する。
--------	----	--

	手続き方法	費用の改定にあたっては、オーナーへ支払う賃料、近隣有料老人ホームの家賃相場、施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上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 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	1週間程度
		費用	1日につき2,000円 (例) 1泊2日の場合、2,000円×2=4,000円 2泊3日の場合、2,000円×3=6,000円

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	医療依存度が高い方々が安心して暮らせる場所をめざします。医療依存度が高い方のための医療特化型の新しい住まいです。 かかりつけ医の継続、かかりつけ医による往診・訪問診療の継続が可能。主治医がいない場合も、病状に適した在宅医療のドクターをご紹介します。ケアマネジャーも今の担当者をそのまま継続していただけます。担当者がいない場合は、ご紹介します。 低価格ホテルコストプランの実現入居費用を安く抑えており、在宅療養にかかる費用負担を軽減することができます。		
サービスの提供内容の特色	ホーム連携先の訪問看護師が常時対応可能です。併せて介護職員と連携し入居者の見守り体制を強化しています。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・有	健康管理の供与	無・有
食事の提供	無・有	安否確認又は状況把握サービス	無・有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・有	生活相談サービス	無・有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	フロントサービス、郵便物、宅配便の取り次ぎ、居室電球交換、共有フロアの維持管理、健康管理：都度	
	食費	配膳下膳：毎食	
	その他		
業務の委託状況	無・有	委託先（株式会社沼尾）	

		委託内容（洗濯業務）
安否確認の方法・頻度等	入居者の容態に応じ、適宜巡回により安否確認を実施	
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・有	保険名（施設管理者賠償責任保険、介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおいニッセイ同和損害保険株））

※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	各居室
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	

(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	小田原ホームクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県小田原市栄町2-4-4 石井ビル3F
	距離及び所要時間	距離：3.63 km 所要時間：15分
	協力内容	訪問診療、健康診断等
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応※		

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

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(令和3年7月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員				
	介護職員	16	1	2	兼務：指定訪問介護事業所
	看護職員	15	3	3	兼務：指定訪問看護事業所
	機能訓練指導員				
	理学療法士				

	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員		4		
	事務職員	1	1		
	その他職員				
合 計	33	9	5		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務					無 ・ 有					
	資格等	① 無									
		② 有									
	資格等の名称		介護職員初任者研修								
	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			9		9						
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			9		9					
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 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		1人
介護福祉士		6人	介護職員初任者研修修了者		2人
介護支援専門員		人	資格なし		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	35人 (定員 52人)				
入居者の状況	男性 20人、女性 15人				
	自立 人				
	要支援	人	(内訳)	要支援1	人
			要支援2	人	

	要介護 35人	(内訳)	要介護1 3人 要介護2 4人 要介護3 8人 要介護4 9人 要介護5 11人
平均年齢	79.8歳 (男性 79.8歳、女性 80.0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	人	
		社会福祉施設	人	
		医療機関	人	
		死亡者	10人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
				人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人

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 () 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 ・ 有
苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情担当責任者 (ホーム) : 施設責任者 0465-46-9862 ・ 苦情担当責任者 (法人) : 株式会社アンビス事業支援部 03-6262-5105 ・ その他 : 小田原市福祉健康部高齢介護課 0465-33-1841 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 045-210-1111
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)	主治医・消防・警察と相談し協力医療機関と連携し速やかに対応する。ご家族へは電話連絡を速やかに行い医師の指示に従い対応していく。
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ 〇
身元引受人の条件及び義務等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者は、身元引受人をあらかじめ定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由があると認められる場合には、定めなくともよいこととします。 ・ 身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者と協議し、必要ときは入居者の身柄を引き取るものとします。

	・身元引受人は、入居者がお亡くなりになった場合、ご遺体及び慰留金品を引きとるものとします。		
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	無 ・ 有	
	入居者基金への加入	無 ・ 有	
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 無		
	② 有	実施日	随時
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	① 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
結果の開示		無 ・ 有	
看取りの対応	無 ・ 有		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	② 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（閲覧・写し交付）	② 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

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

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）	
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 時～ 時	有・無	随時	—	随時	—	—	随時	—	—	
・夜間 時～ 時	有・無	随時	—	随時	—	—	随時	—	—	
②食事介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
③排泄										
・排泄介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・おむつ交換	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
④入浴等										
・清拭	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・一般浴介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・特浴介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・居室からの移動	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・衣類の着脱	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・身だしなみ介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑥機能訓練	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑦通院の介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
⑧緊急時対応	有・無	24時間対応	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有・無	週1回	—	週1回	—	—	週1回	—	—	
・洗濯	有・無	—	都度	150円/日	—	都度	150円/日	—	都度	150円/日
②居室配膳・下膳	有・無	都度	—	—	都度	—	都度	—	—	
③理美容	有・無	—	都度	実費	—	都度	実費	—	都度	実費
④代行										
・買物	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・役所手続	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無	—	年2回	実費	—	年2回	実費	—	年2回	実費
・健康相談	有・無	随時	—	—	随時	—	随時	—	—	
・生活指導	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
・医師の往診	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	
5. その他サービス										
・レクリエーション	有・無	要望に応じて	—	—	要望に応じて	—	—	要望に応じて	—	

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

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

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

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

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <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) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	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 (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	有			
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 施設	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
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。