

## 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	有限会社 介護の家 なのはな苑
代表者名	取締役 高木 伊勢代
所在地	神奈川県足柄下郡湯河原町吉浜1887
電話番号/FAX番号	0465-63-8313 / 0465-60-3166
ホームページアドレス	—
設立年月日	2003年 5月 12日
直近の事業収支決算額※	(収益)53,249,445円 (費用)49,672,276円 (損益)3,577,169円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (山田義廣税理士)
他の主な事業	介護保険指定事業所・訪問介護

※ 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	介護の家 なのはな苑	
所在地	神奈川県足柄下郡湯河原町吉浜1887	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付（一般型・外部サービス利用型） <input checked="" type="checkbox"/> 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ( )
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日 ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( )
開設年月日	2003年 5月 12日	
管理者氏名	松山 美恵子	
電話番号/FAX番号	0465-63-8313 / 0465-60-3166	
メールアドレス	nanohanaen@mua.biglobe.ne.jp	
交通の便	湯河原駅よりコミュニティバス ゆうゆうの里下車徒歩5分	
ホームページアドレス	—	

敷地概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借地				
	(借地の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約				
	(借地の場合の契約期間)	2005年5月10日～ 2022年5月9日				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
	敷地面積	m <sup>2</sup>				
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
建物概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家				
	(借家の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	2005年5月10日～2022年5月9日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
	建物の構造	造 階建(耐火・準耐火・その他)				
	延床面積	170.1 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム m <sup>2</sup> )				
	建築年月日	昭和62年 4月30日建築				
	改築年月日	平成15年 4月 日改築				
	建築確認時の主要用途	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他( )				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有			
居室概要	居室総数 8室 定員 8人(一時介護室を除く)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	10.1m <sup>2</sup>	1
	Bタイプ	1	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	10.5m <sup>2</sup>	5
	Cタイプ	1	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	11.1m <sup>2</sup>	1
	Dタイプ	1	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	11.3m <sup>2</sup>	1
共用設備概要	食堂	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 25m <sup>2</sup> )				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 9m <sup>2</sup> )			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )			
	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 7m <sup>2</sup> ) 共用				
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 7m <sup>2</sup> ) 共用				
	医務室(健康管理室)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )				
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 18m <sup>2</sup> ) 共用				
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 18m <sup>2</sup> ) 共用				
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 14m <sup>2</sup> )				
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階外 ・ 5m <sup>2</sup> ) 共用				
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階外 ・ 5m <sup>2</sup> ) 共用				
	看護・介護職員室	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )				
	機能訓練室	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階) 他の共用施設との兼用 無 ・ 有 ( )				
	健康・生きがい施設	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階)				
	緊急通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (ストレッチャー搬入可 基)					
居室のある区域の廊下幅	( 1.2m ~ m)					
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)				
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)				
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)				

危険区域の指定状況	1 <input type="checkbox"/> 無	指定されている危険区域 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ( )
	2 <input type="checkbox"/> 有	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要		

### 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	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 円、家賃相当額の 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
Aタイプ	130,000	50,000	15,000	—	50,000	15,000
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
		※生活保護プランとして住居扶助費及び生活扶助受給額の上限額で設定 (市町村の級地区分によって金額は異なります。)				
月額利用料の算定根拠	家賃	借家代金				
	管理費	生活支援費 (洗濯、掃除、消耗品)				
	介護費用	—				
	食費	3食提供 おやつ2回 (デザート・飲み物)				
	光熱水費	電気代・下水道代・冷暖房等				
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	月額利用料その他の請求は、翌月末日まで
支払方法	振込または現金払い
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（ 入居契約書第17条による ）
	手続き（ ）
	解約予告期間（ ）日
入居者からの解約予告期間	7 日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	—	
	手続き方法	—	
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	—		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 有	期間	
		費用	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	おひとりおひとりを大切にし受容すること。 人格を尊重し心のふれあいを持って対応する。 安らぎと安定、快適な中で穏やかな生活を送って頂く。 誇れる職場の創設。		
サービスの提供内容の特色	看護師の常勤配置（夜間は問題に応じた連絡による対応及び処置が可能） 地域の各行事参加（お祭り、花火大会等）地域観光課との交流 寄付など。広報のイベント参加		
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"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>

食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	生活支援費（洗濯・掃除・消耗品）	
	食費	3食提供、おやつ2回（デザート・飲み物）	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（株式会社 キヨミ）	
		委託内容（副食のみ 2食）	
安否確認の方法・頻度等	部屋への訪問、声掛け 適宜		
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"/>	保険名（あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険）	

※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	居室で行います。身体状況によっては、居室が変わることもあります。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	身体状況により、より適切なサービスを受けるため本人及び家族と相談して移動する。

## (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	梅園ヘルスケアクリニック
	診療科目	内科・外科
	所在地	熱海市梅園町 15-12
	距離及び所要時間	車で 25 分
	協力内容	月 2 回往診
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※	通院…同行します。交通費は利用者負担となります。 入院…医師の指示に従って入居者と家族との話し合いによって、希望する病院へ入院となります。（入院中の居室利用権は存続します。入院中の病院と	

のサポートを行います。

※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	4	7	4	介護福祉士
	看護職員	1	2		
	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	2	1		
	事務職員	1			
	その他職員	—			
合計	9	10			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有								
	資格等	1 無									
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			1		1						
前年度1年間の退職者数				1	1						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満			2	3						
	10年以上	2	2	2	4						
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	2 人	介護職員初任者研修修了者	9 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	8 人 (定員 8 人)		
入居者の状況	男性	8 人	
	女性	8 人	
	自立	1 人	
	要支援	0 人	(内訳) 要支援 1 人 要支援 2 人
要介護	8 人	(内訳) 要介護 1 人 要介護 2 人 要介護 3 1 人 要介護 4 2 人 要介護 5 5 人	
平均年齢	89 歳 (男性 歳、女性 89 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	0 人	
		社会福祉施設	0 人	
		医療機関	0 人	
		死亡者	3 人	
		その他	0 人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0 人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	0 人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無 2 有 <input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり (書面によって説明と同意を得る) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	施設相談員 松山美恵子 Tel0465-63-8313 当社での解決が困難な場合は次の第三者機関及び行政に相談することができます。 ① かながわ福祉サービス運営適正化委員会 Tel 045-311-8861 ② 湯河原町介護課 Tel0465-63-2111 (代表)

事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故対応マニュアルに沿って応急措置、協力医療機関である梅園ヘルスケアクリニックへの連絡。または救急要請を行い、他の医療機関に搬入を行うとともに速やかにご家族、行政への連絡を行います。又事故の検証を行い今後の防止策を図ります。		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可		
身元引受人の条件及び義務等	契約に基づいて入居者の事業者に対する債務について履行の責を負います。最終的には入居者の身柄をお引取り致します。		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	3月6月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/> 1 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"/> 1 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"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・〇無）

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9時～19時	有	適宜対応			適宜対応			適宜対応		
・夜間 19時～9時	有				適宜対応			適宜対応		
②食事介助										
	有				一部・全介助			一部・全介助		
③排泄										
・排泄介助	有				適宜対応			適宜対応		
・おむつ交換	有				3時間毎・必要時			3時間毎・必要時		
④入浴等										
・清拭	有				希望時・入浴不可時			希望時・入浴不可時		
・一般浴介助	有				適宜対応			適宜対応		
・特浴介助	無									
⑤身辺介助										
・体位交換	有				適宜対応			適宜対応		
・居室からの移動	有				適宜対応			適宜対応		
・衣類の着脱	有				適宜対応			適宜対応		
・身だしなみ介助	有				適宜対応			適宜対応		
⑥機能訓練										
⑦通院の介助	有				適宜対応			適宜対応		
⑧緊急時対応	有				必要時対応			必要時対応		
<b>2. 生活サービス</b>										
①家事										
・清掃	有				毎日			毎日		
・洗濯	有				週3回			週3回		
②居室配膳・下膳										
	有				適宜対応			適宜対応		
③理美容										
	有				適宜対応			適宜対応		
④代行										
・買物	有				適宜対応			適宜対応		
・役所手続	有				適宜対応			適宜対応		
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有					年2回	実費		年2回	実費
・健康相談	有				月1回			月1回		
・生活指導	無									
・医師の往診	有					月2回	実費		月2回	実費
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・入退院時の同行	有					必要時(職員付添い)	交通費実費		必要時(職員付添い)	交通費実費
<b>5. その他サービス</b>										
・レクリエーション	無									

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)		不適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input checked="" 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	不適合	(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 checked="" type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	介助を行いながら、一般浴槽にて対応。
4	便所	有	不適合	<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 checked="" 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)	無			
9	看護・介護職員室	無			
10	機能訓練室	無			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	無			
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	不適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input checked="" type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		不適合	<input checked="" 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		不適合	<input checked="" 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。