

第2号様式(第6条第1項)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成30年4月1日

1 事業主体概要

事業主体名	工藤建設株式会社
代表者名	代表取締役 工藤 英司
所在地	神奈川県横浜市青葉区新石川4丁目33番地10
電話番号/FAX番号	045-911-5736/045-911-5737 (介護事業運営本部)
ホームページアドレス	http://www.kudo.co.jp/
資本金(基本財産)	8億6750万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	㈱トップ (53.49%)、工藤英司 (2.99%)、工藤隆司 (2.98%)
設立年月日	昭和46年7月1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 17,769百万円 (費用) 17,083百万円 (損益) 686百万円 *数値は単位未満切捨て表示としますので、損益の計算は百万円相違します。
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="radio"/> 有(有限責任監査法人トーマツ)
他の主な事業	介護保険指定事業(通所介護、認知症対応型共同生活介護) 総合建設業 不動産業 建物総合管理業

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

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

2 施設概要

施設名	フローレンスケア宿河原	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="radio"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="radio"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1475401202 指定年月日 平成19年12月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="radio"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・ <input checked="" type="radio"/> 介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="radio"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	3:1以上 要介護認定を受けている方に対して、現在及び将来にわたって、要介護者3人に対して職員1人以上の割合(年度ごとの平均値)で介護に当たります。 なお、職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また、常時要介護者3人に職員が1人お世話するものではありません。

	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()																											
開設年月日	平成19年12月1日																												
施設の管理者氏名	日川 深雪																												
所在地	川崎市多摩区宿河原6丁目12番地29																												
電話番号	044-930-6521																												
交通の便 ※3	J R南武線 宿河原駅 徒歩8分																												
ホームページアドレス	http://www.good-care.jp/																												
敷地概要 ※4	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 (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 797.81 m ²																												
建物概要	権利形態 所有 ・ <u>借家</u> (借家の場合の契約形態) <u>通常借家契約</u> ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成18年4月1日～平成38年3月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <u>有</u> 建物の構造 鉄骨造3階建 <u>耐火</u> ・ 準耐火 ・ その他 延床面積 1,342,21m ² (うち有料老人ホーム1,342,21m ²) 建築年月日 昭和63年6月30日建築 改築年月日 平成14年6月1日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u> ・ その他()																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 40 室 定員 43 人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>40 室</td> <td>15.5m²～ 19.3m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>3 室</td> <td>29.1m²～ 35.6m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>1人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>1室</td> <td>15.5m²～ 15.5m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>1人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>			居室定員	室数	面積	居室	個室	40 室	15.5m ² ～ 19.3m ²	うち2人定員	3 室	29.1m ² ～ 35.6m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	1人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	一時介護室	個室	1室	15.5m ² ～ 15.5m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	1人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	40 室	15.5m ² ～ 19.3m ²																										
	うち2人定員	3 室	29.1m ² ～ 35.6m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	1人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
一時介護室	個室	1室	15.5m ² ～ 15.5m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	1人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 1階 (72.67m²)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽 設置階 1階 (31.62m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>リフト浴 設置階 - (-)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴 設置階 - (-)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 各居室及び1階に共用</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 各居室及び1階に共用</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 2階 (15.5m²)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 1階 (9.05m²)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階 1階 (8.20m²)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 1階</td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階 1階 (8.72m²)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階 1階</td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td>設置階 2階</td> </tr> </table>		食堂	設置階 1階 (72.67m ²)	浴室	一般浴槽 設置階 1階 (31.62m ²)	浴室	リフト浴 設置階 - (-)	ストレッチャー浴 設置階 - (-)	便所	設置箇所 各居室及び1階に共用	洗面設備	設置箇所 各居室及び1階に共用	医務室(健康管理室)	設置階 2階 (15.5m ²)	談話室	設置階 1階 (9.05m ²)	面談室	設置階 1階 (8.20m ²)	事務室	設置階 1階	洗濯室	設置階 1階 (8.72m ²)	汚物処理室	設置階 1階	看護・介護職員室	設置階 2階		
食堂	設置階 1階 (72.67m ²)																												
浴室	一般浴槽 設置階 1階 (31.62m ²)																												
浴室	リフト浴 設置階 - (-)																												
	ストレッチャー浴 設置階 - (-)																												
便所	設置箇所 各居室及び1階に共用																												
洗面設備	設置箇所 各居室及び1階に共用																												
医務室(健康管理室)	設置階 2階 (15.5m ²)																												
談話室	設置階 1階 (9.05m ²)																												
面談室	設置階 1階 (8.20m ²)																												
事務室	設置階 1階																												
洗濯室	設置階 1階 (8.72m ²)																												
汚物処理室	設置階 1階																												
看護・介護職員室	設置階 2階																												

	機能訓練室	設置階 1階 (19.17㎡) 他の共用施設との兼用 無・有 (談話室)
	健康・生きがい施設	設置階 — (m ²)
	エレベーター ※5	1 基 (うちストレッチャー搬入可1基)
	スプリンクラー	設置箇所全館 (居室・廊下・共用部)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.5m～ 1.1m)
消防用設備等	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 (水害・土砂災害を含む)	無・有
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室及び共用施設 (浴室、共同トイレ) にナースコールを設置 安否確認の方法・頻度等 2時間に1回の居室見回り	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合 (指定居宅介護支援を含む) は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	月払い方式	選択方式
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		
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のうえ実施する。	
	手続き方法	運営懇談会で意見を聴いた上で行う。	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金は一括支払い。月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。
敷金	無 有 (円、家賃相当額の か月分)

<p>前払金 (介護費用の前払金を除く)</p>	<p>スタンダードプラン 2,000,000円 ミドルプラン 5,000,000円 ロングライフプラン 17,100,000円</p> <p>法第29条第6項に規定される前払金</p>
<p>想定居住期間又は償却期間</p>	<p>スタンダードプラン 60ヶ月 ミドルプラン 60ヶ月 ロングライフプラン 60ヶ月</p>
<p>算定の基礎 (内訳)</p>	<p>・終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を入居一時金として一括して受領するもの 入居一時金の額＝月額家賃相当額×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 ※家賃相当額とは 当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等を勘案して算出しています。 ※想定居住期間とは 「確率的に入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間」として、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均寿命等を参考に設定しています。 ※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とは、想定居住期間を超え入居者の全員が退去する時点までの予測家賃額です。</p>

<p>解約時の返還金（算定方法等）</p>	<p>・償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。 （入居一時金 - 初期償却分）÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>・償却期間を超える場合、返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。</p> <p>A・B・Cタイプ（全タイプ）スタンダードプラン (200万円-59万円)÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>A・B・Cタイプ（全タイプ）ミドルプラン (500万円-146万円)÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>Aタイプ ロングライフプラン (1,060万円-310万円) ÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>Bタイプ ロングライフプラン (1,510万円-445万円) ÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>Cタイプ ロングライフプラン (1,710万円-504万円) ÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>（契約締結日から三月以内の契約解約による返還金について） 前払金償却期間の起算日から三月以内において、本契約第30条に基づく入居者の解約の申し出がなされた場合および本契約第28条第一号に定める入居者の死亡による解約の場合は、本契約第34条に係らず、居室明け渡し日までの本契約第2条に定める目的施設の利用対価として、1日当たり（管理費、食費）の実費分および第31条に定める原状回復費用を事業者を支払うことで契約を終了できるものとします。事業者は当該費用の支払いおよび居室の明け渡しを受けた後90日以内に、受領済みの前払金から、（家賃の月額を30で除した額）×（入居日から契約終了日までの日数）に相当する額を控除した額を返還することとします。</p>
<p>返還の対象とならない額の有無</p>	<p>無・<input checked="" type="radio"/>有 (590,000～5,040,000円)</p>
<p>初期償却の開始日</p>	<p>・入居日の翌日を起算日とし、その3月後の応当日</p>
<p>介護費用の前払金</p>	<p>円 ～ 円</p>
<p>算定の基礎（内訳）</p>	
<p>解約時の返還金（算定方法等）</p>	
<p>返還の対象とならない額の有無</p>	<p>無・有（ 円）</p>

初期償却の開始日							
月額利用料	145,800円～404,300円（一人入居の場合） 286,200円～485,300円（二人入居の場合）						
年齢に応じた金額設定	○無 有						
要介護状態に応じた金額設定	○無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	Aタイプ スタ ンダードプラン 247,300円	81,000円		64,800円	—	101,500円	—
	Aタイプ ミド ルプラン 211,800円	81,000円		64,800円	—	66,000円	—
	Aタイプ ロン グライフプラン 145,800円	81,000円		64,800円	—	0円	—
	Bタイプ スタ ンダードプラン 359,200円	140,400円		64,800円	—	154,000円	—
	同上（夫婦） 440,200円	156,600円		129,600円	—	154,000円	—
	Bタイプ スタ ンダードミドル プラン 323,700円	140,400円		64,800円	—	118,500円	—
	同上（夫婦） 440,200円	156,600円		129,600円	—	118,500円	—
	Bタイプ ロン グライフプラン 205,200円	140,400円		64,800円	—	0円	—
	同上（夫婦） 286,200円	156,600円		129,600円	—	0円	—
	Cタイプ スタ ンダードプラン 404,300円	162,000円		64,800円	—	177,500円	—
	同上夫婦プラン 485,300円	178,200円		129,600円	—	177,500円	—
	Cタイプ ミド ルプラン 368,800円	162,000円		64,800円	—	142,000円	—
	同上夫婦プラン 449,800円	178,800円		129,600円	—	142,000円	—
	Cタイプ ロン グライフプラン 226,800円	162,000円		64,800円	—	0円	—

	同上夫婦プラン 307,800円	178,200円		129,600円	—	0円	—
算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の人的費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人的費・事務費・光熱水費、目的施設の維持管理費です。					
	介護費用	入居後に自立となった場合(要支援・要介護と認定されなかった場合)、生活支援費として月額73,440円をお支払いいただくことにより、継続してご利用になります。その場合、前払金の取扱いについての変更はありません。					
	食費	<ul style="list-style-type: none"> ・食材料費 29,160円 ※一人あたり (朝食259円、昼食324円、夕食(おやつ含む)389円) ※食材料費は1日3食で972円となるため、972円×喫食日数30日の場合、29,160円となります。 ・厨房管理費 35,640円 ※一人あたり 食事部門の人的費、設備・備品代(調理具・食器等)です。 					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等勘案して算出しています。					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、週3回以上の入浴、協力医療機関以外への通院介助、洗濯(ドライクリーニング)、理美容、週1回を超える買物代行、役所手続き代行、医療費、健康診断、協力医療機関以外への移送、レクリエーションの材料費、行事食の通常食との差額、水道料金の家事用料金と業務用料金との差額						

介護保険に係る利用料
※13
(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
要介護1	196,840円	19,684円 (1割)
		39,368円 (2割)
要介護2	219,449円	21,945円 (1割)
		43,890円 (2割)
要介護3	243,461円	24,347円 (1割)
		48,693円 (2割)
要介護4	265,738円	26,574円 (1割)
		53,148円 (2割)
要介護5	289,397円	28,940円 (1割)
		57,880円 (2割)

各種加算の状況

個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
身体拘束適正化未実施減算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I)イ
		(I)ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V

介護保険に係る利用料
 ※13
 (適用を受ける場合は、
 市区町村から交付され
 る「介護保険負担割合
 証」に記載された利用
 者負担の割合に応じた
 額)

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
要支援1	70,173 円	7,018 円 (1割)
		14,035 円 (2割)
要支援2	115,057 円	11,506 円 (1割)
		23,012 円 (2割)

各種加算の状況

個別機能訓練加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
身体拘束適正化未実施減算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I)イ
		(I)ロ
		(II)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	毎月の請求による月払い						
敷金	○無 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	280,800円 ~ 437,800円 (一人入居の場合) 473,700円 ~ 518,800円 (二人入居の場合)						
年齢に応じた金額設定	○無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	○無 ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	Aタイプ 280,800円	81,000円		64,800円	—	135,000円	—
	Bタイプ 392,700円	140,400円		64,800円	—	187,500円	—
	Bタイプ(夫婦) 473,700円	156,600円		129,600円	—	187,500円	—
	Cタイプ 437,800円	162,000円		64,800円	—	211,000円	—
	Cタイプ(夫婦) 518,800円	178,200円		129,600円	—	211,000円	—
算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費・光熱水費、目的施設の維持管理費です。					
	介護費用	入居後に自立となった場合(要支援・要介護と認定されなかった場合)、生活支援費として月額73,440円をお支払いいただくことにより、継続してご利用になれます。その場合、前払金の取扱いについての変更はありません。					
	食費	<ul style="list-style-type: none"> ・食材料費 29,160円 ※一人あたり (朝食259円、昼食324円、夕食(おやつ含む)389円) ※食材料費は1日3食で972円となるため、972円×喫食日数30日の場合、29,160円となります。 ・厨房管理費 35,640円 ※一人あたり 食事部門の人件費、設備・備品代(調理具・食器等)です。 					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等勘案して算出しています。					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、週3回以上の入浴、協力医療機関以外への通院介助、洗濯(トライクリーニング)、理美容、週1回を超える買物代行、役所手続き代行、健康診断、医療費、協力医療機関以外への移送、レクリエーションの材料費、行事食の通常食との差額						

介護保険に係る利用料
 ※13
 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
要介護1	196,840 円	19,684 円 (1割)
		39,368 円 (2割)
要介護2	219,449 円	21,945 円 (1割)
		43,890 円 (2割)
要介護3	243,461 円	24,347 円 (1割)
		48,693 円 (2割)
要介護4	265,738 円	26,574 円 (1割)
		53,148 円 (2割)
要介護5	289,397 円	28,940 円 (1割)
		57,880 円 (2割)

各種加算の状況

個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
身体拘束適正化未実施減算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)	
	区 分	月 額
	要支援1	70,173円
	要支援2	115,057円
	利用者負担額 (割の場合)	
		7,018円 (1割)
		14,035円 (2割)
		11,506円 (1割)
		23,012円 (2割)
	各種加算の状況	
個別機能訓練加算	(無) 有	
生活機能向上連携加算	(無) 有	
若年性認知症入居者受入加算	(無) 有	
口腔衛生管理体制加算	(無) 有	
栄養スクリーニング加算	(無) 有	
医療機関連携加算	(無) 有	
身体拘束適正化未実施減算	(無) 有	
認知症専門ケア加算	(無) 有	
サービス提供体制強化加算	(I)	
	(II)	
	(I) イ	
	(I) ロ	
	(II)	
介護職員処遇改善加算	(I)	
	II	
	III	
	IV	
	V	

(4) 共通事項

改定ルール(勘案する要素及び改定手続等)	神奈川県に係わ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行う。
前払金の返還金の保全措置	無 有 保全措置の内容(みずほ信託銀行前払金分別信託による保全) 無の場合の理由()
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 有の場合の保険名(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式会社)
消費税の対象外とする利用料等	入居一時金及び家賃相当額
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	無 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入

する。

光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・私達は介護高齢者をお客様とし、確かな介護サービスを提供します。 ・私達は介護高齢者の尊厳を守り、自由を尊重します。 ・私達は介護高齢者と地域社会に貢献します。
サービスの提供内容に関する特色	<p>ふれあい生活型ホームとして、ホーム全体が温かい雰囲気の中でサービスを提供いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの定着率が高く、安定したサービス提供ができます。 ・周辺環境に恵まれており、1対1の外出(散歩)が定着しています。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料(介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く)に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	小規模修繕、フロント業務、管理・入居相談業務
	食費	三食の提供、おやつ、配下膳
	その他	
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	<p>別添1 介護サービス等の一覧表による</p> <p>※入居者が希望すれば、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスに代え、その他の介護サービスを利用することも可能です。</p>	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添1 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14		
苦情解決の体制(相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等) ※15	<p>施設及び運営本部</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設受付担当者 岩本 恵子 TEL 044-930-6521 ・施設解決担当者 日川 深雪 TEL 同上 ・運営本部担当窓口 TEL 045-911-5736 	

	<p>第三者機関、行政等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL 0570-022110 (苦情専用) ・ 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 TEL 044-200-2678 (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)	<p>事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関である鷺沼ファミリークリニックを通して紹介病院への搬入もしくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、ホーム長もしくはリーダー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。</p>
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="radio"/>
損害賠償 (対応方針及び損害保険契約の概要等)	<p>事業者が故意又は重大な過失が存在する場合には、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。又、天災、事変その他不可抗力により入居者が受けた損害、災難については、事業者は一切の損害賠償責任を負いません。</p>
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基金制度への加入状況	<p>協会への加入 <input checked="" type="radio"/>・有</p> <p>入居者基金への加入 <input checked="" type="radio"/>・有</p>

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 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	<p>入居している居室で介護します。</p> <p>ただし、心身の状況により居室の移動をして頂く場合があります。</p>
入居後住居に替居る又は合施設	<p>居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)</p> <p>—</p> <p><u>介護居室から他の介護居室への住み替え</u> 入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本人及び身元引受人に相談の上、医師の意見をふまえて介護場所の変更を行います。その場合、居室の原状回復費用等の追加費用が発生する場合があります。 <u>入居者からの住み替え申し込み</u> 現居室の補修費用をお支払いいただきます。</p>

	提携ホームへ住み替える場合（同上）	—
--	-------------------	---

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	鷺沼ファミリークリニック
	診療科目	内科
	所在地	川崎市宮前区鷺沼 3-2-6 鷺沼センタービル 6F
	距離及び所要時間	約 4.0km、車で 15 分
	協力内容	月 2 回の往診と 24 時間対応、緊急時の医療及び入院施設の紹介を行います。
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	日航ビル歯科室
	診療科目	歯科
	所在地	川崎市川崎区日進町 1 川崎日航ホテルビル 6F
	距離及び所要時間	約 10km、車で 35 分
	協力内容	口腔衛生・指導・治療・緊急時受入れ、他の医療機関への紹介を行います。
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）	<p>通院—協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院—医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合いいただき、協力医療機関への紹介病院または希望する病院に入院となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費、厨房管理費及び家賃相当額をお支払ください。 ・協力医療機関の紹介病院への入退院の移送・同行に係わる費用は、月額利用料に含みます。 ・入院に係わる費用は入居者の負担になります。 ・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。 	

7 入居状況等

（平成 29 年 7 月 1 日現在）

入居者数及び定員	34 人（定員 43 人）		
入居者の状況	男 性	6 名	女 性 28 名
	自 立	— 人	
	要介護	32 人	(内訳) 要介護 1 7 人 要介護 2 4 人 要介護 3 7 人 要介護 4 10 人 要介護 5 4 人

	要支援 2人	(内訳) 要支援1 1人 要支援2 1人
平均年齢	87.74歳(男性80.3歳、女性89.3歳)	
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	2回 平成28年12月 参加者11名(家族11名、入居者0名) 平成29年6月 参加者14名(家族14名、入居者0名) 入居者の状況・サービスの提供状況・ホームの収支状況等	

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(平成29年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (20時～翌7時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 ()	/		生活相談員兼務	
	生活相談員	2 ()				
	直接処遇職員	20 (6)		18.0		
	介護職員	17 (4)		15.6	2	
	看護職員	3 (2)		2.4		機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員	2 (2)				
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	2 (2)				看護師兼務
	計画作成担当者	1 ()				生活相談員兼務
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	5 (4)				
	事務職員	2 ()				
	その他職員	5 (5)				
合計	34 (16)					

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

注3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

注4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務	1 あり 2 なし	
	兼務に係る資格等	1 あり	
	資格等の名称	介護福祉士	

		2 なし									
		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		0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
業務に 応じた 従事し た職員 の経験 年数	1年未満			3							
	1年以上 3年未満			2							
	3年以上 5年未満	1		2	1						
	5年以上 10年未満			2	2	1				1	
	10年以上		2	4	1				2		
従業者の健康診断の実施状況					①あり 2 なし						

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	5.7	5.0	2.0
要介護者の人数	33.5	34.7	32.0
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	12	12	12
配置している直接処遇職員の人数 ※17	17.7	17.7	18.0
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合	2.0 : 1	2.0 : 1	1.8 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40 時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	7 : 00 ~ 16 : 00
		日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
		中番	10 : 00 ~ 19 : 00
		遅番	11 : 00 ~ 20 : 00
		夜勤	17 : 30 ~ 9 : 30
	看護職員	日勤	9 : 00 ~ 18 : 00

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	人 (人)
介護福祉士	12 人 (人)	介護職員初任者研修修了者	6 人 (人)
介護支援専門員	1人 (人)	資格なし	人 (人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況 (自立・要支援・要介護) 等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ おおむね65歳以上で、要支援及び要介護の方 ・ 身元引受人をたてただけの方 ・ 入居一時金及び月額利用料等の諸経費をお支払いただける方 ・ 健康保険に加入しておられる方 ・ 共同生活が送れる方
身元引受人等の条件及び義務等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 ・ 事業者は、入居者の日常生活に関して必要に応じ、身元引受人と連絡・協議等に努めるものとします。 ・ 事業者は、入居者が要支援又は要介護状態にある場合には、入居者の日常生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 ・ 身元引受人は、入居契約書第34条第3項及び第39条で定める返還金受取人を兼ねることができます。返還金受取人を兼ねる場合は、同契約書表題部(3)に定める返還金受取人として記名押印をします。 ・ 身元引受人は、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行うものとします。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本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に、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</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 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞したとき</p> <p>三 第3条第4項の規定に違反したとき</p> <p>四 第20条の規定に違反したとき</p> <p>五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p>

	<p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除通告に伴う予告期間中に、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等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する <p>3 本条第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく <p>4 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めにかかわらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 第46条（月払いプラン）もしくは第47条（入居一時金プラン）の各号の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 三 第20条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき <p>参考：入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）</p> <p>1 入居者は、目的施設の利用にあたり、目的施設又はその敷地内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 銃砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入・使用・保管する 二 大型の金庫、その他重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付ける 三 排水管その他を腐食させるおそれのある液体等を流す 四 テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑を与える 五 猛獣・毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を飼育する 六 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供する 七 目的施設又はその周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、付近の住民又は通行人に不安を与える 八 目的施設に反社会的勢力を入居させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせる <p>2 入居者は、目的施設の利用にあたり、事業者の承諾を得ることなく、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また、事業者は、他の入居者からの苦情その他の場合に、その承諾を取り消すことがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 鑑賞用の小鳥、魚等であって、明らかに近隣に迷惑をかける恐れのない動物以外の犬、猫等の動物を目的施設又はその敷地内で飼育する 二 居室及びあらかじめ管理規程に定められた場所以外の共用施設又は敷地内に物品を置く 三 目的施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行う 四 目的施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模
--	---

		<p>様替え、敷地内において工作物を設置する</p> <p>五 管理規程等において、事業者がその承諾を必要と定めるその他の行為を行う</p> <p>3 入居者は、目的施設の利用にあたり、次の各号に掲げる事項については、あらかじめ事業者と協議を行うこととします。事業者は、この場合の基本的考え方を管理規程等に定めることとします。</p> <p>一 入居者が1か月以上居室を不在にする場合の、居室の保全、連絡方法、各種費用の支払いとその負担方法</p> <p>二 入居者が第三者を付添・介助・看護等の目的で居室内に同居させる場合の、各種費用の支払いとその負担方法</p> <p>三 事業者が入居者との事前協議を必要と定めるその他の事項</p> <p>4 入居者が、第1項から第3項までの各項の規定に違反若しくは従わず、事業者又は他の入居者等の第三者に損害を与えた場合は、事業者又は当該の第三者に対して損害賠償責任が生ずることがあります。</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業所に届けるものとします。</p> <p>2 入居者が、前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます</p> <p>一 第46条（月払いプラン）もしくは47条（入居一時金プラン）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自らまたは役員が反社会的勢力に該当したとき</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">退去者の状況 前年度における</p>	<p>退去先別の人数</p>	自宅等	0人
		社会福祉施設	1人
		医療機関	1人
		死亡者	7人
		その他	1人
	<p>生前解約の状況</p>	<p>施設側の申し出</p>	<p>0人</p> <p>(解約事由の例)</p>
<p>入居者側の申し出</p>	<p>1人</p> <p>(解約事由の例)</p> <p>飼っていたペットと一緒に暮らしたいため、ペット可の施設へ転居。</p>		
<p>体験入居の期間及び費用負担等</p>		<p>1泊2日10,800円、原則7泊8日までの期間で体験入居していただきます。介護保険は適用外となります。</p>	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	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

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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 _____