重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

記入年月日	2023　年　7 月　1 日
記入者名	門脇　賢一郎
所属・職名	内部監査部行政課
取込種別	1　追加
被災確認事業所番号	

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）	そんぽけあかぶしきがいしゃ	
	ＳＯＭＰＯケア株式会社		
法人番号	法人番号有無		1　有
	法人番号		
主たる事務所の所在地	〒　104 － 0002		
	東京都品川区東品川四丁目12番8号		
連絡先	電話番号	03 － 6455 － 8560	
	FAX番号	03 － 5783 － 4170	
	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	https://　www.sompocare.com/	
代表者	氏名	鷲見　隆充	
	職名	代表取締役	
設立年月日	1997　年　5 月　26 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）	そんぽけあ　らゔぃーれ　もとすみよし
	ＳＯＭＰＯケア　ラヴィーレ元住吉	

所在地	〒 213 - 0024			
	神奈川県川崎市高津区明津59-1			
所在地（建物名等）	ＳＯＭＰＯケア　ラヴィーレ元住吉			
市区町村コード	都道府県	神奈川県	市区町村	141305 川崎市
主な利用交通手段	最寄駅	元住吉	駅	
	交通手段と所要時間	東「元住吉」駅よりバス５分「井田営業所前」		
連絡先	電話番号	044 - 750 - 1165		
	FAX番号	044 - 752 - 707		
	メールアドレス	lv_motosumiyoshi @ sompocare.com		
	ホームページ有無	1　有		
	ホームページアドレス	https://	www.sompocare.com/	
管理者	氏名	右近　幸絵		
	職名	ホーム長		
建物の竣工日		2005 年 1 月 31 日		
有料老人ホーム事業の開始日		2018 年 7 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	1475303044				
	指定した自治体名	川崎市				
	事業所の指定日	2018	年	7	月	1 日
	指定の更新日（直近）		年		月	日

3 建物概要

	敷地面積	4226.73	㎡
		２　事業者が賃借する土地の場合	
		賃貸の種別	

土地	所有関係		抵当権の有無				
			契約期間				
				開始			
					年	月	日
				終了			
					年	月	日
			契約の自動更新				
建物	延床面積	全体		3380.86	㎡		
		うち、老人ホーム部分		3380.86	㎡		
	耐火構造	1　耐火建築物					
		3　その他の場合					
	構造	1　鉄筋コンクリート造					
		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				
			契約期間	1　あり			
				開始			
				2005 年	3 月	1 日	
				終了			
				2025 年	2 月	28 日	
			契約の自動更新	1　あり			
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	20.07 ㎡	8	3　介護居室個室
タイプ２	1　有	2　無	20.07 ㎡	30	3　介護居室個室
タイプ３	1　有	2　無	20.07 ㎡	24	3　介護居室個室
タイプ４			㎡		
タイプ５			㎡		
タイプ６			㎡		

	タイプ７			㎡		
	タイプ８			㎡		
	タイプ９			㎡		
	タイプ10			㎡		

共用施設	共用便所における便房	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	1 ヶ所	個室	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	ヶ所
	食堂	1 あり		
	入居者や家族が利用できる調理設備	2 なし		
	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				

4 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	入居者の意思を尊重し、心身の特性にあわせた自立支援サービスを提供することを通じて、生活の

運営に関する方針	質の向上を目指す。また、地域とのかかわりを深め、入居者の地域での暮らしを支える。
サービスの提供内容に関する特色	自分らしく安心な暮らしに、細やかなサポートを
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施
食事の提供	2　委託
洗濯・掃除等の家事の供与	1　自ら実施
健康管理の供与	1　自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1　自ら実施
生活相談サービス	1　自ら実施

（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）		2　なし
	個別機能訓練加算（Ⅱ）		2　なし
	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		1　あり
	若年性認知症入居者受入加算		2　なし
	医療機関連携加算		1　あり
	口腔衛生管理体制加算		1　あり
	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
	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
		（Ⅱ）	2　なし
	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	2　なし
		（Ⅱ）	2　なし
		（Ⅲ）	1　あり
	介護職員処遇改善	（Ⅰ）	1　あり
		（Ⅱ）	2　なし

	介護職員処遇改善加算	(Ⅲ)	2　なし
		(Ⅳ)	2　なし
		(Ⅴ)	2　なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	2　なし
		(Ⅱ)	1　あり

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	○	救急車の手配	
	○	入退院の付き添い	
	○	通院介助	
	○	その他	※通院介助（協力医療機関に限る）

協力医療機関	1	名称	医療法人 日米会 鷺沼診療所
		住所	神奈川県川崎市宮前区有馬1-22-16
		診療科目	内科、他
		協力科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要す
	2	名称	医療法人社団 双愛会ファミリークリニック蒲田
		住所	東京都大田区蒲田4-37-14
		診療科目	内科、他
		協力科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要す
		名称	医療法人社団　檜会やまぶきクリニック

	3	住所	神奈川県川崎市幸区小倉5－5－23
		診療科目	内科、他
		協力科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要す
協力歯科医療機関	1	名称	歯科クリニック　馬車道ヒロデンタル
		住所	神奈川県横浜市中区馬車道5-25-2-16
		協力内容	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	・事業者からの申し出による移り住み（入居契約書第22条に規定あり） ・入居者または身元保証人からの申し出による移り住み（入居契約書第23条に規定あり）		
手続きの内容	同上		
追加的費用の有無	2　なし		
居室利用権の取扱い	変更後の居室に利用権が移行する		
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
	その他の変更			
		1　ありの場合		
			（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		2　なし
	要支援の者		1　あり
	要介護の者		1　あり
留意事項	入居時、原則60才以上の方で伝染性疾患のない要支援、要介護等の方。反社会的勢力に該当せず、原則として確実な保証人がいる方（前払金、家賃相当額、月々の生活費を支弁できる方）		
契約解除の内容	入居者は、事業者に対して、事業者の定める書面をもって、少なくとも解除日の３０日前に申し入れを行うことにより、本契約を解除することができる。（入居契約書第３６条に規定あり）		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第３５条に規定あり（下記解約予告期間は最短の場合）	
	解約予告期間	0	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		
		（内容）	期間：6泊7日を限度とする 費用：1泊2日（3食、間食付）11,000円（税込）その他費用（オムツ代・日用雑貨品等、実費）
入居定員	80 人		
その他	【費用負担について】 傷病により。治療および入院が必要な場合は、保険診療が適応されます。その場合の一部負担金及び保険適応外のものについては入居者の負担となります。		

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
生活相談員		1		1
直接処遇職員		17	9	22.2
介護職員		15	7	19.3
看護職員		1	2	2.9
機能訓練指導員		1	0	0.1
計画作成担当者		1	0	1
栄養士				
調理員				
事務員		1	2	
その他職員		0	10	
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		0	0
介護福祉士		8	3
実務者研修の修了者		2	0
初任者研修の修了者		1	0
介護支援専門員		0	0

（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	
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	（ 17 時 0 分 ～ 10 時 0 分 ）	
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	3 人	3 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】	c 2.5：1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）	1.9 ：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			介護福祉士			
	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	1	5	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	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	1	3	0	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満	2	0	2	2	1	0	1	0	0	0
10年以上	0	1	2	3	0	0	0	0	1	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
	4　選択方式

利用料金の支払い方式【表示事項】	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	1　あり	
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	事業者は、費用の改定にあたって、所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会において説明し、その意見を聴いて行う。

（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	要介護2	要介護2
	年齢	85 歳	85 歳
居室の状況	床面積	20.07 ㎡	20.07 ㎡
	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	9000000 円	－ 円
	敷金	－ 円	－ 円
月額費用の合計		240402 円	390402 円
	家賃	－ 円	150000 円

サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		18120 円	18120 円
	介護保険外※2	食費	70602 円	70602 円
		管理費	106700 円	106700 円
		介護費用	－ 円	－ 円
		光熱水費	5280 円	5280 円
		その他	39700 円	39700 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	支払地代家賃額を考慮し、近隣の同業種の家賃額と同水準に設
敷金	家賃の　　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。	設定なし
管理費	共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費および事務
食費	食材費：1,130円［朝食240円、昼食550円、夕食340円］（税抜
光熱水費	居室電気代：4,180円（税込）、居室水道代：1,100円（税込）
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	共用部家賃相当額…共用部の水道光熱費、減価償却費、保守管理費等、建物の維持管理に係る費用

（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	要介護度に応じて介護費用の※「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を徴収する。
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(上乗せサービス)	設定なし
※ 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		想定居住期間の家賃相当額および想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。	
想定居住期間（償却年月数）		60	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）		標準前払金の35%	円
初期償却率		35	%
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了	前払金から利用日数に応じた施設利用料を差し引いた全額を返還する。	
	入居後３月を超えた契約終了	入居日から契約終了日までの日数が5年（1,826日）未満の場合には、所定の計算に基づき算出した額を返還する。	

前払金の保全先	3　信託契約を行う信託会社等		
	1　全国有料老人ホーム協会以外の場合		
		名称	みずほ信託銀行株式会社

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	5	人
	女性	44	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	0	人
	75歳以上85歳未満	8	人
	85歳以上	41	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援１	5	人
	要支援２	5	人
	要介護１	15	人
	要介護２	7	人
	要介護３	7	人
	要介護４	7	人
	要介護５	3	人
入居期間別	６ヶ月未満	7	人
	６ヶ月以上１年未満	8	人
	１年以上５年未満	23	人
	５年以上10年未満	5	人
	10年以上15年未満	3	人
	15年以上	3	人

（入居者の属性）

平均年齢	89.8	歳
入居者数の合計	49	人
入居率※	79	%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	11 人
	医療機関	1 人
	死亡	11 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	14 人
		（解約事由の例）

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		ＳＯＭＰＯケア　お客様相談窓口						
	電話番号		0120	－	65	－	1192		
	対応している時間	平日	時	分	～	時	分		
		土曜	時	分	～	時	分		
		日曜・祝日	時	分	～	時	分		
	定休日		土曜日、日曜日、祝日、年末年始は定休日です。 この際は事業所にご連絡ください。						
窓口２									
	窓口の名称		川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課						
	電話番号		044	－	200	－	2910		
	対応している時間	平日	時	分	～	時	分		
		土曜	時	分	～	時	分		
		日曜・祝日	時	分	～	時	分		
	定休日								
窓口３									

	窓口の名称		川崎市高津区高齢・障害課							
	電話番号		044		-	861	-	3269		
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									
窓口４										
	窓口の名称		神奈川県国民健康保険団体連合会苦情専用							
	電話番号		044		-	329	-	3447		
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									
窓口５										
	窓口の名称									
	電話番号				-		-			
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									

（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	損害保険ジャパン株式会社 「企業総合賠償責任保険」
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　ありの場合		
		その内容	施設の緊急対応マニュアルに沿って、医療機関と連絡を取り適切に処理。家族及び身元保証人へ連絡し、対処方法を相談

事故対応及びその予防のための指針	

（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	3か月に1回
		結果の開示	2　なし
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	1　入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1　入居希望者に公開
財務諸表の原本	1　入居希望者に公開

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）
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	なし		
不適合事項がある			

	場合の内容	

備考

4 サービス内容　(1)全体の方針「サービスの提供内容の特色（続き）」
　お一人おひとりの状態を考慮した「カスタムメイドケア」の実践により、自立した生活の支援を致します。テクノロジーの活用により、介護における利用者の選択肢を増やし、介護職は人にしかできない介護に注力することで、利用者の自立支援、QOL向上を目指します。

6 利用料金（利用料金の支払い方法）「入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い」
・減額なし（管理費）
・日割り計算で減額（食費）
・不在期間が16日以上の場合に限り、半額請求（水光熱費）

6 利用料金（利用料金のプラン）「特定施設入居者生活介護の費用欄」に記載の金額は、基本報酬（要介護2・1日につき604単位）×30日×地域単価10.0×自己負担1割の場合（加算および地域区分別の単価は含まず）

添付書類：　別添１（別に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。