

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和元年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 Family
代表者名	武藤 久子
所在地	川崎市中原区井田杉山町12-20セレーナ元住吉203
電話番号/FAX番号	TEL:044-872-9866 / FAX:044-863-6013
ホームページアドレス	http://www.anjunosato.jp/guide.html
資本金(基本財産)	100万
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	1. 保科 真由美 (50%) 2. 武藤 久子 (50%)
設立年月日	平成 21年 2月 17日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)86,439,622円(費用)85,693,645円(損益)745,977円
会計監査人との契約	無・有(斉藤税理事務所)
他の主な事業	傷害保険に関するコンサルティング業務等

※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	まごころ	
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	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 指定介護保険特定施設 (番号、指定年月日) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・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	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	利用者 5名:ヘルパー 1名以上
	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(杏樹の里・あかしやの里 新城・あかしやの里 元住吉)
開設年月日	平成 24年 6月 1日	
施設の管理者氏名	武藤 久子	
所在地	川崎市中原区下小田中2-8-3	
電話番号/FAX番号	TEL・FAX : 044-796-5112	
メールアドレス	Family3856@yahoo.co.jp	

交通の便 ※3	南武線 武蔵中原駅より徒歩5分			
ホームページアドレス	http://www.anjunosato.jp/guide.html			
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ <u>借地</u> (借地の場合の契約形態) <u>通常借地契約</u> ・ 定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 平成28年8月20日～平成33(令和3)年8月19日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) <u>無</u> ・ 有 敷地面積 97.51㎡			
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23年8月20日～平成33(令和3)年8月19日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) <u>無</u> ・ 有 建物の構造 軽量鉄骨造 地下 階 地上3階建(耐火・ <u>準耐火</u> ・その他) 延床面積 148.36㎡ (うち有料老人ホーム 104.43㎡) 建築年月日 平成 5年 11月 建築 改築年月日 年 月 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 5室 定員 6人(一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数 面積	
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階	2階 (16.5㎡)	
	浴室	一般浴槽	設置階 2階 (3.4㎡)	
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階	(㎡)
		ストレッチャー浴	設置階	(㎡)
	便所	設置箇所	2カ所	
	洗面設備	設置箇所	1カ所	
	医務室(健康管理室)	設置階	(㎡)	
	談話室	設置階	2階 (16.5㎡)	
	面談室	設置階	2階 (同上㎡)	
事務室	設置階			
洗濯室	設置階	2階 (3.3㎡)		
汚物処理室	設置階			
看護・介護職員室	設置階			
機能訓練室	設置階	(㎡)		
	他の共用施設との兼用	無・有 ()		

	健康・生きがい施設	設置階 (m ²)
	エレベーター ※5	基(うちストレッチャー搬入可 基)
	スプリンクラー	設置箇所
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置 なし
消防用設備等	消火器	無・ <u>有</u>
	自動火災報知設備	<u>無</u> ・有
	火災通報設備	<u>無</u> ・有
	スプリンクラー	<u>無</u> ・有
	防火管理者	<u>無</u> ・有
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <u>有</u>
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 ナースコール 各居室やトイレ等 安否確認の方法・頻度等 昼間 順次巡回 夜間 最低2回	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	なし	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	杏樹の里・あかしやの里 新城・あかしやの里 元住吉 施設間移動等	

※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、営業主体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			
	手続き方法			

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	
敷金	無・有(円、家賃相当額の か月分)
前払金 (介護費用の前払金を除)	法第29条第6項に規定される前払金 円 ~ 円

く)							
想定居住期間又は償却期間							
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
介護費用の前払金	円 ～ 円						
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
月額利用料	円 ～ 円						
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
算定根拠 ※11	管理費						
	介護費用						
	食費						
	光熱水費						
	家賃相当額						
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12							

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	円	円
要介護2	円	円
要介護3	円	円
要介護4	円	円
要介護5	円	円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
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)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(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)	
看取り介護加算	(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)	(Ⅲ)
		Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
		Ⅴ

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	円	円
要支援2	円	円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(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)	
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

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	20日締め当月末日支払い 振込または請求書を発行して後日の現金支払い					
敷金	無・有 (265,000円、家賃相当額の5か月分)					
月額利用料	125,000円 ~ 207,000円					
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	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	生活保護	8,000~ 30,000円	54,000円	10,000円	53,000円	
	要介護1~5	90,000円	同上	同上	同上	
算定根拠 ※11	管理費	当人たちの介護度に合わせて変動します				
	介護費用					
	食費	54,000円 (1か月30日の例) 1食を500円とし(1日3食)+1日1度のおやつ300円				
	光熱水費	電気…4,000円 ガス…3,000円 水道…3,000円				
	家賃相当額	53,000円				
	その他	診察料・入退院費及びそれに付随するもの・薬代・オムツ等の生活必需品・介護保険負担割合証に準ずる率を負担				
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12						

<p>介護保険に係る利用料</p> <p>※13</p> <p>(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)</p>	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p>		
	区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
	要介護1	円	円
	要介護2	円	円
	要介護3	円	円
	要介護4	円	円
	要介護5	円	円
	各種加算の状況		
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	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)	
	個別機能訓練加算	(無・有)	
	夜間看護体制加算	(無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
	医療機関連携加算	(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)	
	看取り介護加算	(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	円	円	
要支援2	円	円	
各種加算の状況			
身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)		
生活機能向上連携加算	(無・有)		
個別機能訓練加算	(無・有)		
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)		
医療機関連携加算	(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)		
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

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	事業者は入居者が払うべき費用を改定すべきである場合は、事前告知や話し合いを踏まえ変更することがある
前払金の返還金の保全措置	無・ <u>有</u> 保全措置の内容 (施設内の修繕に当たったのち、状況に応じ返却することがある)
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・ <u>有</u> 有の場合の保険名(三井住友海上火災保険)
消費税の対象外とする利用料等	家賃
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）	<u>無</u> ・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	『心が癒される』サービス提供を目指して
サービスの提供内容に関する特色	痒い所に手が届く暖かなサービス

入浴、排せつ又は食事の介護	<u>1</u> 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	<u>1</u> 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<u>1</u> 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<u>1</u> 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<u>1</u> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<u>1</u> 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	人件費・事務費用等	
	食費	担当が調理し配膳 1日3食・1度のおやつ	
	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	別添 介護サービス等の一覧表による		
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 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	なし		
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	施設相談窓口 管理者 武藤 久子 TEL：044-872-9866 神奈川県保健福祉局高齢事業推進課 TEL：045-210-1111（代表） 川崎市高齢者事業推進課 TEL：044-200-2454		
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）	はなまる在宅クリニック（24h対応）に連絡し対応 ご家族等に連絡が必要な場合は、随時対応者が連絡をします		
事故発生の防止のための指針	無・ <u>有</u>		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	三井住友海上保険		
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	協会への加入	<u>無</u> ・有	
	入居者基金への加入	<u>無</u> ・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	<u>有</u>	実施日	2018年10月1日
		結果の開示	1 有 <u>2 無</u>

る取組の状況	無		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 有 2 無
	無		

※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	入居している居室や、浴場やトイレ等適した場所にて行います	
入居を居住後みに替居え室る又場合は合施設	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)	なし
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	提携医療機関の医師と診療情報や日々の生活の様子をもとに検討し、利用者本人や身元引受人、成年後見人等の同意のもと一定の経過観察の期間を経て移動します
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	提携医療機関の医師と診療情報や日々の生活の様子をもとに検討し、利用者本人や身元引受人、成年後見人等の同意のもと一定の経過観察の期間を経て移動します (弊社内 杏樹の里・あかしの里 新城 あかしの里 元住吉)

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	はなまる在宅クリニック
	診療科目	全般
	所在地	神奈川県川崎市中原区小杉御殿町 1-974-2
	距離及び所要時間	車 5分 1km
	協力内容	入居者の健康管理、緊急時対応
協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	吉武歯科医院
	所在地	川崎市中原区下小田中 3-33-10 コシンヤ 3 1F
	距離及び所要時間	徒歩 10分 1km
	協力内容	歯科検診 入れ歯等口内環境管理

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）	施設内で容態が急変した場合、上記の提携期間に指示を仰ぎます、その後の対応については担当医の方に任せ、費用等の手続きはこちらで対応します。 長期入院に関しても入院中に施設の部屋を出されるという事はありません
--	---

7 入居状況等

（令和元年 7月 1日現在）

入居者数及び定員	5人（定員 5人）		
入居者の状況	男性	3人、女性	2人
	自立	人	
	要介護	5人	（内訳） 要介護1 1人 要介護2 人 要介護3 2人 要介護4 1人 要介護5 1人
	要支援	人	（内訳） 要支援1 人 要支援2 人
平均年齢	63歳（男性 68歳、女性 82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）	年に3回を基準に開催し、基本1名を除き全利用者が参加して下さいます、内容は施設内の現状、不満、ケアやヘルパーの態度についてが、メインとなっております		

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

（令和元年 7月 1日現在）

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 （17時～翌9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名（0名）	/		
	生活相談員	1名（0名）			
	直接処遇職員	7名（3名）		1名	
	介護職員	7名（3名）		1名	
	看護職員	（ ）			
	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	()				
医師	()				
栄養士	()				
調理員	1人 (1人)				
事務職員	()				
その他職員	()				
合 計	()				

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に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		<u>1</u> あり 2 なし								
	兼務に係る資格等	<u>1</u> あり									
		資格等の名称	ヘルパー2級								
		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				3人							
前年度1年間の退職者数				2人							
業務に応じた事職員の経験年数	1年未満			1人							
	1年以上3年未満			3人							
	3年以上5年未満			7人	1人						
	5年以上10年未満			7人	3人						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<u>1</u> 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			

要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16			
配置している直接処遇職員の人数 ※17			
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	:	:	:
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	:	～ :
	日勤	:	～ :
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :
	看護職員 早番	:	～ :
	日勤	:	～ :
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :

※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	2人 (人)
介護福祉士	1人 (人)	介護職員初任者研修修了者	1人 (人)
介護支援専門員	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)	介護保険で要介護認定を受けた概ね65歳以上の方
身元引受人等の条件及び義務等	<p>入居者は、身元引き取り人を定めるものとします。 但し、定める事の出来ない相当の理由がある場合はこの限りではありません</p> <p>身元引受人は、本契約に基づく入居者の、事業者に対しての債務について入居者と連帯して履行の責を負います。</p> <p>身元引受人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き受けを行うものとします</p> <p>身元引受人は以下の事項が発生した場合にその内容を遅滞することなく事業者へ通知することを義務とします</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人の氏名が変更された場合 ・身元引受人が死亡した場合 ・身元引受人が成年後見人制度を利用することになった

		場合、又は破産等の申し立てを受ける若しくは申し立てをした場合		
生活保護受給者の受入れ対応		否・ <u>可</u>		
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		<ul style="list-style-type: none"> ・入居申し込み書に虚偽の事項を記載する等不当な手段で入居した場合 ・月額の利用料やその他支払いを正当な理由なく連続して遅滞した場合 ・施設の利用において入居者に禁止、制限している事を違反し是正しない場合 ・当入居者の行動が他の入居者に危害を及ぼす、及ぼした際、介護法に乗っ取り対応したとしてもこれを防止できない場合 ・入居した状態で行い続ける事の出来ない医療行為が発生した場合、当施設の担当医との協議の上退去し治療に当たっていただくことがあります。 <p>※上記に当てはまる場合、事前の注意勧告を経て退去を確定させ、確定後ひと月の猶予を設けます。又、その際に入居者本人や身元引受人に弁明の機会を設けます そして、移転先を本人や身元引受人で見つける事が出来ない場合、その移転先の確保に協力いたします。</p> <p>※入居者本人よりの退去の申し出に関しましては話し合いの末、同意しますが申し出なく退去した場合は、事業者が退去を確認した翌日より30日後の退去という扱いとなります。</p>		
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	0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
体験入居の期間及び費用負担等		おおよそ10日まで 1泊 5000円		

※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	重要事項説明書の公開	<u>1</u> 公開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<u>1</u> 公開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付)	2 非公開

望者等 への情 報開示 ※20	管理規程の公開	<u>1</u> 公 開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公 開 (閲覧 ・ 写し交付)	<u>2</u> 非公開
	事業収支計画の公開	1 公 開 (閲覧 ・ 写し交付)	<u>2</u> 非公開

※20 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 _____

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						1日/3回以上、但し利用者さん状況により異なる		
・夜間 時～時	有・無						1日/3回以上、但し利用者さん状況により異なる		
②食事介助	有・無						食事3回・おやつ1回		
③排泄									
・排泄介助	有・無						利用者さんの状況により異なる		
・おむつ交換	有・無						利用者さんの状況により異なる		
・おむつ代	有・無							月1回 使用分請求（他社より請求分）	
④入浴等									
・清拭	有・無						1日/3回以上、但し利用者さん状況により異なる		
・一般浴介助	有・無						1W/1回以上、但し利用者さん状況にて異なる		
・特浴介助	有・無							月に利用した回数他社より請求分	
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無						必要に応じて対応		
・居室からの移動	有・無						1日/3回以上、但し利用者さん状況により異なる		
・衣類の着脱	有・無						1日/3回以上、但し利用者さん状況により異なる		
・身だしなみ介助	有・無						1日/3回以上、但し利用者さん状況により異なる		
⑥機能訓練	有・無								
⑦通院の介助	有・無						必要に応じて対応		診療費は自費
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無						施設より、はなまる在宅クリニックに連絡		
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無						1日/1回以上、但し利用者さん状況により異なる		
・洗濯	有・無						1日/1回以上、但し利用者さん状況により異なる		
②居室配膳・下膳	有・無						1日/3回		
③理美容	有・無						1月/1回		理髪店希望者は自費
④代行									
・買物	有・無						必要に応じて対応		
・役所手続	有・無						必要に応じて対応		購入代金は自費
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無						1年/2回		
・健康相談	有・無						1日/2回、但し利用者さん状況により異なる		
・生活指導	有・無						必要に応じて対応		
・医師の往診	有・無						1月/2回、但し利用者さん状況により異なる		診療費は自費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	有・無								自費
・移送サービス	有・無								介護タクシー使用時は自費
5. その他サービス									
	有・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。

注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

川崎市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。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	共用部を共同面積として13㎡を超える様に設定
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	談話地室と共用
3	浴室	有	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> スロープがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input checked="" type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	既存建物使用の為
4	便所	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	既存建物使用の為
5	洗面設備	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	非該当	選択してください	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			談話地室と共用
8	面談室	有			談話地室と共用
9	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。	
10	看護・介護職員室	非該当	選択してください	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	無	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	談話地室と共用
12	スプリンクラー	非該当			
13	緊急通報装置	有	選択してください	(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 <input checked="" type="checkbox"/> エレベーター	エレベーターが無い為
14	廊下		不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input checked="" type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	談話地室と共用
15	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(夜間対応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。