

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 2019年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	SOMPOケア株式会社
代表者名	代表取締役 遠藤 健
所在地	〒140-0002 東京都品川区東品川4丁目12番8号
電話番号/FAX番号	03-6455-8560/03-5783-4170
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com
資本金(基本財産)	39億2516万円(2016年3月現在)
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	SOMPOホールディングス株式会社 100%
設立年月日	平成9年5月26日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)103,020百万円 (費用)98,186百万円 (損益)4,833百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、居宅サービス事業

※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	そんぼの家 新川崎	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 指定介護保険特定施設 (番号:1475101232、指定年月日:平成21年3月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	3.0:1 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(—)
開設年月日	平成21年3月1日	
施設の管理者氏名	猿渡 敦浩	
所在地	〒212-0055 神奈川県川崎市幸区南加瀬五丁目12番14号	
電話番号/FAX番号	044-580-3551/044-580-3552	
メールアドレス	shinkawasaki@sompocare.com	

交通の便 ※3	JR「川崎」駅西口から川崎臨港バス【川57】末吉橋矢向循環 「南加瀬交番前」下車徒歩5分 「新川崎」駅から川崎市バス【川83】「南加瀬交番前」下車徒歩5分			
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com			
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 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) 20年 3月 1日 ～ 40年 2月 28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：重量鉄骨造 地下：0階 地上：5階建 (<u>耐火</u> ・準耐火・その他) 延床面積：2606.68m ² (うち有料老人ホーム：2606.68m ²) 建築年月日：平成21年 1月 31日建築 改築年月日： 年 月 日改築 建築確認の用途指定：有料老人ホーム・ <u>その他</u> (高齢者専用賃貸住宅)			
居室、一時介護室の概要	居室総数：52室 定員：52人 (一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数	面積
居室	居室	個室	52室	27.62m ² ～ 27.62m ²
		うち2人定員	室	m ² ～ m ²
		2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
		人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
	一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²
		2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
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)	食堂	設置階 1階	(131.04 m ²)	
	浴室	一般浴槽	設置階 各居室	(m ²)
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階	(m ²)
		ストレッチャー浴	設置階 1階	(15.48 m ²)
	便所	設置箇所	各居室および各階に共用	
	洗面設備	設置箇所	各居室	
	医務室(健康管理室)	設置階 1階	(9.00 m ²)	
	談話室	設置階 1階	(15.48 m ²)	
	面談室	設置階 1階	(35.94 m ²)	
	事務室	設置階 1階		
	洗濯室	設置階 各階	(12.24m ² ～11.72m ²)	
	汚物処理室	設置階 各階		
	看護・介護職員室	設置階 1階		
	機能訓練室	設置階 1階	(70.62 m ²)	
		他の共用施設との兼用	<u>無</u> ・有 ()	

	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 (各居室・廊下等)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.56 m～1.86 m)
消防用設備等	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(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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、居室内トイレ・居室内浴室、及び共用トイレ・特殊浴室・脱衣所にナースコールを設置。館内で受診、及び携帯可能な小型受信機(PHS)を備える。 安否確認の方法・頻度等 巡回(夜間にも夜勤ヘルパー2名が巡回)。頻度は、居者の意向の確認、意見交換等を行い、出来る限りそれを尊重する。	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較によって著しく不相当となった場合	
	手続き方法	1カ月前に通知し、運営懇談会の説明後に同意を得て改定	

(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く)	法第29条第6項に規定される前払金 円 ~ 円						
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)
		(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)
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅲ)
			Ⅰ
			Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
			Ⅴ

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金はなし。利用料等及び介護サービス料（介護保険の介護給付費または予防給付費に対する個人負担額など）は、毎月の請求による支払い。三菱UFJファクター株式会社が提供するワイドネット（お客様からの代金を預金口座より回収するシステム）を通じて、基本利用料の翌月分を、その他の利用料と介護給付費または予防給付費に対する個人負担額の前月分を、金融機関口座から毎月27日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に引落としを行う方法により支払いを行うものとする。						
敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）						
月額利用料	229,800円（税込価格/30日の場合）						
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（円）	内 訳（円）					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	229,800	41,040		37,260	実費	151,500	
算定根拠 ※11	管理費	41,040円（税込価格） 共有部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等により算定					
	介護費用	—					
	食費	37,260円（税込価格/30日） 外泊、入院等で不在の場合、5日前までに申し出た場合に限り、不在日数に応じて食費（日額金1,242円（消費税込）：朝・昼・夕のいずれか摂れば請求）を返還する。					
	光熱水費	居室部分の電気・水道料金のみ別途実費負担					
	家賃相当額	151,500円（非課税）					
	その他	—					

月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居室部分の電気代は利用量に応じた金額（電力会社からの直接請求 ・ 居室部分の水道代は利用量に応じた金額 ・ 電話料金 ・ 医療費 ・ 個人的に外部サービスを利用した場合の料金 ・ 個人的な生活用品 ・ アクティビティにかかる費用 ・ 理美容代 ・ おむつ代 ・ 来訪者に提供される食事サービス （朝食：税込価格 292円/税抜価格 270円、昼食：税込価格 486円/ 税抜価格 450円、夕食：税込価格 464円/税抜価格 430円）
-------------------------	---

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	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (1・2割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>192,316円</td> <td>19,232円/38,464円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>214,925円</td> <td>21,493円/42,985円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>238,938円</td> <td>23,894円/47,788円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>261,214円</td> <td>26,122円/52,243円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>284,873円</td> <td>28,488円/56,975円</td> </tr> </tbody> </table> <p>各種加算の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>身体的拘束廃止取組の有無</th> <th>(減算型・<u>基準型</u>)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td>(<input checked="" type="checkbox"/>・有)</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td>(<input checked="" type="checkbox"/>・有)</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>(<input checked="" type="checkbox"/>・有)</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>(<input checked="" type="checkbox"/>・有)</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td>(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td>(I) イ</td> </tr> <tr> <td>(I) ロ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> (II)</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">(無・<input checked="" type="checkbox"/>)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>V</td> </tr> </tbody> </table> <p>介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (1・2割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>65,649円</td> <td>6,565円/13,130円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>110,533円</td> <td>11,054円/22,107円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1・2割の場合)	要介護1	192,316円	19,232円/38,464円	要介護2	214,925円	21,493円/42,985円	要介護3	238,938円	23,894円/47,788円	要介護4	261,214円	26,122円/52,243円	要介護5	284,873円	28,488円/56,975円	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	入居継続支援加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)	生活機能向上連携加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)	個別機能訓練加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)	夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	若年性認知症入居者受入加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)	医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	(I)	(II)	サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	(I) イ	(I) ロ	<input checked="" type="checkbox"/> (II)	(III)	介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I	II	III	IV	V	区 分	月 額	利用者負担額 (1・2割の場合)	要支援1	65,649円	6,565円/13,130円	要支援2	110,533円	11,054円/22,107円
区 分	月 額	利用者負担額 (1・2割の場合)																																																																	
要介護1	192,316円	19,232円/38,464円																																																																	
要介護2	214,925円	21,493円/42,985円																																																																	
要介護3	238,938円	23,894円/47,788円																																																																	
要介護4	261,214円	26,122円/52,243円																																																																	
要介護5	284,873円	28,488円/56,975円																																																																	
身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)																																																																		
退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																		
入居継続支援加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)																																																																		
生活機能向上連携加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)																																																																		
個別機能訓練加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)																																																																		
夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																		
若年性認知症入居者受入加算	(<input checked="" type="checkbox"/> ・有)																																																																		
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																		
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																		
栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																		
看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)																																																																		
認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	(I)																																																																	
		(II)																																																																	
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	(I) イ																																																																	
		(I) ロ																																																																	
		<input checked="" type="checkbox"/> (II)																																																																	
		(III)																																																																	
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I																																																																	
		II																																																																	
		III																																																																	
		IV																																																																	
		V																																																																	
区 分	月 額	利用者負担額 (1・2割の場合)																																																																	
要支援1	65,649円	6,565円/13,130円																																																																	
要支援2	110,533円	11,054円/22,107円																																																																	

割合に応じた額)	各種加算の状況		
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
	生活機能向上連携加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・有)	
	個別機能訓練加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・有)	
	医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I) イ
			(I) ロ
			<input checked="" type="checkbox"/> (II)
(III)			
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較によって著しく不相当となった場合
前払金の返還金の保全措置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 保全措置の内容 (—) 無の場合の理由 (前払い金がないため)
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"/> 有 有の場合の保険名 ((介護事業者総合賠償責任保険 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社))
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額、介護保険サービス利用に係る自己負担
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	安心・安全・健康に資する最高品質のサービスを提供する。 地域との交流を図り、地域に開かれた施設運営を行う。
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者様一人一人のライフスタイルを尊重したカスタムメイドケアを提供する。
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	共用部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等
	食費	朝食・昼食・夕食
	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	食事サービス	
	委託先	SOMPOケアフーズ株式会社
	委託内容	委託栄養士による献立の作成、及び食事の一部の製造と施設への配食。
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	入居者及び家族からの苦情は、生活相談員が担当責任者として受付窓口となり、さらに本社の「お客様相談室」でも対応を受け付ける（TEL：0120-57-2255(受付は平日9時から18時)）。さらに、適切な場所に「ご意見・ご要望カード」を設置し、迅速かつ適切に対応するよう努力する。事業所において処理し得ない内容については、次の行政機関等に相談できる。	

	川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課		TEL : 044-200-2910
	神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情専用		TEL : 045-329-3447 TEL : 0570-022110
上記の行政機関との協力により、適切な対応方法を利用者の立場にたち検討し対応する。			
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>事故発生時には、施設は以下の段階を経て事態を処理・収拾する。</p> <p>1、施設の緊急連絡体制に沿って主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。</p> <p>2、指定の家族連絡先、身元保証人へ事態を報告し、対応方法を相談する。</p> <p>また、事故についての検証を行い、今後の防止策を講じる。</p>		
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	入居者が賠償を要する損害を蒙った場合、速やかに保険による損害賠償の手続きをとり、入居者の生命、身体及び財産に対する損害に対して損害賠償責任保険により損害を賠償する。但し、不可抗力による場合、入居者に重大な過失がある場合は、施設は賠償責任を免除され、また賠償額を減額されることがある。		
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		<input type="checkbox"/> 無・有
	入居者基金への加入		<input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	・事業所内に意見箱またはご意見・ご要望カードを設置 ・3か月に1回、請求書にアンケートはがきを同封
		結果の開示	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
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
<input checked="" type="checkbox"/> 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		個人の各居室及びホーム内の共用部分
入を居住後に替居え室る又場合は施設	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)	—
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	<p>1. 事業者の都合により、事業者が運営するホームにおける居室の変更を行い場合の事務手続き、及び費用負担については、以下に準じて処理するものとする。</p> <p>(1) 同一施設内での変更については、入居者は費用負担を要しない。ただし、介護保険上の扱いが変わる場合は、事業者の指示により、入居者及び身元保証人は各種契約書等の変更等の事務手続きに協力するものとする。</p> <p>(2) 事業者が運営する、異なる施設間での変更については、入居者は費用負担を要しない。ただし、事業者の指示により、入居者及び身元保証人は退去と再入居に必要な事務手続きに協力するものとする。</p> <p>(3) 事業者の都合に基づき居室の変更を行う場合、事業者は入居者の不利益とならないように、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、入居者及び身元保証人の同意を得るものとする。</p> <p>2. 入居者または身元保証人の都合により、事業者が運営するホームにおける居室の変更を行う場合の事務手続き及び費用負担については、以下に準じて処理するものとする。</p> <p>(1) 同一施設内での変更については、入居者は今まで使っていた居室のクリーニング費用及び経年的変化を除いた入居当時の居室の状態を回復するための費用を負担し、移動後1ヶ月以内に事業者へ支払うものとする。また、介護保険上の扱いが変わる場合は、事業者の指示により、入居者及び身元保証人は各種契約書等の変更等の事務手続きに協力するものとする。</p> <p>(2) 異なる施設間での変更については、通常の退去及び入居と同様の扱いを基本とする。</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	1. 医療法人社団 檜会 川崎中原クリニック 2. 生麦病院
	診療科目	1・2. 内科
	所在地	1. 川崎市中原区西加瀬17-8 2. 神奈川県横浜市鶴見区生麦1-14-21

	距離及び所要時間	1. 2.5km (車で約10分) 2. 7.0km (車で約20分)
	協力内容	1・2. 往診医の派遣 (内科)、日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋等について提携しています。
協力歯科医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	下高井戸歯科室
	所在地	相模原市南区上鶴間本町 9-32-11
	距離及び所要時間	30.0km (車で約 45 分)
	協力内容	往診医の派遣 (歯科)
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)	通院	医療機関への通院同行は、医療保険制度で給付される以外の費用、交通費については入居者負担。
	入院	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族と話し合いの上、協力医療機関または希望する病院に入院。 ・入院に係る費用は入居者負担。 ・入院期間中は月額利用料のうち管理費及び家賃の負担が必要。 ・入院が連続して2ヶ月を超えると、または予想され場合で、復帰が目途が立たないときには、入居契約の介助を行うことが出来る。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他のホームへの入居を含めてその実現に努めるものとする。

7 入居状況等

(2019年7月1日現在)

入居者数及び定員	45人 (定員 52人)			
入居者の状況	男性	9人	女性 36人	
	自立	0人		
	要介護	38人	(内訳)	要介護1 15人
				要介護2 10人
				要介護3 4人
			要介護4 4人	
要支援	7人	(内訳)	要支援1 3人	
			要支援2 4人	
平均年齢	88.2歳 (男性 90.8歳、女性 87.5歳)			
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等)	年に2回程度実施予定。入居者の状況、サービス提供の状況、管理費・食費など収支について。			

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

(2019年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時～翌10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	1			苦情解決担当責任者	
	直接処遇職員	17(6)		15.9	2	
	介護職員	15(6)		14.0	2	内常勤1名 計画作成担当者兼務
	看護職員	2		1.9		内常勤1名 機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員	※1				看護職員兼務
	理学療法士	—				
	作業療法士	—				
	その他	※1				看護職員
	計画作成担当者	※2(1)				内常勤1名 介護職員兼務
	医師	—				
	栄養士	—				SOMPOケアフーズ ㈱へ委託
	調理員	—				SOMPOケアフーズ ㈱へ委託
	事務職員	—				本部にて一括処理
	その他職員	—				
合計	21(7)			2		

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							
			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	1		3	1						
前年度1年間の退職者数	2		4	1						

業務に従事した職員の経験年数	1年未満			1	4					
	1年以上3年未満			1	1	1				
	3年以上5年未満			2						
	5年以上10年未満	1		3	1			1		1
	10年以上	1		2					1	
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	8	5.4	7
要介護者の人数	38	41.4	38.3
指定基準上の直接処遇職員の数 ※16	14	16	14
配置している直接処遇職員の数 ※17	25.2	18.8	15.0
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数割合	1.7 : 1	2.5 : 1	2.7 : 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	11 : 00	～ 20 : 00
	遅番	12 : 00	～ 21 : 00
	夜勤	10 : 00	～ 16 : 00
	看護職員 早番	9 : 00	～ 18 : 00
	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	- 人 (- 人)
介護福祉士	5 人 (- 人)	介護職員初任者研修修了者	3 人 (- 人)
介護支援専門員	- 人 (- 人)	資格なし	7 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

<p>入居者の条件（年齢、心身の状況（自立・要支援・要介護）等）</p>	<p>介護保険の要支援1・2、要介護1～5の認定を受けている方。（65歳以上の方、または要介護状態の原因が介護保険で指定する特定疾患である40～64歳の方。）</p>
<p>身元引受人等の条件及び義務等</p>	<p>入居者に債務不履行があったときは、入居契約から生ずる一切の金銭債務について連帯して履行の責を負う。 入居者の契約解除の適用を受ける場合には、入居者の身柄を引き取る責任を負うものとする。</p>
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 可</p>
<p>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>	<p>1. 事業者からの契約解除</p> <p>(1) 事業者は入居者が以下のいずれかに該当する場合、本契約を解除することができる。</p> <p>①入院または外泊が連続して2ヶ月（短期利用の場合は7日）を超えるとき、または予想されるときで、復帰の目途が立たないとき。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他の施設の入所も含めてその実現に努める。</p> <p>②利用料又はその他の支払いを2ヶ月以上怠り、事業者が催告をしたにもかかわらずその支払いがなされなるとき。</p> <p>③不正の手段によって入居したとき。</p> <p>④提出書類で虚偽の申告があったとき。</p> <p>⑤短期利用の場合は、介護保険の認定更新において要支援又は自立と認定されたとき。</p> <p>⑥常時医療行為が必要となる等、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聴き、一定の観察期間を経た上で事業所が判断するものとする。</p> <p>⑦入居契約書第10条（禁止又は制限される行為）第1項に違反し、事業所が催告したにもかかわらず、これを是正しないとき。</p> <p>⑧その他、入居者、身元保証人、入居者の家族、その他入居者の関係者が、事業所の従業員又は他の入居者に対して社会通念上許容できない行為を行い、事業所との信頼関係を著しく害したと事業所が判断したとき。</p> <p>(2) 事業者は、入居者又は身元保証人が次の各号のいずれかに該当したときは、何らの催告を要せず、入居契約を直ちに解除することができる。</p> <p>①入居契約書第9条に反する事実が判明したとき、又は、反していると事業者が合理的に判断したとき</p> <p>②入居契約書第10条第2項各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>(3) 事業者は、前項に基づき本契約を解除した場合に入居者又は身元保証人に損害が生じて何らこれを賠償する責任を負わない。</p> <p>2. 入居者からの契約解除</p> <p>(1) 入居者は、退去予定日が属する月の前月の末日までに、事業者の定める退去届を事業者に提出し、その退去届に記載された退去予定日をもって、本契約を解除することがで</p>

		<p>きる。(短期利用の場合は入居契約書に定める契約期間中に契約解除する場合のみ退去届の提出が必要)</p> <p>(2) ただし、定められた期日(前月の末日)までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、事業者に違約金として、1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。</p> <p>(3) 入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合については、事業者は既受領金の全額を返還するものとする。</p> <p>(4) 入居者は、事業者について、入居契約書第9条に反する事実が判明したとき、又は反していると入居者が合理的に判断したときは、何らの催告を要せず、直ちに入居契約を解除することができる。</p> <p>(5) 入居者は、前項に基づき本契約を解除した場合に事業者には損害が生じても何らこれを賠償する責任を負わない。</p>	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	1人
		社会福祉施設	3人
		医療機関	1人
		死亡者	14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)
入居者側の申し出		(解約事由の例)	5人
体験入居の期間及び費用負担等		最長3日間 食費のみ徴収(1日1,242円/税抜価格1,150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

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 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 _____