

庵の郷 重要事項説明書

作成日 令和1年 7月 1日

1 事業主体概要

| | |
|------------------------|------------------------------|
| 事業主体名 | ネクストファウンデーション合同会社 |
| 代表者名 | 代表社員 堀 孝之 |
| 所在地 | 横浜市鶴見区上末吉2-11-28 |
| 電話番号／FAX番号 | 045-633-4331 / 045-633-4332 |
| ホームページアドレス | http://ioricare.com/housing/ |
| 資本金(基本財産) | 2,500,000円 |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1 | 堀 孝之 |
| 設立年月日 | 平成 27年 5月 28日 |
| 直近の事業収支決算額 ※2 | (収益) 円 (費用) 円 (損益) 円 |
| 会計監査人との契約 | ②無 ・ 有 () |
| 他の主な事業 | 訪問介護事業 |

※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 | 庵の郷 大師 | |
| 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 県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 | 6 : 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 27年 7月 14日 | |
| 施設の管理者氏名 | 堀 孝之 | |
| 所在地 | 川崎市川崎区大師駅前2-5-2 | |
| 電話番号 | 044-223-8400 | |
| 交通の便 ※3 | 京浜急行大師線 大師駅前徒歩5分 | |

| ホームページアドレス | http://ioricare.com/housing/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|----|--------|--------------------------|----|------|--------------------------------|-----|--|------------------------|----------|---------------------------------|-----------|-----------|---------------------------------|----------|-----------|---------------------------------|------------|-----|--------------------|---------------------------------|-----------|--------------------|---------------------------------|----------|--------------------|---------------------------------|-----|--|-----|--------|-------------------------|-------|-----|--|----------|-----|--|-------|-----|--|-----------|-----|--------------------|-----------|-------------------|--|---------|------|--|-------------|---------------------------|--|
| 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 69.17 m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物概要 | 権利形態 所有 ・ 借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 年 月 日～年 月 日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・有 建物の構造 木造 2階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 170.72m ² (うち有料老人ホーム m ²) 建築年月日 年 月 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・その他(住宅) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室、一時介護室の概要 | 居室総数 6 室 定員 6 人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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>7 室</td> <td>6.58m² ～9.23m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>0 室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>0 室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>0 室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>0 室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>0 室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>0 室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 居室定員 | 室数 | 面積 | 居室 | 個室 | 7 室 | 6.58m ² ～9.23m ² | うち2人定員 | 0 室 | m ² ～ m ² | 2人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | 人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | 一時介護室 | 個室 | 0 室 | m ² ～ m ² | 2人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | 人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居室定員 | 室数 | 面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室 | 個室 | 7 室 | 6.58m ² ～9.23m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち2人定員 | 0 室 | m ² ～ m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一時介護室 | 個室 | 0 室 | m ² ～ m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2人部屋(相部屋) | 0 室 | m ² ～ m ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人部屋(相部屋) | 0 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</td> <td>(20.83 m²)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽</td> <td>設置階 1階 (2.46 m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>リフト浴</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 1.2階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 1.2階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階</td> <td>(m²)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階</td> <td>(m²)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階</td> <td>(m²)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階 1階</td> <td>(2.83 m²)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td>設置階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>機能訓練室</td> <td>設置階</td> <td>(m²) 他の共用施設との兼用 無・有 ()</td> </tr> <tr> <td>健康・生きがい施設</td> <td>設置階</td> <td>(m²)</td> </tr> <tr> <td>エレベーター ※5</td> <td colspan="2">基(うちストレッチャー搬入可 基)</td> </tr> <tr> <td>スプリンクラー</td> <td>設置箇所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>居室のある区域の廊下幅</td> <td colspan="2">両手すり設置後の有効幅員 (. m～ . m)</td> </tr> </table> | | | 食堂 | 設置階 1階 | (20.83 m ²) | 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 1階 (2.46 m ²) | 浴室 | リフト浴 | 設置階 (m ²) | ストレッチャー浴 | 設置階 (m ²) | 便所 | 設置箇所 1.2階 | | 洗面設備 | 設置箇所 1.2階 | | 医務室(健康管理室) | 設置階 | (m ²) | 談話室 | 設置階 | (m ²) | 面談室 | 設置階 | (m ²) | 事務室 | 設置階 | | 洗濯室 | 設置階 1階 | (2.83 m ²) | 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 | (m ²) 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 | 両手すり設置後の有効幅員 (. m～ . m) | |
| 食堂 | 設置階 1階 | (20.83 m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 1階 (2.46 m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | リフト浴 | 設置階 (m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ストレッチャー浴 | 設置階 (m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 便所 | 設置箇所 1.2階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗面設備 | 設置箇所 1.2階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医務室(健康管理室) | 設置階 | (m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 談話室 | 設置階 | (m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 面談室 | 設置階 | (m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務室 | 設置階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗濯室 | 設置階 1階 | (2.83 m ²) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (m ²) 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 | 両手すり設置後の有効幅員 (. m～ . m) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------------|--|---------------------------------------|
| 消防用設備等 | 消火器 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 |
| | 自動火災報知設備 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 |
| | 火災通報設備 | 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 |
| | スプリンクラー | <input checked="" type="radio"/> 無・有 |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="radio"/> 無・有 |
| | 防災計画（水害・土砂災害を含む） | 無・ <input checked="" type="radio"/> 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 安否確認の方法・頻度等 施設職員が定期的に確認 | |
| 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 | 月払い方式 | |
| 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 <input checked="" type="radio"/> 日割り計算で減額（食費のみ） 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 | 人件費、物価の変動等に基づく |
| | 手続き方法 | 入居者様及び身元引受人、成年後見人の意見を確認し改定 |

(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

| | | |
|--------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | | (無・有) |
| 夜間看護体制加算 | | (無・有) |
| 医療機関連携加算 | | (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

| | | |
|--------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | | (無・有) |
| 医療機関連携加算 | | (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 | 当月払い。毎月10日までに口座振込、もしくは現金 | | | | | | |
| 敷金 | ☑無・有（ 円、家賃相当額の か月分） | | | | | | |
| 月額利用料 | 119,300 円 ～ 123,900 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 | | | | | |
| | | 共益費 | 介護 費用 | 食費 | 光熱 水費 | 家賃 相当額 | その他 |
| | 119,300円 | 21,500 | 介護保険 の負担額 に応じ | 36,000 | 12,000 | 53,000 | |
| | 123,900円 | 22,300 | 介護保険 の負担額 に応じ | 36,000 | 12,000 | 53,600 | |
| | | | | | | | |
| | 算定根拠 ※11 | 共益費 | 管理に関わる経費及び共用施設・整備の維持管理費 | | | | |
| | | 介護費用 | 介護保険サービスの自己負担額のみ | | | | |
| 食費 | | 食材・調理に関わる光熱費 ※1食300円（税込）×回数×日数を当月分の食材費 として頂戴します。 | | | | | |
| 光熱水費 | | 共同メーターによる光熱水費 | | | | | |
| 家賃相当額 | | 当該施設の設備に要した費用、管理事務費、地代に 相当する額等を基礎として、近傍同種の受託家賃か ら算定 | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 月額利用料に含まれ ない実費負担等 ※12 | 食事代、日用品、オムツ等の介護用品、介護保険1～3割、医療費、 デイサービス代、他 | | | | | | |

| | | | |
|--|-------------------------------|-------|---------------|
| <p>介護保険に係る利用料</p> <p>※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)</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 | | |
| | 個別機能訓練加算 | | (無・有) |
| | 夜間看護体制加算 | | (無・有) |
| | 医療機関連携加算 | | (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 |
| | 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 | | | |
| 個別機能訓練加算 | | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | | (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 | |

(4) 共通事項

| | |
|----------------------------------|--|
| 改定ルール（勘案する要素及び改定手続等） | 人件費、物価の変動等に基づき、入居者様及び根本引受人、成年後見人の意見を確認し改訂 |
| 前払金の返還金の保全措置 | <input checked="" type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 保全措置の内容() 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 有の場合の保険名(介護事業者賠償責任保障 ・株式会社 全福サービス) |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 賃料、共益費 |
| 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="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 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 | 契約者または入居差様の相互扶助によって介護付き施設の定額利用を実現し、将来起こりえる事態に備えて契約者または入居者様の相互で助け合い、不安のない老後生活を目的とします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご利用者様の希望や心身の状態を鑑み、介護支援専門員が作成したケアプランに基づきサービスを行います。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | 共益費 | 共用部分の設備、維持管理費 |
| | 食費 | 1日3食、食堂内配膳を基本とします。 |
| | 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 | | |
| 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 | 横浜市鶴見区上末吉2-11-28 045-633-4331 相談窓口対応 堀 孝之 | |
| 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） | 災害、負傷及び集団感染等が発生した場合には、消防署、保健所及び協力医療機関等と連携しながら必要な措置を講じます。また事故の内容や措置状況等については、速やかに入居者の家族等に連絡致します。 | |
| 事故発生の防止のための指針 | 無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 | |
| 損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等） | 施設職員の過失により事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に障害が発生した場合は、損害保険などの手配を行い、誠実に対応します。但し、天災などの不可抗力は除きます。 賠償責任保険：介護福祉事業者向け賠償責任保険 | |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 |
| | 入居者基金への加入 | <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 |

※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 | 全室専用介護居室の為、各居室にて介護します。 | |
| 入居後住みに替居え室又場は合施設 | 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) | |
| | 従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上) | 認知症等、特別な状況により、その居室にて介護が不可能になったと事業所が判断した場合、当施設内で居室を移動して頂くことがあります。この場合一定の観察期間を設け、主治医及びご家族の意見を聞いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て住み替えて頂きます。その際の追加料金は発生致しません。 但し、入居者及び身元引受人からの申し出の場合、理由の如何に関わらず、入居されていた居室の解約手続を行ったうえで、新たに入居の手続きを行う必要があります。この際は別途費用が発生します。 |
| | 提携ホームへ住み替える場合(同上) | 入居者の都合により、当社の運営する他施設への移動を希望される場合、居室に空きがあれば可能です。但し、退去の手続きを行ったうえで、新たに移動先施設での契約手続きが必要です。その際、別途費用が発生します。 認知症等、特別な身体状況により、当社の運営する他施設への移動をして頂くことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、意思の意見を聞いた上で、入居者及び身元引受人の同意を得て、住み替えて頂きます。この時は、新たな費用は発生しませんが、月額利用料及び利用システム、サービス等は住み替え先のもものが適用されます。 |

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 | つばさクリニック |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 所在地 | 東京都大田区羽田四丁目20番7号 ハイム K101 |
| | 距離及び所要時間 | 13分 |
| | 協力内容 | 訪問診療、入院等緊急時対応、主治医意見書等作成 |
| 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 | |

| | |
|---|--|
| <p>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> | <p>通院：医療機関への通院同行は（送迎）は、頂きません。 入院：・入居者及びご家族とお話し頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居期間中は、月額利用料のうち家賃、共益費、水道光熱費をお支払いください（食費は日割り計算で頂きません） ・医療機関への入退院の移送・同行（送迎）に係る費用は頂きません。 ・入院に関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しようする事はありません。 |
|---|--|

7 入居状況等

（令和1年 7月 1日現在）

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>入居者数及び定員</p> | <p>6 人（定員 6 人）</p> | | |
| <p>入居者の状況</p> | <p>男 性 6 人、女 性 0 人</p> | | |
| | <p>自 立 人</p> | | |
| | <p>要介護 6 人</p> | <p>（内訳） 要介護1 人 要介護2 人 要介護3 3 人 要介護4 3 人 要介護5 人</p> | |
| | <p>要支援 人</p> | <p>（内訳） 要支援1 人 要支援2 人</p> | |
| <p>平均年齢</p> | <p>77 歳（男性 77 歳、女性 歳）</p> | | |
| <p>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）</p> | <p>運営懇談会 年1回 主な議題（施設の運営状況、計画、入居者及び身元引受の要望、意見等）</p> | | |

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 1 年 7 月 1 日現在)

| | 職員数 | 常勤換算後の | | 夜間勤務職員数 (時～翌時) (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人 () | / | | |
| | 生活相談員 | () | | | |
| | 直接処遇職員 | () | | | |
| | 介護職員 | 10人 () | | | |
| | 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 | () | | | |
| | 事務職員 | 1人 () | | | |
| | 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。

- 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。
- 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。
- 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

| | 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 | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| 験事業 年し 務に 数た に 経 従 | 1年未満 | | | 1人 | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | 2人 | 2人 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | 5人 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | 1 <u>あり</u> 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 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 |) 人 (人) |
| 介護福祉士 | 人 (人) | 介護職員初任者研修修了者 |) 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

| | |
|--|--|
| <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>日常生活で介護の必要な方、共同生活を円滑に過ごせる方。感染症の方は入居できません。但し医師により、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合にはこの限りではありません。</p> |
| <p>身元引受人等の条件及び義務等</p> | <p>身元引受人・返還金受取人をそれぞれ1名定めて頂きます。利用料等の支払いについて入居者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解約された時に、入居者を引き取ることとなります</p> |
| <p>生活保護受給者の受入れ対応</p> | <p>否・<input checked="" type="radio"/>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>事業者は、入居者が次の次号のいずれかに該当し、かつ、そのことが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、本契約を介助する事があります。</p> <p>1</p> <p>一 入居契約書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時。</p> <p>二 月額利用料その他の支払いを不当な理由なく、2か月以上遅滞する時。</p> <p>三 入居契約書（禁止事項）の規定に違反した時。</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止する事が出来ない時。</p> <p>五 四の原因が、認知症等、特別の身体状況によるものであり、環境を整えば断続的に施設介護が可能であると判断された場合には、身元引受人と相談の上、認知症等受け入れ可能な施設への移動を可とします。</p> <p>六 建物及び、その付帯設備を濃いまたは重大な過失により破損、滅失せしめた時。</p> <p>2</p> <p>前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業所は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約書第5章第15条16条によって契約を解除する場合には契約解除の通告について90日間の予告期間をおく</p> <p>二 通告に先立ち、入居者及び身元引受人等の弁明の機会を設ける。</p> <p>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と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>3</p> <p>（入居者からの解約）</p> <p>入居者は、事業所に対して、少なくとも30日前に書面による解約の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ます。</p> <p>一 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、事業所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</p> |

| | | | | |
|-------------------|---------|--|----------|----|
| | | ものと推定します。 二 契約終了日（居室明け渡し日）の2か月後の月末に、事業者は前払金の返還を行うものとします。 三 契約解除の申し出による退去で、申出月の退去または申出月翌月の退去の際の賃料、共益費は、月途中退去等に関わらず1か月分を頂きます。 四 予告期間のない契約解除の場合には申出月以後1か月分の賃、共益費は頂きます。 | | |
| 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 | | | | |

※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「神奈川県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 _____