

## 重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2024 年 7 月 1 日
記入者名	森川 紀宏
所属・職名	施設長
取込種別	2 修正
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	3 医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん そうせいかい 医療法人社団 総生会	
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	〒 215 - 0021	
	神奈川県川崎市麻生区上麻生6-25-1	
連絡先	電話番号	044 - 986 - 0942
	FAX番号	- -
	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://
代表者	氏名	菅 泰博
	職名	理事長
設立年月日	1982 年 11 月 1 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) そうせいかいろいやるほーむ						
	総生会ロイヤルホーム						
所在地	〒	215	-	0021			
	神奈川県川崎市麻生区上麻生6-28-1						
所在地 (建物名等)							
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	小田急線 柿生				駅	
	交通手段と所要時間	駅から徒歩7分					
連絡先	電話番号	044	-	989	-	2636	
	FAX番号	044	-	989	-	2637	
	メールアドレス	info.royal				@	souseikai.net
	ホームページ有無	1 有					
	ホームページアドレス	http://		www.souseikai.net/royal			
管理者	氏名	森川紀宏					
	職名	施設長					
建物の竣工日		2011	年	10	月	1 日	
有料老人ホーム事業の開始日		2011	年	10	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	1475601231				
	指定した自治体名	川崎市				
	事業所の指定日	2022	年	10	月	1 日
	指定の更新日（直近）	2022	年	10	月	1 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1808.93	m <sup>2</sup>		
	所有関係	2 事業者が賃借する土地			
		2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃貸の種別			
		抵当権の有無	2 なし		
		契約期間	1 あり		
			開始	年	月
			終了	年	月
契約の自動更新	1 あり				
建物	延床面積	全体	3585.7 m <sup>2</sup>		
		うち、老人ホーム部分	3566.29 m <sup>2</sup>		
	耐火構造	耐火建物			
		3 その他の場合			
	構造	鉄筋コンクリート			
		4 その他の場合			

居室の状況	居室区分 【表示事項】	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		開始		
				年	月	日
				終了		
		年	月	日		
		契約の自動更新				
		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	19.5 m <sup>2</sup>	52	1 一般居室個室	
タイプ2	1 有	1 有	33 m <sup>2</sup>	8	2 一般居室相部屋	
タイプ3			m <sup>2</sup>			
タイプ4			m <sup>2</sup>			
タイプ5			m <sup>2</sup>			
タイプ6			m <sup>2</sup>			
タイプ7			m <sup>2</sup>			
タイプ8			m <sup>2</sup>			
タイプ9			m <sup>2</sup>			
タイプ10			m <sup>2</sup>			

共用施設	共用便所における便房	4	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	4	ヶ所
	共用浴室	3	ヶ所	個室	2	ヶ所
				大浴場	1	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽		ヶ所	チェアー浴	2	ヶ所
				リフト浴	0	ヶ所
				ストレッチャー浴	2	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	2	一部浴室あり			
	その他					
その他						

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>入居者・ご家族・働く職員がいつも安心である、入居施設作りを行う</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>個別リハビリテーション提供          医師と必要性を確認して、          週最大で3回、1回15分～30分          担当者の欠勤時には、できる範囲での提供になります。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>2 委託</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>2 委託</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(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)	あり	
	入居継続支援加算 (II)		
	生活機能向上連携加算 (I)	あり	
	生活機能向上連携加算 (II)		
	個別機能訓練加算 (I)	あり	
	個別機能訓練加算 (II)		
	ADL維持等加算 (I)	あり	
	ADL維持等加算 (II)		
	夜間看護体制加算	あり	
	若年性認知症入居者受入加算		
	医療機関連携加算	あり	
	口腔衛生管理体制加算	あり	
	口腔・栄養スクリーニング加算	あり	
	科学的介護推進体制加算		
	退院・退所時連携加算	あり	
	看取り介護加算 (I)	あり	
	看取り介護加算 (II)		
	認知症専門ケア加 算	(I)	
		(II)	

	サービス提供体制強化加算	(I)	あり
		(II)	
		(III)	
	介護職員処遇改善加算	(I)	あり
		(II)	
		(III)	
		(IV)	
		(V)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(I)	あり
		(II)	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり		
	1 ありの場合		
	(介護・看護職員の配置率)	2	: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="radio"/>	救急車の手配	
	<input type="radio"/>	入退院の付き添い	
	<input type="radio"/>	通院介助	
	<input type="radio"/>	その他	医師の指示に基づく、診療支援、理学療法・作業療法・言語聴覚療法の提供
1	名称	医療法人社団総生会 麻生総合病院	
	住所	川崎市麻生区上麻生6-25-1	
	診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、感染症内科、呼吸器内科、腎臓内科、脳・神経内科、外科、消化器外科、腹部外科、呼吸器外科、肛門外科、胸部外科、乳腺外科、頭頸部外科、血管外科、形成外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、人工透析内科、救急科、放射線科、麻酔科、リハ	
	協力科目	内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、感染症内科、呼吸器内科、腎臓内科、脳・神経内科、外科、消化器外科、腹部外科、呼吸器外科、肛門外科、胸部外科、乳腺外科、頭頸部外科、血管外科、形成外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、人工透析内科、救急科、放射線科、麻酔科、リハ	
	協力内容	外来診療、救急対応、入院診療、訪問診療	



協力医療機関	2	名称	医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院
		住所	川崎市麻生区上麻生6-23-50
		診療科目	内科、皮膚科、整形外科、リウマチ科、脳神経外科、リハビリテーション科
		協力科目	内科、皮膚科、整形外科、リウマチ科、脳神経外科、リハビリテーション科
		協力内容	外来診療、救急対応、入院診療、訪問診療
	3	名称	総生会健診センター
		住所	川崎市麻生区上麻生6-23-50
		診療科目	
		協力科目	
	協力内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時健診</li> <li>・定期健診</li> </ul>	

協力歯科医療機関	1	名称	山鹿歯科医院
		住所	川崎市麻生区百合丘3-27-1
		協力内容	歯科往診（口腔衛生、指導、治療等）
	2	名称	医療法人社団一修会 遊園歯科
		住所	川崎市多摩区登戸2130-2
		協力内容	歯科往診（口腔衛生、指導、治療等）

(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			
手続きの内容			
追加的費用の有無			
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無			
従前の居室との仕様の変更	面積の増減		
	便所の変更		
	浴室の変更		
	洗面所の変更		
	台所の変更		
	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	*自立している方は4F夫婦入居可能な部屋へ、一方の方が要支援・要介護の状態の場合。単独での入居は不可。		
契約解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者がご逝去された場合</li> <li>・入居者が中途解約する場合</li> <li>・入居者が契約解除する場合</li> <li>・施設側が契約解除する場合</li> </ul>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハラスメント行為が認められた場合。社会一般的なカスタマーハラスメントに該当し、通告から改善が認められない場合、また明らかに職員の身体的・心理的負担により就業が困難となる場合。</li> <li>・施設で許容範囲をこえて、医療対応ができない場合。看護職員が大幅に</li> <li>・利用料の支払いが3ヵ月以上遅延した場合、遅延金が発生します。</li> </ul>	
	解約予告期間	1	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)	
入居定員	68		人
その他			

## 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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	44	30	14	35.74
介護職員	31	23	8	27.17
看護職員	11	9	2	8.57
機能訓練指導員	8	2	6	3.43
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		
調理員	7	7		
事務員	2	2		1.6
その他職員	3	1	2	2.24
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				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		
介護福祉士	18	15	3
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	8	4	4
介護支援専門員	4	4	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			
理学療法士	3	1	2
作業療法士	3		3
言語聴覚士	3	1	2
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	( 20 時 0 分 ~ 7 時 0 分 )			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	1	人	1	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】	2 : 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)	1.67	: 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		1 あり								
	業務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称	理学療法士								
		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											
前年度1年間の退職者数											
に業務に応じたに従事した人の経験年数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 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											

## 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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	4 選択方式	
	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	<p>管理費：地域の物価指数及び施設での人件費と設備費・委託費・光熱費等を含む費用を勘案して実施します。</p> <p>介護サービス費：標準以上の人員配置をした場合に人件費相当額として勘案して実施します。</p> <p>食費：食材等の物価高騰や厨房管理費[人件費設備費等]が費用を勘案して実施します。</p>
	手続き	算定根拠をご家族に提示して実施します。



(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	20.0±～ m <sup>2</sup>	20.0±～ m <sup>2</sup>	
	便所	1 有	1 有	
	浴室			
	台所			
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	～19800000 円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		440000 円	円	
家賃		165000 円	円	
特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円	
サービス費用	介護保険外※2	食費	77000 円	77000 円
		管理費	143000 円	～143000 円
		介護費用	55000 円	55000 円
		光熱水費	円	円
		その他	円	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	周辺地域の家賃相場を参考に設定しています。
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。	標準配置以上[3：1]の人員に対する人件費相当額

管理費	設備費・業務委託費・光熱費
食費	食材費及び厨房管理費
光熱水費	
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	レクリエーション・イベント食

(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	
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（上乘せサービス）	
※ 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	入居者の想定居住期間
想定居住期間 (償却年月数)	48 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)	1980000 円
初期償却率	20 %

返還金の算 定方法	入居後 3 月以内の契約終了	全額返還します。 居室利用分は家賃相当額を日割りでお支払いた だく
	入居後 3 月を超えた契約終了	残額返金
前払金の保 全先	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	きらぼし銀行による500万までの保証

## 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	13	人
	女性	50	人
年齢別	65歳未満	8	人
	65歳以上75歳未満	5	人
	75歳以上85歳未満	8	人
	85歳以上	42	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	2	人
	要支援 2	0	人
	要介護 1	14	人
	要介護 2	5	人
	要介護 3	9	人
	要介護 4	16	人
入居期間別	要介護 5	17	人
	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	9	人
	1年以上5年未満	38	人
	5年以上10年未満	10	人
	10年以上15年未満	2	人
15年以上		人	

### (入居者の属性)

平均年齢	78.36	歳
入居者数の合計	63	人
入居率※	92.5	%
※ 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	0	人
	社会福祉施設	1	人
	医療機関	1	人
	死亡	12	人
	その他	0	人
生前解約の状況	施設側の申し出	3	人
		(解約事由の例) ・入居者・ご家族からのハラスメントが認められ、 暴言・大声・暴力・職員指定・セクシャルハラスメント・ 介護サービス以外の要求、個別職員へ誹謗中傷、これによる 職員の職場環境を悪化させたとし信頼関係を維持することが 困難になる  ・施設で許容範囲を超えた医療対応を提供できないため	
	入居者側の申し出	1	人
		(解約事由の例) 経済的理由により、近隣の老人福祉施設へ転居	

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		総生会ロイヤルホーム フロアマネージャー								
電話番号		044	-	989	-	2636				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										

窓口2

窓口の名称		総生会 法人本部 総務課					
電話番号		044	-	986	-	0942	
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		川崎市健康福祉局高齢者事業推進課					
電話番号		044	-	200	-	2666	
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							
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							

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	
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	
	1	ありの場合	
		その内容	
事故対応及びその予防のための指針	1	あり	

(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	2	なし	
	1	ありの場合	
		実施日	
		結果の開示	
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	3	公開していない
財務諸表の要旨	3	公開していない
財務諸表の原本	3	公開していない

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	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		

	不適合事項がある 場合の内容	
--	-------------------	--

備考



添付書類： 別添1（別の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。

|

|















|















|



|



























