

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

記入年月日	年 月 日
記入者名	畑 智晃
所属・職名	代表理事
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		
	※法人の場合、その種類	4 社団・財団
名称	いっぱんしゃだんほうじんすまいる (ふりがな)	
	一般社団法人すまいる	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	4020005012720
主たる事務所の所在地	〒 230 - 0074	
	横浜市鶴見区北寺尾4-8-17	
連絡先	電話番号	044 - 599 - 7391
	FAX番号	044 - 330 - 0819
	メールアドレス	info @ carehousesmile.co
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	http:// carehousesmile.com
代表者	氏名	畑 智晃
	職名	代表理事
設立年月日	2016 年 7 月 26 日	
主な実施事業	※別添1（別の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	しるばーはうすすまいる (ふりがな)			
	シルバーハウスすまいる			
所在地	〒 212 - 0055			
	川崎市幸区南加瀬 3-4-5			
所在地 (建物名等)	シャルムフカセ102. 103. 105			
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		新川崎 駅	
	交通手段と所要時間		川崎駅西口より 臨港バス川56系統矢向駅経由末吉橋循環 新川崎駅交通広場より 日95系統日吉駅東口行 南加瀬住宅前下車 徒歩一分	
連絡先	電話番号		044 - 599 - 7391	
	FAX番号		044 - 330 - 0819	
	メールアドレス		info @ carehousesmile.co	
	ホームページ有無		1 有	
	ホームページアドレス		http://	carehousesmile.com/suma-index.html
管理者	氏名		畑 節子	
	職名		ホームヘルパー1級	
建物の竣工日			1985	年 2 月 25 日
有料老人ホーム事業の開始日			2018	年 1 月 15 日

(類型) 【表示事項】

類型	3 住宅型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名		
	事業所の指定日	年	月 日
	指定の更新日 (直近)	年	月 日

3 建物概要

土地	敷地面積		m ²
	所有関係		
		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	
		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	918.4 m ²
		うち、老人ホーム部分	144 m ²
	耐火構造	2 準耐火建築物	
		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 普通賃借		
		抵当権の有無		2 なし		
		契約期間		開始		
				2011 年 11 月 25 日		
				終了		
				23 年 11 月 24 日		
		契約の自動更新		2 なし		
		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				6.8 m ²	2	1 一般居室個室
タイプ2				8.6 m ²	6	1 一般居室個室
タイプ3				m ²		
タイプ4				m ²		
タイプ5				m ²		
タイプ6				m ²		
タイプ7				m ²		
タイプ8				m ²		
タイプ9			m ²			
タイプ10			m ²			

共用施設	共用便所における 便房	3 ケ所	うち男女別の対応が可能な便房	0 ケ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0 ケ所
	共用浴室	0 ケ所	個室	ケ所
			大浴場	ケ所
	共用浴室における 介護浴槽	ケ所	チェアー浴	ケ所
			リフト浴	ケ所
			ストレッチャー浴	ケ所
			その他	ケ所
	食堂	2 なし		
	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			
消防用設備 等	消火器	1 あり		
	自動火災報知設備	2 なし		
	火災通報設備	1 あり		
	スプリンクラー	2 なし		
	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	3 なし		
	浴室	3 なし		
	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	日本福祉の祖大国主命のようにニコニコと笑顔で、仏教福祉の祖聖徳太子のように和に勤めていきます。
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	2 委託
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	2 委託
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	
	生活機能向上連携加算	
	個別機能訓練加算	
	夜間看護体制加算	
	若年性認知症入居者受入加算	
	医療機関連携加算	
	口腔衛生管理体制加算	
	栄養スクリーニング加算	
	退院・退所時連携加算	
	看取り介護加算	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ
		(Ⅰ)ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)

	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
		(Ⅳ)	
		(Ⅴ)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		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	
	1	名称	クリニックD0田園調布	
		住所	東京都大田区田園調布3-40-4	
		診療科目	内科	
		協力科目		
		協力内容		

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	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			
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	2	なし
	要介護の者	1	あり
留意事項			
契約解除の内容	契約書 2 4 条による		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 2 3 条による	
	解約予告期間	6	ヶ月
入居者からの解約予告期間	1	ヶ月	
体験入居の内容	2 なし		
	1 ありの場合		
	(内容)		
入居定員	8	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		
生活相談員				
直接処遇職員	5	3	2	
介護職員	5	3	2	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
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			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	2	2
介護支援専門員			

（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			
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	（ 18 時 0 分 ～ 8 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	1 人	1	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】	
	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
※ 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				ホームヘルパー一級			
		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 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 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			2	3						
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】		3 月払い方式	
		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		2 なし	
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	諸物価値上がりのおり企業努力の範疇を超えた場合料金の改定を提案する	
	手続き	運営懇談会開催の上同意を頂くこととする	

(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		m ²	m ²
	便所		2 無	2 無
	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		円	円
	敷金		212000 円	212000 円
月額費用の合計			円	円
家賃			53000 円	53000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円
	介護保険外※2	食費	63000 円	45000 円
		管理費	40000 円	10000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	10000 円	7500 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	
敷金	家賃の 4 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。	

管理費	管理費は共有部分の清掃代、居室のゴミ出し代、施設の維持・管理、火災保険料に充当します。
食費	食費は食材費、設備・備品代（調理具・食器等）に充当します。朝食５００円、昼食７５０円、夕食８５０円とし、外出や入院等により欠食した場合は返金いたしません。なお生活保護受給者の場合は一部金額を施設が補助いたします
光熱水費	水道、電気、ガスの使用料については、１ヶ月分として共有部分５，０００円、居室部分を５，０００円としてご請求致します。生活保護受給者の場合は施設が一部金額を補助します。
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	

（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			
想定居住期間（償却年月数）		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）		円	
初期償却率		%	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了		
	入居後 3 月を超えた契約終了		
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	

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

（入居者の属性）

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡	6 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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		すまいるカスタマーサービス
電話番号		044 - 599 - 7391
対応している時間	平日	10 時 0 分 ～ 16 時 6 分
	土曜	時 分 ～ 時 分
	日曜・祝日	時 分 ～ 時 分
定休日		土日祝日

窓口2					
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3					
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	介護サービス損害保険
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	
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	1 入居希望者に公開
管理規程	1 入居希望者に公開
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 1 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	2 なし	
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	居室、食堂、浴室、便所、洗面設備、緊急通報装置、廊下、スプリン クラー設備	

	不適合事項がある 場合の内容	居室 13 m ² 以下。浴室既存のUB。便所手すりが無い。緊急通報装置入 居者による大元の通信機器破壊により再構築検討中
--	-------------------	---

備考

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。

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	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)		選択してください	☒ 個室である。 ☐ 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ある。 ☒ 界壁で区分されている。	車いすが入れる面積は確保しております
2	食堂	無	選択してください	☐ 機能を十分に発揮し得る適当な広さを有している。	各自個室にて食事していただいております
3	浴室		不適合	☐ 居室内に設置もしくは全ての入居者が利用できるように適切な規模及び数を設けている。 ☐ 手すりを設置している。 ☐ スロープを設置している。 ☐ 浴槽用リフトを設置している。 (要介護者等が使用する浴室) ☐ 身体の不自由な者が使用するのに適している。	基本的に車いすで座位確保できる方はデイサービス、寝たきりの方は訪問入浴のサービスを受けて頂きます
4	便所		不適合	☐ 居室内に設置もしくは全ての入居者が利用できるように適切な規模及び数を設けている。 ☒ 常夜灯が設置されている。 ☐ 手すりが設置されている。 ☐ 要介護者等の使用に適している。	
5	洗面設備		不適合	☐ 居室内に設置もしくは全ての入居者が利用できるように適切な規模及び数を設けている。 ☐ 洗面台が車椅子使用者に配慮した高さとなっている。	
6	医務室 (健康管理室)	選択してください	不適合	☐ 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第16条に規定する診療所の構造設備の基準に適合している。	
7	面談室	選択してください	適合	☒ プライバシーの保護に配慮されている。	
8	汚物処理室	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	エレベーター	非該当	選択してください	☐ 適切な介護サービス等が提供できるよう入居定員等に応じた台数を設置している。 ☐ 少なくとも1基はストレッチャーを収納できる ☐ 操作盤は車椅子使用者に配慮した高さにするとともに、手すりを備えるなど、要介護者等が使用するのに適している。	
11	緊急通報装置	無	不適合	(設置箇所) ☐ 居室 ☐ 一時介護室 ☐ 浴室 ☐ 脱衣室 ☐ 便所	入居者による電話回線大本破壊により使用不可能につき新しい通報装置を探しています
12	廊下		不適合	☐ 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ある。 ☐ 両側に手すりを連続して設けるなど、要介護者等が使用するのに適している。 ※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。	
13	居室等の出入口		適合	☒ 引き戸やドアハンドル等により円滑に利用できる構造である。	
14	スプリンクラー設備等		不適合	☒ 消防法等に従い、所轄の消防署等消防機関の指導を受けて適切に整備している。	設置届受理通知書届き次第金庫に融資依頼工事予定
15	機能訓練室	無			
16	談話室	無			
17	洗濯室	有			
18	健康・生きがい施設 (スポーツ・レクリエーション等のための施設、図書室その他の施設)	無			
19	事務室、宿直室、その他の運営上必要な設備	有			
20	その他	有	不適合	☐ 洗剤等の誤飲・誤食を防止するため、保管する設備を備えている。 ☒ 医薬品等を保管する鍵付きロッカーなど必要な備品を備えている。	

以下は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の「努めること」と記載されている項目について、整備の有無を確認するものです。

No.	指針項目	設備の有無	整備の有無	整備されている項目についてチェック	備考(事業所の考え・代替措置等)
1	居室 (一時介護室)		未整備	(居室内に便所、洗面設備、収納設備等を備える場合) ☐ 車椅子等の使用等に支障がないように十分な居室面積を確保している。	
2	食堂	無	未整備	☐ 使用者数を勘案し、衛生面を配慮した手指を洗浄する設備を設けている。	
3	洗面設備		未整備	☐ 手すりを備えるなど、要介護者等が使用するのに適している。	
4	汚物処理室	有	整備	☒ 居室のある階ごとに設置している。	
5	看護・介護職員室	有	整備	☒ 居室のある階ごとに設置している。 ☐ 入居者が日常的に利用する談話室等の共用設備に面して設置している。 ☐ カウンターにより区分するなど、談話室及び廊下等を見通すことができる形状となっている。	
6	廊下		未整備	☐ 曲がり角は、すみ切り等の処理を行うなど、車椅子使用者の通行に支障のない構造となっている。	
7	床		未整備	☐ すべりにくく衝撃を吸収しやすい材質を使用している。	
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。