

第2号様式(第6条関係)

介護予防特定施設入居者生活介護・一般型特定施設入居者生活介護
有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2020年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社クラーチ
代表者名	代表取締役 鮫島 智啓
所在地	東京都港区虎ノ門1丁目2番3号 虎ノ門清和ビル9階
電話番号	03-5501-2911
ホームページアドレス	http://www.kuraci.co.jp/
資本金(基本財産)	2億4千万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	株式会社キャピタルメディカ 100%
設立年月日	平成13年4月19日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)4,191,317千円 (費用)3,964,768千円 (損益)226,549千円
主要取引金融機関	横浜銀行 みずほ銀行 りそな銀行 新生銀行
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (大有ゼネラル監査法人)
他の主な事業	

※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	クラーチ・ファミリア宮前	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1475502165、指定年月日 平成29年5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	2.5:1 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29年5月1日

施設の管理者氏名	久米 洋		
所在地	神奈川県川崎市宮前区東有馬 1 丁目 1 6 - 8		
電話番号	0 4 4 - 7 5 0 - 0 8 8 0		
交通の便 ※ 3	東急田園都市線宮前平駅より 1.8km (徒歩 23 分)		
ホームページアドレス	http://www.kuraci.co.jp/house/famila/miyamae/		
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) 平成 年 月 日～平成 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 2,296.45 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) 平成 29 年 3 月 31 日～平成 59 年 4 月 30 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 鉄骨造地下 0 階 地上 2 階建(耐火 ・準耐火・その他) 延床面積 1,880.07 m ² (うち有料老人ホーム 1,880.07 m ²) 建築年月日 平成 29 年 3 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 ・その他()		
居室、一時介護室の概要	居室総数 48 室 定員 48 人(一時介護室を除く) (内訳)		
		居室定員	室数
	居室	個室	48 室
		うち 2 人定員	室
		2 人部屋 (相部屋)	室
		1 人部屋 (相部屋)	室
	一時介護室	個室	室
		2 人部屋 (相部屋)	室
		1 人部屋 (相部屋)	室
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	共同生活室 (ユニットケアの場合)	設置階	— (m ²)
	食堂	設置階	1 階 (167.15 m ²)
	浴室 (特別浴槽 1)	設置階	1 階 (9.08 m ²)
	浴室 (特別浴槽 2)	設置階	1 階 (11.70 m ²)
	浴室 (一般浴槽)	設置階	2 階 2 箇所 (4.00 m ²)
	便所	設置箇所	各階共用 各居室
	洗面設備	設置箇所	各階共用 各居室
	医務室 (健康管理室)	設置階	1 階 (17.08 m ²)
	談話室	設置階	2 階 (42.70 m ²)
	応接室 / 面談室	設置階	1 階 (10.80 m ²)
	事務室	設置階	1 階 (42.30 m ²)
	宿直室	設置階	1 階 (3.60 m ²)

	洗濯室	設置階 1階 (7.41 m ²) 2階 (13.40 m ²)
	汚物処理室	設置階 1階 (5.72 m ²) 2階 (7.52 m ²)
	看護・介護職員室	設置階 1階 (3.78 m ²) 2階 (4.00 m ²)
	機能訓練室	設置階 1階 (167.15 m ²) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 地域交流スペース 1階 (39.74 m ²)
	外来者宿泊室	設置階 (m ²)
	エレベーター ※5	2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 全室(浴室、階段を除く)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m～1.8m)
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置の種類及び設置箇所 各居室及び共用施設(浴室、共同トイレ、食堂)に会話可能なナースコールを設置。各居室にセンサーを設置 安否確認の方法・頻度等：適時居室見守り、緊急通報装置対応	
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	一時金方式	月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式
----------	-------	-------	------------------------------------------

(2) 一時金方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金+月額利用料 入居一時金は入居予定日前日までに一括支払い。 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。		
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)		
入居一時金 (介護費用の一時金 除く)	1 法第29条第6項に規定される前払金	480万円	
		580万円	
		680万円	
		780万円	

想定居住期間又は償却期間	5年（1,827日）
算定の基礎（内訳）	<p>用途：入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設を終身にわたって利用するための家賃相当費用の一部前払い分。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p>内訳：事業費（施設の開発費、建物の賃料、借入利息、大規模修繕等修繕費、管理事務費等）</p> <p>算定根拠：入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づき算定。具体的な算定方法は別紙で示します。</p>
解約時の返還金（算定方法等）	<p>1 償却期間内に本契約が終了する場合は、事業者は入居者又は返還金受取人に契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。 $\text{入居一時金} \times 70\% \div 1827 \text{日} \times \text{契約終了日から償却期間満了日までの日数}$ ※上記の返還金額より、原状回復費用等支払債務を差し引いた上で返還致します。</p> <p>2 事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め入居後3ヶ月以内の契約解除の場合、又は死亡により契約が終了する場合は、受領済みの入居一時金を全額（初期償却相当額も含む）返還します。但し、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領します。 $1 \text{日あたり利用料} = \text{入居一時金} \times 70\% \div 1,827 \text{日}$ ※ 月払い利用料については日割精算。 ※ 必要な原状回復費用があれば受領する。</p>
返還の対象とならない額の有無	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/>（入居一時金の30%相当額）</p> <p>事業者は、「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」として、合理的に算出された額を入居一時金の非返還対象分（入居一時金に占める割合は30%）とします。但し、入居後3ヶ月以内の契約解除の場合、又は死亡により契約が終了する場合は、受領済みの入居一時金を全額（初期償却相当額も含む）返還します。</p>
初期償却の開始日	入居日の翌日
介護費用の一時金	なし
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	223,760円(税込)				
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有				
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有				
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳			
		管理費	食材費	家賃相当額	光熱水費
	223,760円(税込)	149,600円(税込)	29,160円(税込)	45,000円	管理費に含む
算定根拠 ※11	管理費	基礎サービス等に係る人件費・事務費、施設の運営・維持管理全般に係る諸経費、事務管理部門の人件費・事務費、使用する居室及び共用施設の水光熱費、厨房運営費、清掃費、点検・補修費、及びそれに係る人件費です。 ※実費で提供するサービスは、介護サービスの一覧表参照			
	介護費用	—			
	食材費	1ヶ月(30日)喫食した場合の食材費：29,160円(税込) 一人1日当たり972円 (朝260円、昼302円、おやつ108円、夕302円) ※上記以外の飲食料品の提供については消費税10%となります。 ※当日含む3日前17時迄(土日祝も含む)に欠食の申出があった場合は、当該金額を返金致します。			
	家賃相当額	入居一時金との併用方式のため、月払い家賃相当額の支払が必要です。当該月払い家賃相当額は、入居一時金の償却期間経過後も期限に定めなく支払が必要です。専用住戸・共用施設利用の費用として受領する家賃相当費用の月払い分			
	光熱水費	管理費に含む			
その他	—				
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	・医療費、おむつ代等の介護消耗品費、週2回を超える入浴費用、理美容費、協力医療機関以外への通院介助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクリエーションの材料費、特別食(注文食・行事食)、クリーニング代等の個人利用・使用にかかる費用。				

介護保険に係る 利用料 ※13 (適用を受ける場合 1割、2割又は3割が 自己負担)	特定施設入居者生活介護 (川崎市：10.72) (1か月30日の例)				
		月額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
	要介護1	172,377円	17,237円	34,475円	51,713円
	要介護2	193,603円	19,360円	38,720円	58,080円
	要介護3	215,793円	21,579円	43,158円	64,737円
	要介護4	236,376円	23,637円	47,275円	70,912円
	要介護5	258,566円	25,856円	51,713円	77,569円
	個別機能訓練加算 (無・有) 夜間看護体制加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有) 医療機関連携加算 (無・有) 看取り介護加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有) 認知症専門ケア加算 (無・有) 退院・退所時連携加算 (無・有) 入居継続支援加算 (有・無) 生活機能向上加算 (有・無) 口腔衛生管理体制加算 (有・無)、栄養スクリーニング加算 (有・無) 若年性認知症入居者受入加算 (有・無) 介護職員等特定処遇改善加算 (有・無)				
	介護予防特定施設入居者生活介護 (川崎市：10.72) (1か月30日の例)				
		月額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要支援1	58,209円	5,820円	11,641円	17,462円	
要支援2	99,696円	9,969円	19,939円	29,908円	
個別機能訓練加算 (無・有) 夜間看護体制加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有) 医療機関連携加算 (無・有) 看取り介護加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有) 認知症専門ケア加算 (無・有) 退院・退所時連携加算 (無・有) 入居継続支援加算 (有・無) 生活機能向上加算 (有・無) 口腔衛生管理体制加算 (有・無)、栄養スクリーニング加算 (有・無) 若年性認知症入居者受入加算 (有・無)、 介護職員等特定処遇改善加算 (有・無)					

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	毎月請求による月払い		
敷金	無・有 (290,000～430,000円、家賃相当額の2か月分)		
月額利用料	308,000円～378,000円 +税		
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	月額利用料	内 訳	

※10		管理費	食材費	家賃相当額	光熱水費
	323,760円(税込)	149,600円(税込)	29,160円(税込)	145,000円	管理費に含む
	353,760円(税込)			175,000円	
	373,760円(税込)			195,000円	
	393,760円(税込)			215,000円	
算定根拠 ※11	管理費	基礎サービス等に係る人件費・事務費、施設の運営・維持管理全般に係る諸経費、事務管理部門の人件費・事務費、使用する居室及び共用施設の光熱費、厨房運営費、清掃費、点検・補修費、及びそれに係る人件費です。 ※実費で提供するサービスは、介護サービスの一覧表参照			
	介護費用	—			
	食材費	1ヶ月(30日)喫食した場合の食材費：29,160円(税込) 一人1日当たり972円 (朝260円、昼302円、おやつ108円、夕302円) ※上記以外の飲食料品の提供については消費税10%となります。 ※当日含む3日前17時迄(土日祝も含む)に欠食の申出があった場合は、当該金額を返金致します。			
	家賃相当額	・用途 入居者が当該施設に入居し、契約期間中の住まいと日常生活に必要な各種サービスを受ける場として利用するための居住に関する家賃相当の費用 ・算定根拠 当該目的施設の開発費、家賃、施設維持費等を含む総費用を、平均的な余命を勘案して、1室あたりの月額費用を算出したもの。 ※家賃相当額及び敷金は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金及び対価性のない金品に該当しません。			
	光熱水費	管理費に含む			
	その他	—			
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	・医療費、おむつ代等の介護消耗品費、週2回を超える入浴費用、理美容費、協力医療機関以外への通院介助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクレーションの材料費、特別食(注文食・行事食)、クリーニング代等の個人利用・使用にかかる費用。				

介護保険に係る 利用料 ※13 (適用を受ける場 合は1割, 2割又 は3割が自己負担)	一時金方式と同じ
--------------------------------------------------------------	----------

(4) 共通事項

改定ルール (勘案する要素及び改定手続等)	消費者物価指数及び賃金水準等を勘案し、運営懇談会において十分な説明を行い、意見を参考にした上で改定を行う場合があります。
一時金の返還金の保全措置	<p>保全措置の内容 入居者生活保証制度 (公益社団法人全国有料老人ホーム協会)</p> <p>※当社が同制度に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者の全てが退去せざるを得なくなり、且つ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間満了後でも保証金として500万円が支払われる。</p> <p>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</p>
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	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/>有 有の場合の保険名</p> <p>(あいおいニッセイ同和損害保険/ 介護保険・社会福祉事業者総合保険)</p>
消費税の対象外とする利用料等	入居一時金、月払い家賃相当額
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)	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/>有 有の場合は</p> <p>別添短期利用のサービス等の概要 参照</p>

※7 総額表示のこと。

※8 一時金方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 入居一時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枠内に記載すること。

※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、看取り介護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

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	施設の維持管理業務。 日常生活支援サービス業務。 入居者相談業務。
	食費	3食の提供
	その他	レクリエーション・クラブ活動
(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	厨房運営業務を委託。委託先：(株)グリーンハウス	
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	<p>相談窓口（受付）： 施設職員 責任者：施設長（施設管理者） 内容により運営懇談会で協議。当事者間で解決できない場合、次の行政機関等への相談や、裁判所に提訴することも出来ます。施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 Tel 03-3548-1077 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 Tel 045-329-3447 ・川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 事業者指導係 Tel 044-200-2910 	
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）	入居者の主治医または協力医療機関と連携をとり、その指示のもとに対応。状況により119番通報による医療機関への搬入を行うとともに施設から家族へ連絡し、事故の内容や措置に関して報告を行います。また事故についての検証、今後の防止策を講じます。	
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	事業者はご入居者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、ご入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかにご入居者に対して損害を賠償します。ただし、ご入居者に重過失がある場合、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。	
(社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況	協会への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	入居者生活保証制度への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/>

※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(社)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	介護を行う場所は、原則として居室「専用居室」です。	
入居を居住後に替居え室る又場は合施設	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)	なし
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	事業者は、介護居室の住み替えを行う場合には、次の各号に掲げるすべての手続きを行います。それぞれの手続きは書面にて確認します。 一 事業者の指定する医師又は主治医の意見を聴く 二 緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける 三 入居者の権利や前払金又は家賃相当額の額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住み替え後の居室及び権利の変動、居室の専有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者及び身元引受人等に説明を行う 四 入居者の同意を得る なお、その際、入居一時金の減額は行いません。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	なし

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	神奈川いぐさクリニック
	診療科目	内科
	所在地	川崎市宮前区野川 1119-1 フルーリッシュ野川 301 号
	距離および所要時間	2.6km (車で約 8 分)
	協力内容	入居者の健康相談、訪問診療、緊急時往診 (医療費その他費用は入居者の自己負担)
	名称	おひさまクリニック センター北
	診療科目	内科
	所在地	横浜市都筑区中川中央 1-8-11 グラウンドールセンター北 301

	距離および所要時間	3.4km（車で約 10 分）
	協力内容	入居者の健康相談、訪問診療、緊急時往診 （医療費その他費用は入居者の自己負担）
	名称	横浜北クリニック
	診療科目	内科
	所在地	横浜市都筑区中川中央 1-39-44 ツクイ・サンフォレスト横浜センター北 201
	距離および所要時間	3.3km（車で約 10 分）
	協力内容	入居者の健康相談、訪問診療、緊急時往診 （医療費その他費用は入居者の自己負担）
	協力歯科医療機関 （又は嘱託医）の 概要及び協力内容	名称
診療科目		歯科
所在地		相模原市南区上鶴間 5-19-18 和興東林間ビル 2 階
距離および所要時間		14.7km （車で約 37 分）
協力内容		歯科検診、歯科治療等

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）	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者は、協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において治療を受けることができます。 ・医療費は入居者の自己負担となります。 ・入院が長期にわたった場合でも契約は継続しますので、退院後は入院前の居室へ戻ることができます。但し、入院中も管理費等の月額利用料はお支払い頂きます。
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 入居状況等

（2020年7月1日現在）

入居者数及び定員	46人（定員48人）		
入居者内訳	性別	男性 11人	女性 35人

	介護の 要否別	自立 0 人 要介護 38 人 要介護 1 23 人 要介護 2 9 人 要介護 3 2 人 要介護 4 4 人 要介護 5 0 人 要支援 8 人 (内訳)要支援 1 4 人 要支援 2 4 人 未認定 0 人
平均年齢	88.6 歳 (男性 88.9 歳、女 88.3 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)	開催状況：年 2 回開催 (概ね 6 ヶ月に 1 回) 但し、必要な場合は臨時懇談会を開催します。 主な議題 (1) 毎会計年度の終了後 4 か月以内に行う事業者の前年度決算の報告 (2) 過去 1 年以内の時点における目的施設の運営状況 ①年間の入退去者数及び入居期間の分布状況を含む入居者の状況 ②要介護者の状況 ③事故報告・苦情報告及びサービスの提供状況 ④管理費、食材費、介護費用等の充当状況及び収支状況 ⑤目的施設全体のスタッフ数・スタッフ配置体制・スタッフ勤務時間・勤務形態の状況 ⑥行政による指導監査の結果 ⑦その他目的施設の管理・運営の状況	

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

(2019 年 11 月 30 日現在)

	職員数	常勤換算後の		(17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 ()	1.0		
	直接処遇職員	23 (7)	19.8		2
	介護職員	21 (7)	16.0		2
	看護職員	2 (0)	2.0		
	機能訓練指導員	1 ()			
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	()			
	計画作成担当者	2 (1)			
	医師	()			
	栄養士	()			外部委託

調理員	()			外部委託
事務職員	2(0)			
その他職員	10(10)			
合計	38(24)			

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。

○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1の人数	1.5	1.4	1.4
要支援2及び要介護者の人数	38.8	42.6	42.8
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	13.4	14.6	14.8
配置している直接処遇職員の人数 ※17	18.1	18.5	20.3
要支援者・要介護者の合計人数に対する配置直接処遇職員の人数の割合	2.3 : 1	2.4 : 1	2.1 : 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	9 : 00 ~ 18 : 00	
	遅番	10 : 00 ~ 19 : 00	
	夜勤	17 : 00 ~ 翌10 : 00	
	看護職員 早番	8 : 00 ~ 17 : 00	
	日勤	9 : 00 ~ 18 : 00	
	遅番	10 : 00 ~ 19 : 00	

※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	0人(-人)	ホームヘルパー1級	0人(-人)
介護福祉士	12人(-人)	ホームヘルパー2級	9人(-人)

介護支援専門員	0 人 (- 人)	ホームヘルパー 3 級	0 人 (- 人)
実務者研修修了	1 人 (- 人)	無資格者	0 人 (- 人)

注) 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。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 60 歳以上の方で、原則として身元引受人を立てられる方。 ・ 要支援または要介護認定を受けている方 ・ 管理費その他、ご入居者がお支払いされるべき費用を、お支払い頂ける方。 ・ 健康保険に加入されている方 (扶養家族でも可)。 ・ 介護保険に加入されている方。 ・ 暴力団と目される組織に属される方、若しくは此れに類する方ないしは同関係者等でない方。 ・ 身体状況・共同生活への適応力について事業者の審査基準を満たされた方。
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 可
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 ※ 1 9	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居者が逝去した場合 2 入居者が解約した場合 (30 日の予告期間が必要) 3 事業者が解約した場合 (90 日の予告期間が必要) <p>■ 主な解除事由</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより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、入居契約書第 2 9 条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三 入居契約書第 3 条第 4 項の規定に違反したとき 四 入居契約書第 2 0 条の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームに おける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき (その他は入居契約書参照) <p>■ 入居一時金の返還時期</p> <p>事業者からの契約解除、入居契約者による契約解除又は契約の</p>

	終了により、入居契約が解除され、予告期間が満了したときに入居契約における返還金受取人に返還金を返還します。返還金は、契約終了日の翌日から起算して120日以内に返還します。
前年度1年間の施設からの契約解除件数	0 件
体験入居の期間及び費用負担等	利用契約の締結に先立ち、体験利用をすることが出来ます。 1泊2日:11,000円(税込) 最大6泊7日 ※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。 ※上記料金には、食費・水光熱費・施設サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く)が含まれます。

※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、入居一時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)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 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」
「別添3 川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」
「別添4 オムツ価格表」

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行いました。

令和 年 月 日 説明者署名

印_____

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。

令和 年 月 日 署_____名

印_____

別添 1

介護サービス等の一覧表

	(要支援 1～2)		(要介護 1～5)	
介護を行う場所	居室		居室	
	介護保険(※)給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険(※)給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス				
○巡回				
・昼間・夜間	適宜実施	—	適宜実施	—
○食事介助	適宜対応	—	適宜対応	—
○排泄				
・排泄介助	適宜対応	—	適宜対応	—
・おむつ交換	適宜対応	—	適宜対応	—
・おむつ代		実費負担		実費負担
○入浴等				
・清拭	入浴できない場合週 2 回	週 3 回目以上 1 回 1,980 円	入浴できない場合週 2 回	週 3 回目以上 1 回 1,980 円
・一般浴介助	週 2 回	円	週 2 回	週 3 回目以上 1 回 1,980 円
・特浴介助	—	週 3 回目以上 1 回 1,980 円	週 2 回	週 3 回目以上 1 回 1,980 円
○身辺介助				
・体位交換	適宜対応	—	適宜対応	—
・居室からの移動	適宜対応	—	適宜対応	—
・衣類の着脱	適宜対応	—	適宜対応	—
・身だしなみ介助	適宜対応	—	適宜対応	—
○機能訓練	適宜対応	—	適宜対応	—
○通院の介助				
協力医療機関	適宜対応	—	適宜対応	—
	(9 時～17 時 予約制)		(9 時～17 時 予約制)	
協力医療機関以外	—		—	1,980 円/30 分+実費交通費 (予約制)
○緊急時対応		1,980 円/30 分+実費交通費		
・ナースコール	24 時間対応	(予約制)	24 時間対応	
生活サービス				
○家事				
・清掃	週 1 回	実施日以外 1 回 1,650 円	週 1 回	実施日以外 1 回 1,650 円
・リネン交換	週 1 回	実施日以外 1 回 550 円	週 1 回	実施日以外 1 回 550 円
・洗濯	週 2 回	実施日以外 1 回 550 円	週 2 回	実施日以外 1 回 550 円
○居室配膳・下膳	感染症等の場合適宜実施		感染症等の場合適宜実施	
○理美容	—	実費負担	—	実費負担
○代行				
・買物	週 1 回	実施日以外 30 分 1,650 円	週 1 回	実施日以外 30 分 1,650 円
・役所手続	月 1 回	実施日以外 30 分 1,650 円	月 1 回	実施日以外 30 分 1,650 円
健康管理サービス				
・健康診断	年 2 回希望者に実施	—	年 2 回希望者に実施	—
・健康相談	適宜対応	—	適宜対応	—
・生活指導	適宜対応	—	適宜対応	—
・医師の往診	月 2 回の機会提供	実費負担(医療費)	月 2 回の機会提供	実費負担(医療費)
入退院時,入院中のサービス				
・医療費	—	実費負担	—	実費負担
・移送サービス	適宜対応	30 分/1,650 円+実費交通費	適宜対応	1,650 円/30 分+実費交通費
その他サービス				
・レクリエーション	適宜対応	材料費(実費負担)	適宜対応	材料費(実費負担)
・個別的要望による職員対応	—	30 分/1,650 円	—	30 分/1,650 円

*上記金額は税込金額となります。

別添 2

短期利用のサービス等の概要

(1) サービスの内容

利用可能期間	最短 2 日 (1 泊 2 日) ~ 最長 30 日 (29 泊 30 日)
サービスの内容	1 重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である
	2 重要事項説明書「4 サービスの内容」と相違するところがある
	《上記 2 に該当する場合のサービス内容の相違点》 定期健康診断、通院、入退院時のサービスを除く

(2) 利用料

費用の支払方法 ※	利用料その他は、利用終了時に全額払い						
1 日あたりの利用料	11,292 円 (税込)						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
料金プラン	利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食材費	光熱水費	家賃相当額	その他
	11,292 円 (税込)	4,620 円 (税込)	0	972 円 (税込)	管理費に含む	5,700 円	0
算定根拠	管理費	月払い方式で定める管理費の 1 日あたりの額					
	介護費用	—					
	食材費	月払い方式で定める食材費の 1 日あたりの額					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	月払い方式で定める家賃相当額の 1 日あたりの額 (全居室を月払い方式とした際の家賃相当額の平均額)					
	その他	—					
1 日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療費、おむつ代等の介護消耗品費、週 2 回を超える入浴費用、理美容費、協力医療機関以外への通院介助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクレーションの材料費、特別食 (注文食・行事食)、クリーニング代等の個人利用・使用にかかる費用。 						

介護保険に係る利用料 ※ (1割、2割又は3割 が 自己負担)	特定施設入居者生活介護				
		月 額	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
	要介護1	5,745円	574円	1,149円	1,723円
	要介護2	6,453円	645円	1,290円	1,935円
	要介護3	7,193円	719円	1,438円	2,157円
	要介護4	7,879円	787円	1,575円	2,363円
	要介護5	8,618円	861円	1,723円	2,585円
個別機能訓練加算 (無・有)、夜間看護体制加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有)					

(3) その他

利用（契約）に際し ての留意点、特記事 項等	・ 個別的な外出のご要望があっても、お応えできない場合もありますので ご了承ください
------------------------------	-----------------------------------------------

※ 重要事項説明書の当該箇所に準じて記載すること

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。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input 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 type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	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 type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input 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)	有	適合	<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			
8	面談室	有			
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	有	適合	(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	有	適合	<input 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。	
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(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 type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input 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 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。	
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。)

別添 4

オムツ価格表

取り扱いメーカー：(株)光洋・日本製紙クレシア(株)

型	品名	サイズ	1袋	1袋の販売価格
オムツ	幅広テープ	S	22	2,178
		M	20	2,090
		L~LL	17	2,057
リハパン	うす型パンツ前後フリー	S	26	2,420
		M	26	2,530
		L~LL	26	2,640
パッド	ボイス肌ケアパッド レギュラー120	27cm	20	1,056
	ボイス肌ケアパッド スーパー170	30 cm	16	1,100
	ボイス肌ケアパッド 安心スーパー220	30 cm	14	1,100
	ケアパッド 300	共有	30	726
	ケアパッド 400		30	792
	ケアパッド 500		30	1,056
	オンリーワンエアープラス S		28	1,056
	オンリーワンパッド レギュラー		30	1,210
	ズレないテープ付紙パンツ用パッド		51	2,145
	オンリーワンパッド ロング		36	1,870
	オンリーワンパッド スーパーロング		32	1,870
	オンリーワンパッド ワイド		30	2,200
オンリーワンパッド エキストラワイド	28		2,420	

*価格は2019年10月1日現在の販売価格になります。(税込)

*価格はメーカーの商品の改廃、市場価格の変動により変更させていただく場合があります。

*販売は1袋単位の販売になります。

*表示の販売価格は廃棄料を含みます。

*買物代行サービスにてご購入いたしました市販品につきましては、購入代金と廃棄料(税込)の合計金額のご請求になります。

*お持ち込みのオムツについては、別途廃棄料(税込)がかかります。

種類	サイズ	1枚あたりの廃棄料
テープ型	S	22円
	M	28円
	L	33円
	LL	39円
パンツ型	S	22円
	M	28円
	L	39円
	LL	39円
パット	150 cc未満	11円
	150 cc~499 cc	17円
	500 cc以上	22円