

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	中村 雅哉
所属・職名	大和リビングケア株式会社 シニアライフ事業部
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	27(2)002

1 事業主体概要

種類	2 法人					
	※法人の場合、その種類		1 3 その他			
名称	だいわりびんぐけあかぶしきがいしゃ (ふりがな)					
	大和リビングケア株式会社					
法人番号	法人番号有無		1 有			
	法人番号		27S14B063			
主たる事務所の所在地	〒	160	-	0023		
	東京都新宿区西新宿6丁目11番3号					
連絡先	電話番号		03	-	5908	- 0890
	FAX番号		03	-	5908	- 0891
	メールアドレス		nakamasa @ daiwaliving.co.jp			
	ホームページ有無		2 無			
	ホームページアドレス		https://		www.daiwaliving-care.co.jp/	
代表者	氏名		渡邊 光昭			
	職名		代表取締役			
設立年月日	2019	年	9	月	20	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) でいーふえすたみぞのくち						
	ディーフェスタ溝の口						
所在地	〒	231	-	0034			
	神奈川県川崎市高津区上作延5-9-15						
所在地（建物名等）	ディーフェスタ溝の口溝の口						
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		溝の口 駅				
	交通手段と所要時間		東急 田園都市線 溝の口 駅から バスで 4 分 降車後、徒歩 3				
連絡先	電話番号		044	-	870	-	4181
	FAX番号		044	-	854	-	3330
	メールアドレス		hisayoshi.nito @ tnbls.co.jp				
	ホームページ有無		1 有				
	ホームページアドレス		https:// www.tnbls.co.jp/				
管理者	氏名		仁藤 久喜				
	職名		支配人				
建物の竣工日			2015	年	12	月	15 日
有料老人ホーム事業の開始日			2016	年	2	月	1 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	1762.56	㎡					
	所有関係	2 事業者が賃借する土地の場合						
		賃貸の種別	1 普通賃借					
		抵当権の有無	2 なし					
		契約期間	1 あり					
			開始					
			2016	年	1	月	1	日
			終了					
		2046	年	6	月	30	日	
	契約の自動更新	2 なし						
建物	延床面積	全体	2077.01	㎡				
		うち、老人ホーム部分	0	㎡				
	耐火構造	1 耐火建築物						
		3 その他の場合						
	構造	2 鉄骨造						
		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					
					2016	年	1	月	1	日
					終了					
					2046	年	6	月	30	日
			契約の自動更新		2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】		2 相部屋あり							
			2 相部屋ありの場合							
			最少		2	人部屋				
			最大		2	人部屋				
		トイレ	浴室	面積		戸数・室数	区分			
	タイプ1	1 有	2 無	18.2	m ²	26				
	タイプ2	1 有	2 無	21.5	m ²	18				
	タイプ3	1 有	2 無	19.8	m ²	6				
	タイプ4	1 有	2 無	25.2	m ²	2				
	タイプ5	1 有	1 有	41.38	m ²	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	2	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	1	ヶ所
	共用浴室	8	ヶ所	個室	8	ヶ所
				大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴		ヶ所
				リフト浴		ヶ所
				ストレッチャー浴		ヶ所
				その他	1	ヶ所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり			
	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)

運営に関する方針	当住宅では、入居者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう支援いたします。 また、併設および地域の診療所・介護事業所と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。 なお、介護事業所及び医療機関と連携する場合にも、入居者は連携先以外のサービス事業者のサービス(介護保険サービス、医療サービス等)を自由に選択できます。
サービスの提供内容に関する特色	24時間365日棟内にスタッフが常駐して、日中夜間を問わず緊急時の対応をします。 棟内入居者同士はもちろんのこと地域住民との交流を図るためのイベント・レクリエーションをします。
入浴、排せつ又は食事の介護	3 なし
食事の提供	2 委託
洗濯・掃除等の家事の供与	3 なし
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（Ⅰ）		
	入居継続支援加算（Ⅱ）		
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）		
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		
	個別機能訓練加算（Ⅰ）		
	個別機能訓練加算（Ⅱ）		
	ADL維持等加算（Ⅰ）		
	ADL維持等加算（Ⅱ）		
	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		
	口腔・栄養スクリーニング加算		
	科学的介護推進体制加算		
	退院・退所時連携加算		
	看取り介護加算（Ⅰ）		
	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)	
		(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	川崎高津診療所	
	住所	神奈川県川崎市高津区溝口4丁目1-3 〒231-0001	
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容		

協力医療機関	2	名称	メディックスクリニック溝の口
		住所	神奈川県川崎市高津区下作延5-11-12 〒213-0033
		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	メディックス溝のロガーデンクリニック
		住所	神奈川県川崎市高津区下作延5-29-1 〒213-0033
		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	1	あり
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項			
契約解除の内容			
事業主体から解約を求め る場合	解約条項		
	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	2	なし	
	1	ありの場合	
		(内容)	
入居定員	56	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	9	2	7	6.975
直接処遇職員	0	0	0	0
介護職員	0	0	0	0
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	2	0	2	1
調理員	6	1	5	2.1
事務員	0	0	0	0
その他職員	1	0	1	0.5
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	0	0	0
介護福祉士	3	3	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	7	2	5
介護支援専門員	1	1	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	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0	0	0
理学療法士	0	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0	0
柔道整復士	0	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0
はり師	0	0	0	0	0
きゅう師	0	0	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(17 時 0 分 ~ 時 分)					
	平均人数			最少時人数 (休憩者等を除く)		
看護職員	0	人	0	人	0	人
介護職員	1	人	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						1 あり					
		業務に係る 資格等		1 あり									
				1 ありの場合									
				資格等の名称						介護福祉士 介護支援専門員			
		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						0	2						
前年度1年間の退職者数						0	0						
に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数	1 年未満					0	1						
	1 年以上 3 年未満					1	2						
	3 年以上 5 年未満					0	2						
	5 年以上 10 年未満					1	2						
	10 年以上					0	0						
従業者の健康診断の実施状況			1 あり										

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】		2 建物賃貸借方式	
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	無し	
	手続き	無し	

(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			80	歳	80	歳	
居室の状況	床面積			18.2	m ²	25.2	m ²	
	便所			1	有	1	有	
	浴室			2	無	2	無	
	台所			2	無	1	有	
入居時点で必要な費用	前払金			0	円	0	円	
	敷金			192000	円	231000	円	
月額費用の合計				186850	円		円	
家賃				64000	円	77000	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			55830	円	55830	円
		管理費			25000	円	25000	円
		介護費用				円		円
		光熱水費				円		円
		その他			44000	円	44000	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	近傍同種の普通賃貸借建物相場に準じた平米単価で設定 (64,000円/18.2m ² ~ 124,000円/41.38m ²)
敷金	家賃の 3 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。	無し

管理費	共益費： 備付け機器、水栓・トイレ排水配管の管理、上下水道使用量 (25,000円/室 ～ 36,000円/室)
食費	税込 朝食421円、昼食637円、夕食803円 ※1日3食×月30日利用の場合の料金) 税込 55,830円/人
光熱水費	無し 上下水道料 共益費込み 電気使用料 入居者による電力会社との個別契約
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	生活支援サービス費： 生活支援サービスおよび緊急時対応・夜間勤務等の人員配置 税込 44,000円/人

(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	15	人
	女性	40	人
年齢別	65歳未満	1	人
	65歳以上75歳未満	5	人
	75歳以上85歳未満	18	人
	85歳以上	31	人
要介護度別	自立	12	人
	要支援 1	9	人
	要支援 2	5	人
	要介護 1	21	人
	要介護 2	6	人
	要介護 3	1	人
	要介護 4	1	人
	要介護 5	0	人
入居期間別	6ヶ月未満	13	人
	6ヶ月以上1年未満	3	人
	1年以上5年未満	20	人
	5年以上10年未満	19	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	84.9	歳
入居者数の合計	55	人
入居率※	100	%
※ 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	4	人
	社会福祉施設	2	人
	医療機関	1	人
	死亡	2	人
	その他	1	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人
		（解約事由の例）	
	入居者側の申し出	10	人
		（解約事由の例） ・居室内看取りによる逝去 ・指定庵病疾患による入院 ・ご自宅リフォーム完成につき戻り入居 ・要介護度の進行による施設入所 ・費用負担増による自宅待機での施設検討	

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		・ディーフェスタ溝の口								
電話番号		044	-	870	-	4181				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	土曜	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
定休日		無し								

窓口2									
窓口の名称			川崎市 まちづくり局 住宅整備推進課						
電話番号			044	-	200	-	2996		
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			土曜日、日曜日、祝祭日						
窓口3									
窓口の名称			川崎市 まちづくり局 住宅整備推進課						
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			土曜日、日曜日、祝祭日						
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	ありの場合
	その内容	東京海上日動火災保険
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	サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに家族、主治医、関係医療機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について状況報告書を作成し、再発防止に努めます。また報告書は作成後2年間保管すること
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	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	2 なし	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 回	
	2 なしの場合	
	2 代替措置なし	
	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	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
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	1 あり	
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	2 なし	
	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。

|

|

I

|

|

