

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成30年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	スミリンフィルケア株式会社
代表者名	代表取締役 間庭 和夫
所在地	東京都千代田区内神田一丁目2番2号
電話番号/FAX番号	電話 03-3518-8588 / FAX 03-3233-8812
ホームページアドレス	http://www.fillcare.co.jp
資本金(基本財産)	1億円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	住友林業株式会社
設立年月日	平成16年5月6日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)2,523百万円 (費用)2,558百万円 (損益)▲35百万円
会計監査人との契約	無 ・ 有 ()
他の主な事業	通所介護

※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	エスペランサ川崎	
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 指定介護保険特定施設 (番号1475001663、指定年月日 平成19年7月1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	2.5 : 1 以上 要介護認定を受けている方に対して、現在及び将来にわたって、要介護者2.5人に対して職員1人以上の割合（年度ごとの平均値）で介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護サービスの職員配置基準（3 : 1以上）を上回る手厚い体制であり、保険外に別途費用を受領できるとされています。 なお、職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また常時要介護者2.5人に職員が1人お世話するものではありません。			
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可（入居者の希望により当社が運営する施設へ住み替えができる場合があります。） 2 提携ホーム移行型（ ）		
開設年月日	平成19年7月1日			
施設の管理者氏名	渡邊 公彦			
所在地	神奈川県川崎市川崎区榎町2-2			
電話番号	044-244-9300			
交通の便 ※3	京急「川崎駅」徒歩8分（640m）			
ホームページアドレス	http://www.fillcare.co.jp			
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 404.48㎡			
建物概要	権利形態 所有 ・ <u>借家</u> （借家の場合の契約形態） <u>通常借家契約</u> ・ 定期借家契約 （借家の場合の契約期間） 平成19年6月29日～平成39年6月28日 （通常借家契約における自動更新条項の有無） 無 ・ <u>有</u> 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下-階 地上7階建 (<u>耐火</u> ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 1,802.00㎡（うち有料老人ホーム1,802.00㎡） 建築年月日 平成19年6月29日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u> ・ その他（ ）			
居室、一時介護室の概要	居室総数 40室 定員 40人（一時介護室を除く） （内訳）			
	居室	居室定員	室数	面積
		個 室	40室	16.13㎡～16.65㎡
		うち2人定員	-室	㎡～ ㎡
		2人部屋（相部屋）	-室	㎡～ ㎡
	人部屋（相部屋）	-室	㎡～ ㎡	
	一時介護室	個 室	-室	㎡～ ㎡
2人部屋（相部屋）		-室	㎡～ ㎡	
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）	食堂		設置階 4階（32.86㎡） 5階（32.86㎡） ※両階とも機能訓練コーナー兼用	
	浴室	一般浴槽	設置階 2階（22.34㎡） 3階（個浴 3.20㎡） 6階（個浴 3.20㎡）	
	浴室 （介護浴槽）	リフト浴	設置階 —（㎡）	
		ストレッチャー浴	設置階 2階（8.00㎡） 一般浴槽と同一場所に設置（カーテンでの仕切りあり）	
	便所		設置箇所 各居室、1、4、5階に共用	
	洗面設備		設置箇所 各居室、1、4、5階に共用	
	医務室（健康管理室）		設置階 2階（16.65㎡）	
	談話室		設置階 7階（11.10㎡）	
	面談室		設置階 7階（11.10㎡）	
	事務室		設置階 1階	
	洗濯室		設置階 2階（8.84㎡）	
	汚物処理室		設置階 3階（5.17㎡） 6階（5.17㎡）	
	看護・介護職員室		設置階 4階（5.17㎡） 5階（5.17㎡） 7階（5.17㎡）	
	機能訓練室		設置階 4階（32.86㎡） 5階（32.86㎡） 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 —（㎡）	
	エレベーター ※5		1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 全館（各居室、設備、廊下）	
	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）	
	消防用設備等	消火器		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
		自動火災報知設備		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
火災通報設備		無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
スプリンクラー		無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
防火管理者		無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
防災計画（水害・土砂災害を含む）		無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
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 各居室（ベット横）に会話可能なケアコールを設置。各居室（トイレ横）及び共用部分（浴室、トイレ）にコールを設置 安否確認の方法・頻度等 要介護の方は2時間に1回。その他必要に応じ適宜見回り。			
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	入居者の希望により当社が運営する施設へ住み替えができる場合があります。			

- ※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		前払い方式	月払い方式	選択方式
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 日割り計算で減額 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	消費者物価指数及び人件費、物価の変動を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて同意を得た上で行う。		
	手続き方法			

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居日までに弊社指定の銀行口座へお振込み下さい		
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 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	4,560,000円 ～17,400,000円	
想定居住期間又は償却期間	48ヶ月～120ヶ月		
算定の基礎 (内訳)	■特別プラン 月額単価 (145,000円) の全額を前払金として受領 月額単価 (145,000円) × 想定居住期間 (48ヶ月～120ヶ月) により算出 ■基本プラン 月額単価 (145,000円) の一部 (95,000円) を前払金として受領し、残額 (50,000円) を月額利用料として受領 月額単価 (95,000円) × 想定居住期間 (48ヶ月～120ヶ月) により算出 [月額単価の説明] 近傍同種家賃を参照し算出 [想定居住期間の説明] 当社既存施設を元に統計的に算定し、居住継続率が概ね50%になるところから算出		

解約時の返還金（算定方法等）	<p>【入居金償却期間内の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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は、前払金の非返還対象分とし、入居日の翌日に償却するとともに、残金を各月毎に均等に償却期間月数で償却。 ・ 償却期間は想定居住期間 ・ 返還金は本契約終了の翌日から起算して90日以内に返還 <p>算定式 (前払金－想定居住期間を超えて契約継続に備えて事業者が受領する額) ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <table border="0"> <tr> <td>償却期間月数</td> <td>65歳～69歳</td> <td>120ヶ月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>70歳～79歳</td> <td>96ヶ月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>80歳～89歳</td> <td>72ヶ月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>90歳以上</td> <td>48ヶ月</td> </tr> </table> <p>・ 入居日より3月以内に退去した場合は前払金全額を返還します。但し、この場合、一日あたりの利用料、及び原状回復費用（必要な場合）を徴収します。</p> <p>算定式 前払金の1日当たりの利用料 「 (前払金÷想定居住期間の月数) ÷ 30 」</p>							償却期間月数	65歳～69歳	120ヶ月		70歳～79歳	96ヶ月		80歳～89歳	72ヶ月		90歳以上	48ヶ月
	償却期間月数	65歳～69歳	120ヶ月																
	70歳～79歳	96ヶ月																	
	80歳～89歳	72ヶ月																	
	90歳以上	48ヶ月																	
返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（想定居住期間を超えて事業者が受領する額を入居日の翌日に事業者は取得する）																		
初期償却の開始日	入居日の翌日に事業者は取得する																		
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	170,640円（うち消費税12,640円） ～ 220,640円（うち消費税12,640円）																		
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																		
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 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												
	① 159,840 うち消費税 12,640	84,240 うち消費税 6,240	0	64,800 うち消費税 4,800	21,600 うち消費税 1,600	0	0												

	② 220,640 うち消費税 12,640	84,240 うち消費税 6,240	0	64,800 うち消費税 4,800	21,600 うち消費税 1,600	50,000 非課税	0
	① 特別プラン、②基本プラン						
算定根拠 ※11	管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費					
	介護費用	-					
	食費	1日当たり 2,160円（うち消費税160円）×30日で積算 1日2,160円（うち消費税160円） （内訳）朝食540円（うち消費税40円） 昼食756円（うち消費税56円） 夕食864円（うち消費税64円） ※外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合は、 厨房維持管理費を除く朝食275円・昼食386円・夕食443円を返 金させていただきます。					
	光熱水費	入居者等が居室で使用する水道、電気の使用料については光熱 水費として既定の額を お支払いいただきます。電話料及びNHK受信料これらに類す る公共料金については、 これを供給する事業体の料金規程及び支払い方法によります。					
	家賃相当額	近傍同種家賃を参照し算出。なお、プランによって一部または 全額を前払金充当					
	その他	75,600円（うち消費税5,600円） 自立者の別途負担 （要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス等 にかかる人件費として）					
月額利用料に含まれな い実費負担等 ※12	〔要介護者・要支援者〕 介護保険の本人負担分 〔自立・要介護者・要支援者共通〕 医療費、オムツ、理美容、小旅行実費、希望による清拭、週4回以上の洗濯、 週2回以上の清掃、被服クリーニング、市外通院の介助、市外への入退院時移 送、週2回以上の買い物代行、月2回以上の役所手続き、年3回以上の定期健 康診断、行事食の通常食との差額						

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)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (1割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>171,734円</td> <td>17,174円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>192,638円</td> <td>19,264円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>214,828円</td> <td>21,483円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>235,411円</td> <td>23,542円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>257,280円</td> <td>25,728円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)	要介護1	171,734円	17,174円	要介護2	192,638円	19,264円	要介護3	214,828円	21,483円	要介護4	235,411円	23,542円	要介護5	257,280円	25,728円	
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)																	
	要介護1	171,734円	17,174円																	
	要介護2	192,638円	19,264円																	
	要介護3	214,828円	21,483円																	
	要介護4	235,411円	23,542円																	
	要介護5	257,280円	25,728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 <input type="checkbox"/> (I)ロ																		
		(II)																		
		(III)																		
		(IV)																		
介護職員処遇改善加算	(無・有)	<input type="checkbox"/> 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)																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (1割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>67,385円</td> <td>6,739円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>112,281円</td> <td>11,229円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)	要支援1	67,385円	6,739円	要支援2	112,281円	11,229円											
区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)																		
要支援1	67,385円	6,739円																		
要支援2	112,281円	11,229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 <input type="checkbox"/> (I)ロ																		
		(II)																		
		(III)																		
		(IV)																		
介護職員処遇改善加算	(無・有)	<input type="checkbox"/> I																		
		II																		
		III																		
		IV																		
		V																		

(3) 月払い方式

費用の支払方法※9	契約締結日までに一括払い						
敷金	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (600,000円、家賃相当額の4.1か月分)						
月額利用料	315,640円 (うち消費税12,640円)						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> ・ 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
	315,640 うち消費税 12,640	84,240 うち消費税 6,240	0	64,800 うち消費税 4,800	21,600 うち消費税 1,600	145,000 非課税	0
算定根拠 ※11	管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人員費・事務費					
	介護費用	-					
	食費	1日当たり 2,160円 (うち消費税160円) ×30日で積算 1日2,160円 (うち消費税160円) (内訳) 朝食540円 (うち消費税40円) 昼食756円 (うち消費税56円) 夕食864円 (うち消費税64円) ※外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合は、 厨房維持管理費を除く朝食275円・昼食386円・夕食443円を返金させていただきます。					
	光熱水費	入居者等が居室で使用する水道、電気の使用料については光熱水費として既定の額をお支払いいただきます。電話料及びNHK受信料これらに類する公共料金については、これを供給する事業体の料金規程及び支払い方法によります。					
	家賃相当額	当社における入居金プランと月払プランにおける退去率と一定期間の空室発生リスク等を踏まえ、長期にわたって安定的な経営ができるように設定しております。					
	その他	75,600円 (うち消費税5,600円) 自立者の別途負担 (要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス等にかかる人件費として)					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	〔要介護者・要支援者〕 介護保険の本人負担分 〔自立・要介護者・要支援者共通〕 医療費、オムツ、理美容、小旅行実費、希望による清拭、週4回以上の洗濯、週2回以上の清掃、被服クリーニング、市外通院の介助、市外への入退院時移送、週2回以上の買い物代行、月2回以上の役所手続き、年3回以上の定期健康診断、行事食の通常食との差額						

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	194,053 円	19,406 円
	要介護2	216,318 円	21,632 円
	要介護3	240,331 円	24,034 円
	要介護4	262,597 円	26,260 円
	要介護5	286,266 円	28,627 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)
			(Ⅲ)
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	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	67,385 円	6,739 円	
要支援2	112,281 円	11,229 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)	
		(Ⅲ)	
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ	
		Ⅱ	
		Ⅲ	
		Ⅳ	
		Ⅴ	

(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人件費、物価の変動を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて同意を得た上で行う。
前払金の返還金の保全措置	<p>保全措置の内容（不動産信用保証株式会社が行う「前払金保証事業」に抛出し、保全を実施。保証金については保全措置の対象外とします。）</p> <p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <p>無の場合の理由（ ）</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</p> <p>有の場合の保険名 三井住友海上火災保険株式会社 （ 総合賠償責任保険、団体総合生活補償保険 ）</p>
消費税の対象外とする利用料等	前払金、家賃相当額 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。
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><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</p> <p>有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照</p>

※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	介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿い、同時に利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、必要とされるサービス提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	機能維持のための訓練に注力し、自立支援に向けた取組みを行なっています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	管理費	共用施設の管理、補修、フロントにおける各種取次ぎサービス、入退院時の手続き介助、生活相談						
	食費	1日3食（定食方式）、おやつ 食堂内配膳（必要時居室配膳・下膳）、栄養管理						
	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	委託先：イフスコヘルスケア株式会社 委託内容：厨房業務全般							
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	<table border="1"> <tr> <td>施設担当者 (ホーム長) 渡邊 公彦</td> <td>044-244-9300</td> </tr> <tr> <td>本社窓口 (担当責任者) 運営管理部長 北村 謙一</td> <td>03-3518-8588</td> </tr> </table>		施設担当者 (ホーム長) 渡邊 公彦	044-244-9300	本社窓口 (担当責任者) 運営管理部長 北村 謙一	03-3518-8588		
	施設担当者 (ホーム長) 渡邊 公彦	044-244-9300						
本社窓口 (担当責任者) 運営管理部長 北村 謙一	03-3518-8588							
<p>「苦情解決細則」に従い担当者に連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。 また、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> <table border="1"> <tr> <td>公益社団法人 全国有料老人ホーム協会</td> <td>03-3548-1077</td> </tr> <tr> <td>神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係</td> <td>045-329-3447</td> </tr> <tr> <td>川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課</td> <td>044-200-2454</td> </tr> </table>			公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	03-3548-1077	神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係	045-329-3447	川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課	044-200-2454
公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	03-3548-1077							
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係	045-329-3447							
川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課	044-200-2454							
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）	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関の24時間電話窓口への連絡若しくは119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。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"/> 有
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	<p>介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、速やかに誠実に対応します。但し、地震、戦争、暴動等の天災、人災、あるいは入居者の故意、重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。</p> <p>（引受会社） 三井住友海上火災保険株式会社 ・ 損害保険（死亡・後遺障害、入院・通院保険） （引受会社） 三井住友海上火災保険株式会社 ・ 総合賠償責任（業務上の事故に伴う賠償責任）</p>
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	<p>協会への加入 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <p>入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p>

※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	入居されている介護居室において介護します。		
<table border="1"> <tr> <td>入居後住みに替居</td> <td>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）</td> </tr> </table>	入居後住みに替居	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）	—
入居後住みに替居	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）		

<p>え室 る又 場は 合施 設</p>	<p>従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）</p>	<p>介護居室等から他の介護居室への住み替え</p> <p>1. 事業者からの申出による住み替えの場合 事業者は、入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。この場合、事業者は居室の住み替え等により、入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、次の各号の手続きを行います。</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く ②入居者の意思を確認する ③入居者の身元引受人の意見を聴く ④緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ⑤住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人に説明を行う。 ⑥入居者の同意を得る。</p> <p>居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。この場合、居室の清掃費及び原状回復費はございません。前払金の精算については、現居室の償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の償却残額に合わせるものとします。現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。ただし、現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが多い場合は、その差額は頂きません。</p> <p>2. 入居者からの申出による住み替えの場合 事業者は、入居者から目的施設内におけるサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、サービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <p>居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。また、居室の変更による契約プランの変更は致しません。この場合、入居者は居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。</p> <p>前払金の精算については、現居室の前払金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の前払金償却残額に合わせるものとします。現居室の前払金償却残額より、住み替え後居室の前払金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現居室の前払金償却残額より、住み替え後居室の前払金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。</p>
--------------------------------------	--------------------------------	--

	<p>提携ホームへ住み替える場合（同上）</p>	<p>事業者は、入居者から事業者が運営する他の施設へのサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、事業者が運営する他の施設へのサービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <p>変更にあたっては、目的施設における全ての契約を解約し、変更を希望される施設で新たな契約を締結して頂く事で、居室の利用権は現施設における居室から、新しい施設における居室に変更となります。</p> <p>この場合、入居者は、居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。前払金の精算については、現施設における居室の前払金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後施設における居室の前払金償却残額に合わせるものとします。現施設における居室の前払金償却残額より、住み替え後施設における居室の前払金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現施設における居室の前払金償却残額より、住み替え後施設における居室の前払金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。償却年数については、住み替え後施設における居室の償却年数に合わせるものとし、住み替え後施設における居室の償却年数から、現施設における居室での居住年数（契約締結時年齢）を差し引いた年数を、住み替え後施設における居室の償却年数とします。ただし、この申出が、申出時に先に定める償却期間を超えている場合、住み替え変更の申出はお受けできません。</p>
--	--------------------------	--

6 医療

<p>協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容</p>	<p>名 称</p>	<p>医療法人社団檜会 川崎中原クリニック</p>
	<p>診療科目</p>	<p>内科、循環器科、ヒフ科</p>
	<p>所在地</p>	<p>川崎市中原区西加瀬1-7-8 エクセレントビュー元住吉1階</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>約1.6km 車で30分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>入居者の受診、治療、定期健康診断、健康相談指導 等</p>
	<p>名 称</p>	<p>医療法人社団招福会 川崎七福診療所</p>
	<p>診療科目</p>	<p>内科 循環器科</p>
	<p>所在地</p>	<p>神奈川県川崎市川崎区小田1-1-2 ソルスティス京町ビル4F</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>2.3km 車で8分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>入居者の受診、治療、定期健康診断、健康相談指導 等</p>

	名 称	医療法人社団葵会 AOI 国際病院
	診療科目	内科 外科
	所在地	神奈川県川崎市川崎区田町 2-9-1
	距離及び所要時間	4.4km 車で 14 分
	協力内容	医療提供
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団藤栄会 日航ビル歯科室
	診療科目	歯科・小児歯科・歯科口腔外科 審美歯科・訪問歯科
	所在地	川崎市川崎区日新町 1 日航ビル 6 階
	距離及び所要時間	約 1.2 km 徒歩 20 分
	協力内容	診療・専門的口腔ケア・口腔リハビリ 歯科衛生指導
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>[通院] 協力医療機関への通院同行は月額使用料に含みます。 （自立者の通院介助は実費負担）</p> <p>[入院] ・医師の判断を基本として入居者及びご家族とお話し合いいただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は管理費、光熱水費、家賃相当額をお支払いください。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は前払金及び月額利用料に含みます。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また週 1 回の清掃を行います。</p>	

7 入居状況等

（平成 30 年 7 月 1 日現在）

入居者数及び定員	40 人（定員 40 人）			
入居者の状況	男 性	9 人、女 性	31 人	
	自 立	0 人		
	要介護	35 人	(内訳)	要介護 1 5 人
			要介護 2 9 人	
			要介護 3 11 人	
要介護 4 7 人				
要介護 5 3 人				
要支援	5 人	(内訳)	要支援 1 3 人	
		要支援 2 2 人		
平均年齢	88.2 歳（男性 83.2 歳、女性 89.6 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回実施 ・過去1年間の開催状況 		
	開催日	参加人数	主な議題及び主な意見
	平成28年 7月24日	13	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長交代の挨拶 ・本社移転・資本金増資 ・運営状況の報告 ・行事報告 ・医療体制の強化等
平成29年 1月22日	10	<ul style="list-style-type: none"> ・現金書留紛失の謝罪・対策 ・行事報告 ・感染症対策・定期健診のお知らせ ・計画作成担当者変更の挨拶等 	

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

(平成30年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌9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 (0)	/		生活相談員を兼務		
	生活相談員	4※ (0)			介護職兼務		
	直接処遇職員	18 (2)	17.7	0			
	介護職員	18 (4)	15.7	0	2		
	看護職員	2 (0)	2.0	0			
	機能訓練指導員	1 (1)	/				
	理学療法士	1 (1)					
	作業療法士	0 (0)					
	その他	0 (0)					
	計画作成担当者	1 (0)					
	医師	0 (0)					
	栄養士	0 (0)				厨房会社委託	
	調理員	0 (0)				厨房会社委託	
	事務職員	1 (0)					
	その他職員	4 (4)				庶務	
合計	31 (9)						

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注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。

注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。

注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

管理者	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	1	0	6	1	1	0	0	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	
業務に 応じた 従事した 職員の 経験 年数	1年未満	2	0	6	1	1	0	0	0	1	0
	1年以上 3年未満	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		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	7.0	6.0	5.0
要介護者の人数	25.0	28.0	35.0
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	10.8	11.9	12.17
配置している直接処遇職員の人数 ※17	15	12.5	16.6
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	1.8 : 1	2.4 : 1	2.2 : 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 8:00～17:00 日勤 9:00～18:00 遅番 10:30～19:30 夜勤 17:00～ 9:30
	看護職員 日勤 9:00～18:00

※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(0人)	介護職員実務者研修修了者	人(人)
介護福祉士	8人(人)	介護職員初任者研修修了者	8人(人)
介護支援専門員	0人(人)	資格なし	0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

入居者の条件(年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	概ね65歳以上で自立の方。 要支援及び要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人を1名定めていただきます。身元引受人は、本契約に基づく入居者の債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <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 ※19	<p>[事業者の契約解除事由]</p> <p>1. 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、本契約を解除することがあります。</p> <p>(1) 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</p> <p>(2) 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</p> <p>(3) 入居契約書第3条(目的施設の終身利用契約)第4項の規定に違反したとき</p> <p>(4) 入居契約書第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>(5) 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</p>

		<p>2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>(1) 契約解除の通告について、90日の予告期間をおく</p> <p>(2) 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>(3) 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、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3. 第1項5号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第1号及び第2号に掲げる手続きを行います。</p> <p>(1) 医師の意見を聴く</p> <p>(2) 一定の観察期間を置く</p> <p>4. 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>(1) 入居契約書第45条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>(2) 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>(3) 入居契約第20条（禁止又は制限される行為）第1項第6号から第8号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>〔入居者からの契約解除〕</p> <p>1. 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとしします。</p> <p>2. 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は、事業者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ものと推定します。</p> <p>3. 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>(1) 第45条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>(2) 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p> <p>〔前払金の返還〕について</p> <p>「3. 利用料 解約時の返還金」の通り計算し、契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還します。</p>	
<p>退去者の状況</p> <p>前年度における</p>	<p>退去先別の人数</p>	<p>自宅等</p>	<p>1人</p>
		<p>社会福祉施設</p>	<p>人</p>
		<p>医療機関</p>	<p>1人</p>
		<p>死亡者</p>	<p>4人</p>
		<p>その他</p>	<p>人</p>
	<p>生前解約の状況</p>	<p>施設側の申し出</p>	<p>0人</p>

		(解約事由の例)
		2人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 医療依存度が高くなった為
体験入居の期間及び費用負担等	<ul style="list-style-type: none"> ・体験入居（最長7泊8日、3食付） 1泊12,960円（うち消費税960円） ・長期体験入居（最長30泊31日、3食付） 1泊16,200円（うち消費税1,200円） 介護保険は適用外となります。	

※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、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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 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）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 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」（設定がある場合のみ）

別添3「川崎市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 _____