

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成29年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社アプルール
代表者名	島田 啓史
所在地	神奈川県鎌倉市稲村ヶ崎2-8-27
電話番号/FAX番号	0466-22-3400/0466-25-1670
ホームページアドレス	http://apprule.jp/
資本金(基本財産)	5,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	島田 啓史(88.2%)、島田 教子(11.8%)
設立年月日	昭和63年 3月 1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)857,392,037円 (費用)834,502,036円 (損益)22,890,001円
会計監査人との契約	(無)・有( )
他の主な事業	訪問介護、認知症対応型入居者生活介護

※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	介護付有料老人ホーム アプルール秦野	
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 県指定介護保険特定施設 (番号 1472801826、指定年月日 H26.9.1) 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	1:1.7 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26年9月1日	
施設の管理者氏名	加藤 愛	
所在地	〒259-1306 秦野市戸川130-1	
電話番号	0463-75-6111	
交通の便 ※3	小田急線「渋沢駅」下車、駅から約2.5km	

ホームページアドレス	http://apprule.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 1,774.00㎡																													
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) 年 月 日～年 月 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 鉄筋コンクリート造り 地上3階建 (耐火) ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 1,997.83㎡ (うち有料老人ホーム1,685.16㎡) 建築年月日 昭和60年5月21日建築 改築年月日 平成19年10月5日改築 建築確認の用途指定 (有料老人ホーム) ・ その他(共同住宅)																													
居室、一時介護室の概要	居室総数 37室 定員 43人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>37室</td> <td>16.80㎡～33.60㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>6室</td> <td>33.60㎡～33.60㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	37室	16.80㎡～33.60㎡	うち2人定員	6室	33.60㎡～33.60㎡	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	㎡～㎡
	居室定員	室数	面積																											
居室	個室	37室	16.80㎡～33.60㎡																											
	うち2人定員	6室	33.60㎡～33.60㎡																											
	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 1階 ( 89.24㎡)																												
	浴室	一般浴槽	設置階 1階 2箇所 (9.00㎡と9.00㎡)																											
			2階 2箇所 (9.00㎡と9.00㎡)																											
			3階 2箇所 (9.00㎡と9.00㎡)																											
			4階 2箇所 (9.00㎡と9.00㎡)																											
	浴室	リフト浴	設置階 1階 1箇所 ( 16.80㎡)																											
		ストレッチャー浴	設置階 ( ㎡)																											
	便所	設置箇所 1階 2箇所																												
		2階 1箇所 ※各居室にも設置																												
	洗面設備	設置箇所 1階 2箇所 ※各居室にも設置																												
	医務室(健康管理室)	設置階 1階 ( 5.48㎡)																												
	談話室	設置階 2階 ( 18.57㎡)																												
	面談室/応接室	設置階 2階 ※談話室と兼用																												
事務室	設置階 1階																													
宿直室	設置階 1階 ※事務室と兼用																													
洗濯室	設置階 1階 ( 20.00㎡)																													
汚物処理室	設置階 1・2・3階 各1箇所																													

	看護・介護職員室	設置階 1階 ※事務室と兼用
	機能訓練室	設置階 1階 ( 89.24㎡) 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 ( ㎡)
	外来者宿泊室	設置階 ( ㎡)
	エレベーター ※5	2基(うちストレッチャー搬入可 0基)
	スプリンクラー	設置箇所 共有部及び各居室
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.50m~1.50m)
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 ケアコール(各居室のリビングとトイレ、共用トイレ・浴室) 電話設備(各居室リビング) 安否確認の方法・頻度等 ヘルパー居室巡回・・・昼5～10回、夜2人体制3～10回	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	街角の家秦野(営業主体：株式会社アプルール) 312.67㎡ サービス種類：認知症対応型(介護予防) 共同生活介護 介護保険事業所番号：1492800048	
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	前払い方式	月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 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8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	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する。	
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴き、入居者または身元引受人の同意を得る。	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金：契約時又は入居時に一括支払い 利 用 料：毎月末日までに翌月分支払い
敷 金	㊦・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)	◇自立 居室小 7,982,500 円 居室大 11,973,700 円 1 法第29条第6項に規定される前払い金 ◇要支援・要介護 居室小 6,403,000 円 居室大 9,604,500 円
想定居住期間又は償却期間	償却期間：自立120ヶ月、要支援・要介護84ヶ月
算定の基礎（内訳）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の開発費、土地代、建物の建設費、大規模修繕費、借入利息、管理事務費等</li> <li>・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標準指導指針及び事務連絡（H24年3月16日付）で示された算式に基づき算定します。具体的な算定方法は別紙で示します。</li> </ul>
解約時の返還金（算定方法等）	<p>(1) 償却期間内に契約が終了する場合</p> <p>① 1人入居で契約が終了する場合 返還金＝入居一時金×（自立：90.2%、要支援・要介護：78.71%）÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数） ※償却期間を超える場合、返還金はありません。</p> <p>② 2人入居で一方の契約が終了する場合 加算入居一時金を対象に上記の算式で返還金を算出します。 ※償却期間を超える場合、返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。</p> <p>(2) 短期解約特例 入居日の翌日から3ヶ月以内の契約解除の場合又は死亡により契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返還します。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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定方法 入居一時金×（自立：90.2%、要支援・要介護：78.71%）÷（想定居住期間の月数）÷30×（入居日から契約終了日までの実日数）</li> <li>・「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費用」は全額返還します。</li> <li>・月払い利用料については、日割り清算をします。</li> <li>・必要な原状回復費用があれば受領します。</li> </ul> <p>※一室2人入居の場合において、入居者のうちどちらか一方が解約した場合又は死亡した場合は、2人目に関わる前払金を対象として前述の規程を適用します。</p>

返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="radio"/> (入居一時金毎に異なる) ・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初期償却とし、入居一時金に占める割合は自立：9.80%、要支援・要介護：21.29%とします。 ・この額は、短期解約特約による契約終了の場合を除き返還しません。						
初期償却の開始日	入居日の翌日						
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	1人入居：189,000円 2人入居：307,000円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 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名) 189,000	135,000	—	54,000	—	—	—
(2名) 307,000	199,800	—	108,000	—	—	—	
算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費					
	介護費用	—					
	食費	1名当り：1,800円/1日(3食)×30日=54,000円					
	光熱水費	—					
	家賃相当額	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出					
その他	—						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	電話代(初回工事費6,480円+基本料金1,438円+通話料金)、電気代(基本料1,728円+使用料)、共用冷暖房費(2,160円)、介護用品費、有料レクリエーション、嗜好品、入院中のお世話代等別途利用料を徴収した上で実施するサービス。						

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 (1割の場合)
要介護1	177,681円	17,769円
要介護2	199,022円	19,903円
要介護3	222,019円	22,202円
要介護4	243,357円	24,336円
要介護5	266,023円	26,603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)
介護職員処遇改善加算	(無・有) ○	(Ⅲ)
		(Ⅳ)
		(Ⅴ)
		(Ⅵ)
		(Ⅶ)

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 (1割の場合)
要支援1	59,668円	5,967円
要支援2	102,679円	10,268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)
介護職員処遇改善加算	(無・有) ○	(Ⅲ)
		(Ⅳ)
		(Ⅴ)
		(Ⅵ)
		(Ⅶ)

## (3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	利用料：毎月末日迄に翌月分支払い						
敷金	ⓧ・有（                      円、家賃相当額の      か月分）						
月額利用料	(1人入居) Aタイプ 255,000円 Bタイプ 288,000円 (2人入居) Bタイプ 406,000円						
年齢に応じた金額設定	ⓧ・有						
要介護状態に応じた金額設定	ⓧ・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
	255,000	135,000	—	54,000	—	66,000	—
	288,000	135,000	—	54,000	—	99,000	—
算定根拠 ※11	406,800	199,800	—	108,000	—	99,000	—
	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費					
	介護費用	—					
	食費	1名当り：1,800円/1日（3食）×30日=54,000円					
	光熱水費	—					
	家賃相当額	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出					
その他	—						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	電話代（初回工事費6,480円+基本料金1,438円+通話料金）、電気代（基本料1,728円+使用料）、共用冷暖房費（2,160円）、介護用品費、有料レクリエーション、嗜好品、入院中のお世話代等別途利用料を徴収した上で実施するサービス。						

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 (2割の場合)
要介護1	177,681円	35,526円
要介護2	199,022円	38,804円
要介護3	222,016円	44,403円
要介護4	243,357円	48,671円
要介護5	266,023円	53,205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)
介護職員処遇改善加算	(無・有) ○	(Ⅲ)
		(Ⅳ)
		(Ⅴ)
		(Ⅵ)
		(Ⅶ)

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 (2割の場合)
要支援1	59,668円	11,934円
要支援2	102,679円	20,539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)
介護職員処遇改善加算	(無・有) ○	(Ⅲ)
		(Ⅳ)
		(Ⅴ)
		(Ⅵ)
		(Ⅶ)



(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	物価指数・人件費・施設の経済環境等の変動により、改定する 場合がある。その場合、運営懇談会での同意を得た上で決定す る。
前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 保全措置の内容（公益社団法人全国有料老人ホ ーム協会の入居者生活保証制度） 無の場合の理由（ ）
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	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 有の場合の保険名（あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険）
消費税の対象外とする利用料 等	家賃相当額 その他税法上の規定に則る。
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）	<input checked="" type="radio"/> 無・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※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	ご入居されるまでの生活習慣を継続し、そして毎 日を活力あるものにするための「わが家プラン」 を実施し、心に寄り添うホーム運営を行ないます。
サービスの提供内容に関する特色	ご自宅と同じ「日常生活」の実現と「新たな夢」 を叶えるためにご入居者個別の人生設計を組み立 てます。この人生設計に合わせて、機能訓練や外 部との交流等を積極的に行っています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="radio"/> ① 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> ① 自ら実施    2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> ① 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	事務管理部門の人件費・事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費
	食費	1日3食提供・配下膳、病気時は居室への配下膳、状態によりキザミ食・ミキサー食の提供、3時のおやつを毎日提供
	その他	レクリエーション、イベント、カルチャー教室開催
(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		
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		相談窓口：本社お客様相談室 連絡先：0120-79-3400 神奈川県保健福祉局福祉部高齢福祉課 TEL. 045-210-1111 秦野市高齢介護課介護保険担当 TEL. 0463-82-9616 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-32723781 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
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）		事故発生時は直ちに担当者から管理者に報告され、状況確認後現場判断では難しい場合、訪問医に連絡し入院治療等の指示を仰ぐ。家族等には直ちに連絡を取り状況報告すると共に対応方法を説明する。
事故発生の防止のための指針		無・ <input checked="" type="radio"/>
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）		賠償責任保険に加入 施設賠償・・・施設に起因する、あるいは付添い時における事故 生産物賠償・・・給食による中毒事故 損害賠償・・・対人、対物
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	協会への加入	無・ <input checked="" type="radio"/>
	入居者基金への加入	無・ <input checked="" type="radio"/>

※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	各居室	
入を居住後に替居え室る又場合は合施設	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)	居室はすべて一般居室であり、一時的に介護が発生する場合であっても基本的に居室移動の必要はありません。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	<p>重度な状態で介護が必要と場合、スタッフ控室に近い一般居室に移動していただく場合があります。</p> <p>移動する場合は次の手順を行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①事業所の指定する医師の意見を聴く</li> <li>②入居者の意思を確認する</li> <li>③身元引受人等の意見を聴く</li> <li>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</li> <li>⑤住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、専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等に説明を行う</li> <li>⑥入居者の同意を得る</li> </ol>
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	—

## 6 医療

力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人社団湘南中央会 秦野寿町クリニック
	診療科目	内科・呼吸器科
	所在地	秦野市寿町4-16 ドクタープラザ4F
	距離及び所要時間	約4.0km、車で約10分
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 小田原歯科診療所
	所在地	小田原市浜町1-1-49-1F
	距離及び所要時間	約24.7km、車で約40分
	協力内容	訪問診察・診療
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>医療機関にて治療が必要な場合、基本的には協力医療機関を利用しますが、入居者の希望する機関があればそちらでも構いません。簡単な治療は訪問医が行います。通院・入院の判断は訪問医が行うと同時に、ご家族・ご本人の意思を確認します。長期間の入院は、その間の管理費・食費の返還が発生する場合がありますので、そのような場合は管理規程によります。入院中のお世話については、ご家族の希望により別途利用料を徴求した上で実施するサービスとなります。なお、医療費は本人負担となります。</p>	

## 7 入居状況等

(平成29年 7月 1日現在)

在)

入居者数及び定員	26人(定員 43人)			
入居者の状況	男性	4人、女性	22人	
	自立	4人		
	要介護	19人	(内訳)	要介護1 3人
				要介護2 6人
			要介護3 2人	
			要介護4 2人	
			要介護5 7人	
要支援	3人	(内訳)	要支援1 2人	
			要支援2 1人	
平均年齢	83.5歳(男性81.5歳、女性83.8歳)			
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等)	(開催回数) 2回 ① 平成28年7月23日 参加人数:6名 (主な議題) 行事について、事故・ヒヤリハット、苦情・相談について、避難訓練について、お客様アンケートについて ② 平成28年12月24日 ③参加人数:5名 (主な議題) 行事について、事故・ヒヤリハット、苦情・相談について、入退去状況、人材教育			

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29年 7月 1日現在)

在)

	職員数	常勤換算後の	夜間勤務職員数	備考
--	-----	--------	---------	----

		人数	うち自立対応	( 時～翌 時) (最少人数)	(資格・委託等)	
従業者の内訳	管理者	1 ( )	/			
	生活相談員	※2 ( )			管理者兼務 計画作成担当者兼務	
	直接処遇職員	17 ( 12 )		13.3	1.0	2
	介護職員	15 ( 11 )		11.8	0.8	2
	看護職員	2 ( 1 )		1.5	0.2	
	機能訓練指導員	※1 ( )				
	理学療法士	( )				
	作業療法士	( )				
	その他	※1 ( )				看護職員兼務
	計画作成担当者	※1 ( )				生活相談員兼務
	医師	( )				
	栄養士	( )				
	調理員	5 ( 4 )				
	事務職員	1 ( 1 )				
	その他職員	4 ( 4 )				
合計	29 ( 21 )			2		

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に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。

(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	2						
前年度1年間の退職者数											
業務に応じた職員の経験年数	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					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	1人	1人	3人
要介護者の人数	19人	22人	19人
指定基準上の直接処遇職員 の人数 ※16	7.0人	7.6人	7.3人
配置している直接処遇職員 の人数 ※17	12.1人	12.4人	12.3人
要支援者・要介護者の合計数 に対する配置直接処遇職員 の人数の割合	1 : 1.6	1 : 1.8	1 : 1.7
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 ~ 9:30
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	9:00 ~ 18:00
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

※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	人 ( 人)	介護職員実務者研修修了者	人 ( 人)
介護福祉士	5人 ( 人)	介護職員初任者研修修了者	13人 ( 人)
介護支援専門員	1人 ( 人)	資格なし	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)	75歳以上、自立又は日常生活で介護が必要な方
身元引受人等の条件及び義務等	入居者は、身元引受人を定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。身元引受人は入居者の施設に対する債務に関して入居者と連帯して責任を負います。また、入居契約が終了した時に入居者の身柄及び遺留品引取りに責任を負います。
生活保護受給者の受入れ対応	Ⓐ・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>※以下、契約書から抜粋します。</p> <p>(事業者からの契約解除)</p> <p>第29条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが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> <p>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時</p> <p>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</p> <p>三 第3条第4項の規定に違反したとき</p> <p>四 第20条の規定に違反したとき</p> <p>五 入居者の行動が、自傷又は他の入居者又は従業員の生命・身体又は財産に危害を及ぼし、又は、その危害が切迫した恐れがあり、かつ、介護付有料老人ホームにおける善良なる管理者の注意と日常の生活支援方法、及び地域の指定居宅サービス事業所等との連携等の便宜の提供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、事業所は書面にて次の各号に掲げる手続を行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 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>三 第一号の予告期間中に、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その他地域包括</p>

	<p>支援センター、指定居宅サービス事業等の関係者・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項第五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一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 事業者は、入居者、成年後見人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、前号までの各項の定めに関わらず、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>一 第47条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 第20条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>第30条 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には、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>(返還金・未償却残高の算出及び返済方法)</p> <p>第34条 入居一時金の返還金の算出に当たっては、償却期間内に契約終了した場合、以下の算式が適用されます。</p> <p>返還金＝入居一時金×（自立：88.68%、要支援・要介護：83.87%）÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）</p> <p>※償却期間を超える場合、返還金はありません。</p> <p>2 事業者は、前項の返還金を契約終了日の翌日から起算して90日以内に変換します。</p> <p>3 事業者は、前項に基づく返還金支払時に、原則として返還金受取人に返還金を支払うものとし、入居者はあらかじめ同意します。ただし、返還金受取人に支障が生じた場合には、第39条により定めるところによる新たな返還金受取人に返還金を支払うものとします。</p> <p>4 本条第1項の算出に際しては、表題部記載の起算日及び契約終了日が属する月は、それぞれの日割り計算し、返還金は無利息とします。</p> <p>5 事業者は、入居期間中の各月末における入居者の表題部記載の入居一時金の未償却残高を算出する場合にも、本条の規定を準用するものとします。</p> <p>(清算)</p> <p>第35条 事業者は、本契約終了した場合において、入居者の事業者に対する支払債務がある場合には、前条に定める返還金から差し引くことがあります。この場合には、事業者は返還金から差し引く債務の額の内訳を入居者及び身元引受人等に明示します。</p>
--	--



前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	1人
		医療機関	1人
		死亡者	3人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		入居者側の申し出	1人 (解約事由の例) 1名は医療措置が必要なため病院へ入院。もう1名は安価な施設が見つかったため転居となった。
体験入居の期間及び費用負担等		原則として最初に体験入居をしていただきます。 期間はその方の状況により異なりますが3～7日程度お試しください。 1泊2日3食付10,800円(税込)	

※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	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開

※20 県指針上、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「神奈川県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 \_\_\_\_\_

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（・無）

区分	自立			要支援 1～2			要介護 1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 7時～20時	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	体調不良時のみ対応	—	5～10回（体調を考慮）	—	—	5～10回（体調を考慮）	—	—
・夜間 20時～7時	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	1回程度（体調を考慮）	—	3～10回（体調を考慮）	—	—	3～10回（体調を考慮）	—	—
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	体調不良時のみ対応	—	必要事対応	—	—	必要事対応	—	—
③排泄									
・排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要事対応	—	—	必要事対応	—	—
・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要事対応	—	—	必要事対応	—	—
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	—	—	実費	—	—	実費
④入浴等									
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	通所施設等利用	通所施設等利用	通所施設等利用	—	通所施設等利用	通所施設等利用	—
⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	協力医療機関へは月1回1時間まで対応。希望病院へは予約対応。	月2回以上	2,160円/時	月2回以上	2,160円/時	協力医療機関へは月1回1時間まで対応。希望病院へ予約対応。	月2回以上	2,160円/時
⑧緊急時対応									
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	必要時対応	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	週1回	週2回以上 *居室クリーニングは専門業者へ取次で実費	2,160円/時	週1回	週2回以上 *居室クリーニングは専門業者へ取次で実費	2,160円/時	週1回	週2回以上 *居室クリーニングは専門業者へ取次で実費
・洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	毎日	ドライクリーニング希望時取次	実費	毎日	ドライクリーニング希望時取次	実費	毎日	ドライクリーニング希望時取次
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	病気時等適宜対応	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	訪問理容師対応	実費	—	不定期訪問	実費	—	不定期訪問
④代行									
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	月1回対応	個人希望対応の場合	2,160円/時	月1回対応	個人希望対応の場合	2,160円/時	月1回対応	個人希望対応の場合
・役所手続	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	手続き内容限定	—	—	手続き内容限定	—	—	手続き内容限定	—
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	年1回	実費	—	年1回	実費	—	年1回
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	2週に1回	—	—	2週に1回	—	—	2週に1回	—
・生活指導	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—
・医師の往診	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	2週に1回を基本、必要時・緊急時適宜対応	医療保険適用	—	2週に1回を基本、必要時・緊急時適宜対応	医療保険適用	—	2週に1回を基本、必要時・緊急時適宜対応
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	—	医療保険適用	—	—	医療保険適用	—	医療保険適用
・移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	事業所対応の場合	タクシー、移送業者利用の場合	実費	事業所対応の場合	タクシー、移送業者利用の場合	実費	事業所対応の場合	タクシー、移送業者利用の場合
<b>5. その他サービス</b>									
・レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	月1～3回	実費必要な場合、参加は利用者選択	実費	月1～3回	実費必要な場合、参加は利用者選択	実費	月1～3回	実費必要な場合、参加は利用者選択
・行事	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	四季の祝事、誕生会等	個別希望有料対応	都度見積り	四季の祝事、誕生会等	個別希望有料対応	都度見積り	四季の祝事、誕生会等	個別希望有料対応
・付添い	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	—	外食、買物、ドライブ等	2,160円/時	—	外食、買物、ドライブ等	2,160円/時	—	外食、買物、ドライブ等

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。  
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。  
 注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。  
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。  
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

神奈川県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 <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でない。 <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でない。 <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	不適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input checked="" 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。	設置が無い階には廊下部分に監視カメラを設置して1F事務所にて見守り対応している。
11	エレベーター	有	不適合	<input checked="" 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		不適合	<input checked="" 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。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。