

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム及び地域密着型特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

作成日 平成28年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社学研ココファン
代表者名	代表取締役 五郎丸 徹
所在地	東京都品川区西五反田 2-11-8
電話番号	03-6431-1860
ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp/
資本金(基本財産)	9,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	1 株式会社学研ココファンホールディングス (98.19%) 2 古岡文子 (1.81%)
設立年月日	平成27年10月1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)8,835,432,251円 (費用)8,949,552,379円 (損益)-114,120,128円
主要取引金融機関	三井住友銀行 荏原支店
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	福祉に関する運営、企画、調査、立案、及びコンサルタント

※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	ココファンメゾン大庭	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 市指定介護保険特定施設 (番号1492200629、指定年月日平成27年10月1日) 介護専用品・混合型・混合型(外部サービス利用型)・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	3:1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27年10月1日	
施設の管理者氏名	谷村 臣祐	
所在地	藤沢市大庭 5423-1	

電話番号	0466-88-3151																													
交通の便 ※3	JR 辻堂駅 バス 20 分「ライフタウン中央」下車 徒歩 10 分																													
ホームページアドレス																														
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1249.94㎡																													
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24年11月1日～平成44年10月31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RC造 地下 階 地上2階建(耐火・ <u>準耐火</u> ・その他) 延床面積 1124.31㎡ (うち有料老人ホーム875.82㎡) 建築年月日 平成19年3月10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 21室 定員 21人(一時介護室を除く) (内訳)																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">居室</td> <td>個室</td> <td>21室</td> <td>18.15㎡～18.15㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</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></td> <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	21室	18.15㎡～18.15㎡	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
	居室定員	室数	面積																											
居室	個室	21室	18.15㎡～18.15㎡																											
	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)	共同生活室(ユニットケアの場合)	設置階	(㎡)																											
	食堂	設置階 1,2階	(68.85㎡)																											
	浴室(一般浴槽)	設置階 1階	(18.15㎡)																											
	浴室(特別浴槽)	設置階 1階	(36.30㎡)																											
	便所	設置箇所	各居室、1.2階に共用																											
	洗面設備	設置箇所	各居室																											
	医務室(健康管理室)	設置階 1階																												
	談話室	設置階	(㎡)																											
	応接室/面談室	設置階 1階	(4.90㎡)																											
	事務室	設置階 1階																												
	宿直室	設置階																												
	洗濯室	設置階 1階																												
	汚物処理室	設置階 1,2階																												
	看護・介護職員室	設置階 1階																												
	機能訓練室	設置階 1階(68.85㎡)	他の共用施設との兼用 無・ <u>有</u> (食堂兼)																											
	健康・生きがい施設	設置階	(㎡)																											

	外来者宿泊室	設置階 (m ²)
	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 居室含め全館
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8 m～ 1.8m)
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 緊急呼び出しボタン 各居室・トイレ・浴室 安否確認の方法・頻度等 昼間は2時間毎に巡回、夜間は3時間毎に巡回	
同一敷地内の併施設又は事業所等の概要 ※6	弊社運営 短期入所生活介護	
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	入居時前払い金は契約締結後1週間以内に振込による支払い。 家賃、管理費は請求書により次月分を請求月の27日までに振込または引落し。食費は実食分を月額利用料に含まれない実費負担等の費用は実績分を月額請求と同時に請求書による支払い。
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 法第29条第6項に規定される前払金 1,800,000円 2 上記以外の一時金 0円
想定居住期間又は償却期間	30か月
算定の基礎 (内訳)	家賃のうち、60,000円 × 30か月 (30か月は弊社有料老人ホーム運営実績から算出) 計 1,800,000円
解約時の返還金(算定方法等)	契約開始日から3か月以内の場合 1,800,000円 - (60,000円 ÷ 30日) × (契約開始日から契約終了日までの実日数) 契約開始日から3か月を経過した場合 (1,800,000円 ÷ (契約開始日から契約期間終了日までの実日数「A」)) × (「A」 - (契約開始日から契約が解除等された日までの日数))

返還の対象とならない額の有無	<input type="checkbox"/> 無・有(円)						
初期償却の開始日	契約開始日						
介護費用の一時金	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	226,500円～226,500円						
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	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	226,500	86,500	—	60,000	実費	80,000	—
算定根拠 ※11	管理費	<ul style="list-style-type: none"> 生活サービス及び事務部門に関する人件費 共用部に関する光熱水費 施設の維持費(エレベーターや消防関係等設備に関する保守点検費、植栽管理費等) 共用部の備品、消耗品費、事務費、車輛維持費、広告宣伝費等 					
	介護費用	—					
	食費	朝500円 昼700円 夕800円 ※1食毎の喫食実績により1ヶ月分を取りまとめて請求。キャンセルは2日前16:00までに申し出があった場合による。					
	光熱水費	居室利用分					
	家賃相当額	居室及び共用施設等の利用料及び施設設備等修繕交換費・居室設備修繕交換費建物賃貸料					
	その他	無					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、理美容代、被服クリーニング代、居室内の消耗品費、医療費等、その他、別添「介護サービス等の一覧」による						

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	加算含む	月 額	自己負担額
	要介護1	178,811円	17,882円
	要介護2	200,291円	20,030円
	要介護3	223,437円	22,344円
	要介護4	244,907円	24,491円
	要介護5	267,716円	26,772円
	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) 介護職員処遇改善加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有) 認知症専門ケア加算 (無・有)		
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
		月 額	自己負担額
要介護1	円	円	
要介護2	円	円	
個別機能訓練加算 (有・無)、医療機関連携加算 (有・無) 介護職員処遇改善加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有) 認知症専門ケア加算 (無・有)			

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	家賃、管理費は請求書により次月分を請求月の27日までに振込または引落とし。食費は実食分を月額利用料に含まれない実費負担等の費用は実績分を月額請求と同時に請求書による支払い。						
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	286,500円 ~286,500円						
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	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	286,500	86,500	—	60,000	実費	140,000	—
算定根拠 ※11	管理費	<ul style="list-style-type: none"> 生活サービス及び事務部門に関する人件費 共用部に関する光熱水費 施設の維持費 (エレベーターや消防関係等設備に関する保守点検費、植栽管理費等) 共用部の備品、消耗品費、事務費、車輛維持費、広告宣伝費等 					
	介護費用	—					

	食費	朝500円 昼700円 夕800円 ※1食毎の喫食実績により1ヶ月分を取りまとめて請求。キャンセルは2日前16:00までに申し出があった場合による。																		
	光熱水費	居室利用分																		
	家賃相当額	居室及び共用施設等の利用料及び施設設備等修繕交換費・居室設備修繕交換費建物賃貸料																		
	その他	無																		
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、理美容代、被服クリーニング代、居室内の消耗品費、医療費等、その他、別添「介護サービス等の一覧」による																			
介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) <table border="1"> <thead> <tr> <th>加算含む</th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>178,811円</td> <td>17,882円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>200,291円</td> <td>20,030円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>223,437円</td> <td>22,344円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>244,907円</td> <td>24,491円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>267,716円</td> <td>26,772円</td> </tr> </tbody> </table> 個別機能訓練加算 (無・有)、夜間看護体制加算 (無・ <input checked="" type="checkbox"/>) 医療機関連携加算 (無・ <input checked="" type="checkbox"/>)、看取り介護加算 (無・ <input checked="" type="checkbox"/>) 介護職員処遇改善加算 (無・ <input checked="" type="checkbox"/>) サービス提供体制強化加算 (無・有) 認知症専門ケア加算 (無・有)		加算含む	月 額	自己負担額	要介護1	178,811円	17,882円	要介護2	200,291円	20,030円	要介護3	223,437円	22,344円	要介護4	244,907円	24,491円	要介護5	267,716円	26,772円
	加算含む	月 額	自己負担額																	
要介護1	178,811円	17,882円																		
要介護2	200,291円	20,030円																		
要介護3	223,437円	22,344円																		
要介護4	244,907円	24,491円																		
要介護5	267,716円	26,772円																		
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></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table> 個別機能訓練加算 (有・無)、医療機関連携加算 (有・無) 介護職員処遇改善加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有) 認知症専門ケア加算 (無・有)			月 額	自己負担額	要介護1	円	円	要介護2	円	円										
	月 額	自己負担額																		
要介護1	円	円																		
要介護2	円	円																		

(4) 共通事項

改定ルール (勘案する要素及び改定手続等)	施設の維持管理、公租公課等の負担が増加した時、もしくは物価の変動・近隣相場との不均衡・施設の改良があった場合、運営懇談会の意見を聴き同意を得た上で改定する。
一時金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 保全措置の内容(株式会社朝日信託を受託者、株式会社学研ココファンを委託者、入居者を受益者とする信託保全を行う。未償却金(退去時返還金)は全額返還される。) 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="checkbox"/> 有の場合の保険名(三井住友海上火災保険株式会社福祉事業者総合賠償責任保険)
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額等税法に則り消費税を負担

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 type="checkbox"/> 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 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	受付業務・管理・入居相談業務・その他別添
	食費	三食の提供・配膳
	その他	別添 介護サービス等の一覧表による
(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	該当なし	
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	※事業所苦情対応担当 事業所長 TEL0466-88-3151（9：00～18：00） ※株式会社学研ココファン TEL03-6431-1860 施設及び本社で解決できない場合は第三者機関に相談できる。 ※第三者機関 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL0570-022-110（苦情専門）又は TEL045-329-3447 神奈川県福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111（代表）	

	藤沢市役所福祉部介護保険課 TEL0466-25-1111
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）	苦情・事故マニュアルに基づき、協力医療機関の指導のもとに対応。119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、施設から家族への連絡を行う。また、事故についての検証、今後の防止策を講じる。
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）	介護サービス等の提供にあたり、万が一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は、地震・津波等の天災、戦争、暴動等及び入居者の故意によるもの等を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に過失がある場合には賠償額を減ずる事があります。
(社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有
	入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有

※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	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により、居室移動の場合があります。	
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）	—
	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、入居者の心身の状況により居室の住み替えが発生するなど、居室の権利において本契約に重大な変更を行う場合は、次の各号の手続きを行い、書面にて確認する。 一 事業者の指定する医師の意見を聴く 二 緊急やむを得ない場合を除いて一定の期間を設ける 三 住み替え後の居室、権利及び介護等の内容、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連帯保証人等に説明を行い、入居者及び連帯保証人等への同意を得る。 入居者の要望により居室を移動する場合は、文書にて事業者へ申請することとする。 ・居室移動の精算方法 全室、同一料金のため、差額等の発生は無い。居室の原状回復費用は別途負担していただく。
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	—

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	医療法人社団みのり会 湘南台いなほクリニック
	診療科目	老年精神科・内科
	所在地	藤沢市湘南台 2-10-12 グラソスタ湘南 5F
	距離及び所要時間	約 4.5 km 車で約 13 分
	協力内容	希望者への訪問診療（往診）、必要時の入院 先病院の紹介、外来での診察対応
	名称	藤沢まごころ歯科
	診療科目	歯科
	所在地	藤沢市湘南台 1-9-2 石井ビル 2 階
	協力内容	往診による診療
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>医師の判断を基本として協力医療機関、または入居者が希望する医療機関に置いて治療を受けることが出来る。</p> <p>費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担とする。</p> <p>医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及びご家族の意思を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中についても家賃、管理費、水光熱費は入居者の負担としてお支払いいただきます。 ・入院に係る費用は入居者の負担となる。 ・入退院の移送・同行については別添「介護サービス等の一覧表」による。 	

7 入居状況等

(平成 28 年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	21人（定員 21人）		
入居者内訳	性別	男性 2人、女性 19人	
	介護の 要否別	自立	1人
		要介護	20人
		要介護 1	9人
		要介護 2	4人
		要介護 3	1人
		要介護 4	2人
		要介護 5	5人
		要支援	0人
		(内訳) 要支援 1	1人
要支援 2		1人	
未認定	1人		
平均年齢	92.3歳（男性89.5歳、女性92.6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）	<p>年2回実施（平成27度）</p> <p>2015. 11. 22 参加者数 10人</p> <p>会社の動向・法改正による料金変更・収支報告等</p>		

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

(平成 28 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 ()			認知症実践者	
	生活相談員	1 ()			社会福祉士	
	直接処遇職員	9 (4)	5.6		1	
	介護職員	7 (3)	6.8		1	
	看護職員	2 (1)	1.9			機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員	※1 (1)				看護職員兼務
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	1 (1)				
	計画作成担当者	1 ()				介護支援専門員
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	10 (9)				
	事務職員	1 (1)				
	その他職員	2 (2)				
合計	25 (16)					

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
要支援者の人数	0	0	0
要介護者の人数	19.8	18.3	19.6
指定基準上の直接処遇職員 の人数 ※16	7.0	7.0	7.0
配置している直接処遇職員 の人数 ※17	7.8	7.7	7.6

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	2.53 : 1	2.37 : 1	2.76 : 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 : ~ : 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	0 人 (人)	ホームヘルパー1級	人 (人)
介護福祉士	4 人 (4 人)	ホームヘルパー2級	2人 (人)
介護支援専門員	人 (人)	ホームヘルパー3級	人 (人)
介護職員基礎研修修了	人 (人)	無資格者	1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)	概ね65歳以上で要介護の方 藤沢市に住所がある方 身体状況・共同生活への適応力・お支払い能力について当社の審査基準を満たされた方
身元引き受け人等の条件及び義務等	連帯保証人は、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ものとします。 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、入居者と連携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、必要な時は入居者の身柄を引き取るものとする。
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 ※19	(事業者からの契約解除) 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、本契約を解除することがあります。 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 月額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 第 21 条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反したとき
- 四 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
- 五 入居者が、暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員またはその関係者である場合
- 六 暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員または関係者を本物件内に入居させるとき
- 七 騒音・暴力行為・危険行為等共同生活の秩序を乱す行為をしたと認められたとき
- 八 重篤な感染症にかかった場合、もしくは保持している場合、かつ入居者に対する通常の介護方法等では感染を防止する事ができないとき
- 九 恒常的な医療行為を必要とするとき等、通常の介護で対応が困難となった場合

2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。

- 一 契約解除の予告について 90 日の予告期間をおく
- 二 前号の予告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける
- 三 解除予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

3. 本条第 1 項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。

- 一 医師の意見を聴く
- 二 一定の観察期間をおく

(入居者からの解約)

- 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、本契約を解除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。
- 2. 入居者が前項の解約届を提出せずに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しします。
- 3. 入居者は解約の申し入れ後、事業者の書面による承諾が無い限りは、解約を撤回、または取り消すことができません。

(返還金規定)

- 1. 前払いプランを選択した入居者の表題部記載の入居時前払い金の返還金の算出にあたっては、償却期間を 2 年 6 か月 (30 か月) とする次の計算式により行います。
- 2. 契約開始日から 3 か月以内の場合
 - 1,800,000円 - (60,000円 ÷ 30日) × (契約開始日から契約

	終了日までの実日数) 3. 契約開始日から3か月を経過した場合 $(1,800,000円 \div (\text{契約開始日から契約期間終了日までの実日数「A」}) \times (\text{「A」} - (\text{契約開始日から契約が解除等された日までの日数}))$ 4. 事業者は返還金をあらかじめ定める者に返還し、入居者はこれに同意するものとし、居室の明け渡しの日の翌日から起算して、90日以内に返還金受取人の指定口座に振込みにより返金します。
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	料金：1泊当り 10,000円（税・食事別） 食事代 朝食500円 昼食700円 夕食800円 最長7日間を限度に体験入居を受け付けます。 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、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）	2 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）	2 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）	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 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）

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。

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

地域密着特定	要介護 1～5	
介護を行う場所	居室	
	介護保険(※)給付、一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス ○巡回 (ケアプランによる) ・昼間 9時～18時 ・夜間 18時～9時 ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・入浴介助 ○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練 ○通院の介助 ○緊急時対応 ・ナースコール	2時間毎に巡回 3時間毎に巡回 必要時 必要に応じ随時 必要に応じ随時 ー 必要時 週2回入浴時介助 必要に応じ随時 必要に応じ随時 福祉用具利用 適宜行う 適宜行う 施設サービス計画に基づいて実施 協力病院通院等の付添い、介助 24時間対応	ー ー ー ー 実費 ー 左記以外500円/15分(税別) ー ー ー ー ー 協力外病院等の付添い、介助 500円/15分(税別) 公共交通機関の場合は実費 ー
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯 ・リネン交換 ・外出介助 ○居室配膳・下膳 ○理美容 ○代行 ・買物 ・役所手続	週1回 週2回 週1回 施設サービス計画に基づいて実施 必要に応じて ー 指定日 介護保険認定更新手続	左記以外500円/15分(税別) 左記以外500円/15分(税別) (クリーニング代は実費) ー 左記以外500円/15分(税別) (公共交通機関の場合は実費) (長時間の場合はご相談ください) ー 実費 左記以外500円/15分(税別) 左記以外500円/15分(税別)

健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診 ・バイタル、水分、 排泄せつチェック	— 必要に応じ随時 必要に応じ随時 — 適宜実施	実費（年2回） — — 実費（月2回他） —
入退院時、入院中のサ ービス ・入院中の買物 ・入院中の洗濯 ・医療費等 ・付添いサービス ・お見舞い、連絡等	— — — 協力病院への入退院の付添い 必要時実施	500円/15分（税別） 500円/15分（税別） 実費 協力外病院の付添い500円/15分（税別） （公共交通機関の場合は実費） （遠方の場合は実施していませんがご相談 ください） —
その他サービス ・レクリエーション等 ・モノクロコピー ・カラーコピー ・FAX ・衣服の修繕	適宜実施 — — — —	レクリエーションに関する実費費用 1枚10円（税込） 1枚50円（税込） 1枚10円（税込） 実費

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立・要支援1～2・要介護1～5と区分した場合は、8区分となるが、一覧表をわかりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、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) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームの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3) 記入に当たっては、各サービスごとに回数及び費用負担等を明示すること。

注4) 「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。

(※) (介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付を指す。有料老人ホームが提供しない訪問介護サービス等は含まない。