

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30年 7月 30日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社エクセルシオール・ジャパン
代表者名	代表取締役 作田 雄太
所在地	千葉県船橋市金堀町582-1
電話番号/FAX番号	047-457-8511/047-457-8512
ホームページアドレス	http://excelsiorjapan.com/
資本金(基本財産)	1000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	出資者：作田雄太 出資率：100%
設立年月日	2001年 8月 16日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)2,135,258,969円 (費用)2,051,702,895円 (損益)83,556,074円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定特定施設入居者生活介護事業 (予防) ・ 指定認知症対応型共同生活介護事業 (予防) ・ 指定居宅介護支援事業 ・ 指定訪問入浴介護事業 (予防) ・ 指定訪問介護事業 (予防)

※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	エクセルシオール湘南台	
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) <input checked="" type="checkbox"/> 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 指定年月日) 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	2.0 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可(無し) 2 提携ホーム移行型(無し)
開設年月日	2010 年 1 月 1 日	

施設の管理者氏名	福村 知子			
所在地	神奈川県藤沢市円行2-8-3			
電話番号/FAX番号	0466-41-2481/0466-41-2482			
メールアドレス	info@excelsior-shonandai.com			
交通の便 ※3	小田急江ノ島線・相鉄線・横浜市営地下鉄 湘南台駅 徒歩7分(560m)			
ホームページアドレス	http://excelsiorjapan.com/syounandai/			
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 平成21年12月1日～51年11月30日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 敷地面積 1335.16㎡			
建物概要	権利形態 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家 (借家の場合の契約形態) <input type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成21年12月1日～51年11月30日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 建物の構造 RC造 地上4階建 <input type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他 延床面積 2344.81㎡ (うち有料老人ホーム 2333.29㎡) 建築年月日 平成21年11月20日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()			
居室、一時介護室の概要	居室総数 65室 定員 65人(一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数 面積	
	居室	個室	65室 17.55㎡～18.30㎡	
		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	1階 (176.51㎡)	
	浴室	一般浴槽	設置階	3階 (5.92㎡)
			設置階	4階 (5.92㎡)
	浴室	リフト浴	設置階	2階 (4.60㎡)
			設置階	2階 (10.06㎡)
		ストレッチャー浴	設置階	1階 (6.38㎡)
	便所	設置箇所	各居室共有部分	
	洗面設備	設置箇所	各居室共有部分	
	医務室(健康管理室)	設置階	無 (㎡)	
	談話室	設置階	2階 (45.43㎡)	
		設置階	3階 (45.56㎡)	
		設置階	4階 (45.46㎡)	
面談室	設置階	1階 (9.14㎡)		
事務室	設置階	1階		

	洗濯室	設置階	3階 (9.14㎡)
	汚物処理室	設置階	各階
	看護・介護職員室	設置階	2階
	機能訓練室	設置階	1階 (176.51 ㎡) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無・有 ()
	健康・生きがい施設	設置階	無い (㎡)
	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	各居室及び共有部分
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (13.30m~18.03m)	
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	防災計画 (水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
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 各居室トイレ 共同浴室 共同トイレ 安否確認の方法・頻度等 要介護の方には3時間に1回その他、適宜の居室見回り		
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	指定居室介護支援事業所 指定訪問介護事業所 営業主体：当社 面積：1階事務所の一部 (約14.5㎡)		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	家族からの申し出があれば対応する。	
	手続き方法	契約書で両者確認	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居日までに一括支払い
敷 金	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (300,000円、家賃相当額の 2 か月分)
前払金 (介護費用の前払金を除く)	<p>300 万円プラン</p> <p>①法第29条第6項に規定される前払金 570 万円プラン</p> <p>②上記以外の一時金 900 万円プラン</p>
想定居住期間又は償却期間	5年 (60ヶ月)
算定の基礎 (内訳)	内装費、設備費、修繕費、原状回復費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、想定居住期間を勘定して算出
解約時の返還金 (算定方法等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。 返還金 = 一時金 × 想定居住期間償却率 (70%) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) <p>◇短期解約特例 入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金します。ただし、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"> ・ 算定方法 一時金 × 想定居住期間償却率 (70%) ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 × (入居者から契約終了日までの実日数) ・ 入居金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居金の追加徴収はありません。
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%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、非返還対象分とし、入居一時金に占める割合は、30%とします。 ・ この額は、短期解約特例による契約終了の場合を除き、返還いたしません。
初期償却の開始日	入居日の翌日
介護費用の前払金	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	140.828円 ~ 210.828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
	300万円プラン	55,238円	0円	57,090円	0円	98,500円	0円
	570万円プラン	55,238円	0円	57,090円	0円	67,000円	0円
	900万円プラン	55,238円	0円	57,090円	0円	28,500円	0円
算定根拠 ※11	管理費	共有施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費 管理部門の人件費等を勘案して算出					
	介護費用						
	食費	1月30日で計算(朝食380円、昼食666円、夕食857円) 3日前までに欠食の申し出があった場合、当該費用は いただきません(請求時ご返金の清算)					
	光熱水費	共有部分の電気、ガス、水道料を勘案して算出					
	家賃相当額	近傍家賃相場(1㎡あたり平均3,732円)を勘案し算出					
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下補助食品、おむつ、病院リハビリ、日曜消耗品、化粧品 衣類被服クリーニング、理美容、市外役所手続き代行、医師の往 診医療費、医療機関の移送及び付き添い(協力医療機関は管理費 に含む)、入居者嗜好に応じた特別な食事、レクリエーションに おける材料費、有料レクリエーション費、施設外活動においてか かる費用。 ・居室内に専用の電話を設ける場合、その電話料金及び入居時、退 居時に必要となる工事費。 ・居室内でのNHK、有料放送、インターネット等の受信料及び 利用料。 ・その他、施設の運営規定に定めたサービスを利用した場合の そのサービスにかかる費用 ・個人の洗濯物に係る費用。 						

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	円	円
要介護2	円	円
要介護3	円	円
要介護4	円	円
要介護5	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(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)
		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	円	円
要支援2	円	円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(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

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	<ul style="list-style-type: none"> ・月払い方式における敷金は入居日までに全額支払い ・月額使用料は毎月請求による月払い（講座引き落とし） 						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（300,000円、家賃相当額の2か月分）						
月額利用料	円～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
	260,328円	55,238円	0円	57,090円	0円	148,000円	0円
算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費 管理部門の人件費等を勘案して算出					
	介護費用						
	食費	1月30日で計算（朝食380円、昼食666円、夕食857円） 3日前までに欠食の申出があった場合、当該費用は頂きません。（請求時ご返金の清算）					
	光熱水費	共用部分の電気、ガス、水道料を勘案して算出					
	家賃相当額	近傍家賃相場（1㎡あたり、平均3,732円）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	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下補助食品、おむつ、病院リハビリ、日曜消耗品、化粧品 衣類被服クリーニング、理美容、市外役所手続き代行、医師の往診医療費、医療機関の移送及び付き添い（協力医療機関は管理費に含む）、入居者嗜好に応じた特別な食事、レクリエーションにおける材料費、有料レクリエーション費、施設外活動においてかかる費用。 ・居室内に専用の電話を設ける場合、その電話料金及び入居時、退居時に必要となる工事費。 ・居室内でのNHK、有料放送、インターネット等の受信料及び利用料。 ・その他、施設の運営規定に定めたサービスを利用した場合のそのサービスにかかる費用 ・個人の洗濯物に係る費用。 						

<p>介護保険に係る利用料</p> <p>※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)</p>	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p>		
	区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
	要介護1	円	円
	要介護2	円	円
	要介護3	円	円
	要介護4	円	円
	要介護5	円	円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	退院・退所時連携加算	(無・有)	
	入居継続支援加算	(無・有)	
	生活機能向上連携加算	(無・有)	
	個別機能訓練加算	(無・有)	
	夜間看護体制加算	(無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
	栄養スクリーニング加算	(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	円	円
要支援2	円	円	
各種加算の状況			
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)		
生活機能向上連携加算	(無・有)		
個別機能訓練加算	(無・有)		
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)		
医療機関連携加算	(無・有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・有)		
栄養スクリーニング加算	(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）	神奈川県に係る消費者物価指数、及び人件費を勘案し、運営規定等を勘案し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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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に加入 ・当社が個別入居者についての協会拠出金を支払う事により、万一倒産等に至り、入居者全てが退去せざるを得なくなり、かつ、入居者から入居契約が介助された場合に、償却期間終了時においても保証金として、500万円が入居者に支払われます。
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"/> 保険名(三井住友海上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	入居一時金及び保証金の家賃相当額
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）	<input type="checkbox"/> ・ 有

※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	生きる喜びを感じながら、安心して空間で穏やかに暮らす日々を過ごして頂ける運営を心がけています。
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	24 時間看護師が常駐している安心の医療連携体制。 ご利用者様お一人お一人にきめ細かい個別ケアを行っております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	小規模修繕費、相談・管理義務、フロント対応、事務業務
	食費	1日3食おやつ付 月2回行事食
	その他	なし
(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	東洋リネン(株) : 寝具、タオル類洗濯 (株) トーカイ : 個別の衣類洗濯	
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	ホーム担当者：サービス提供責任者 第三者機関、行政等 ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 03-3548-1077 ・神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部 045-210-1111(代表) ・藤沢市介護保険課 0466-50-3527(代表)	
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）	万が一事故が発生し、入居者の身体に損害が発生した場合は直ちに協力医療機関からの紹介先へ搬送するとともに、管理者からご家族に連絡致します。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）	介護サービス等の提供に当たり、事故が発生して入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重過失がある場合は賠償責任の免除、若しくは賠償を減額される事があります。 三井住友海上保険株式会社 （福祉事業者総合賠償責任保険）		
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="checkbox"/>
	入居者基金への加入	無	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日	二週に一度の開示
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	無		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 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	入居された居室、施設内、施設行事による外出先	
入を居住後に替居る又は合施設	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)	全居室介護対応
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	【利用者の介護必要性における変化による住み替え】 施設内の居室住み替えについては、適切な介護サービス提供の為に、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更して頂くことがあります。この場合は、入居者本人及び身元引受人の同意を得てからの変更となります。追加費用の発生はございません。 【利用者からの申し出による住み替え】 適切な介護サービスが提供出来ることを確認した上で、従前の居室に関する契約解除の後、新たな居室に関する契約を締結していただきます。追加費用の発生がございます。(入居契約内容による)

	提携ホームへ住み替える場合（同上）	従前の施設における契約解除の後、新たな施設で契約締結をして頂きます。
--	-------------------	------------------------------------

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	長後クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県藤沢市長後 706 ゴールドエイジ藤沢 102 号室
	距離及び所要時間	約 3 k m 車で約 10 分
協力内容	入居者の医療相談・診断・リハビリテーション療法・日中及び夜間の緊急時対応・意見書の作成・インフルエンザの予防接種、その他特別に依頼した業務等	
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南第一病院
	所在地	内科・循環器科 消化器内科 整形外科 皮膚科 麻酔科
	距離及び所要時間	神奈川県藤沢市湘南台 1-19-7
	協力内容	入居者の外来受入れ・急変、緊急時受入れ・入院手配等
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	厚誠会歯科相模大野
	所在地	歯科
	距離及び所要時間	神奈川県相模原市相模大野 3-8-1
	協力内容	入居者の口腔内治療・改善・維持
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>病院の選択</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族と話し合いを行っていただき、協力医療機関からの紹介先、又は希望する病院を選択していただく。 <p>緊急時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族と話し合いをして頂いた後、協力医療機関からの紹介先又は希望する病院を選択して頂く。 ・入院期間中は、月額利用料のうち家賃相当額と管理費を頂きます。 ・救急搬送時の付添代は発生しません。 ・救急搬送時の付添者が施設に戻るまでの交通費は発生します。 	

7 入居状況等

(平成 30 年 7 月 11 日現在)

入居者数及び定員	50人 (定員 65人)			
入居者の状況	男性	12人	女性 38人	
	自立	1人		
	要介護	46人	(内訳) 要介護1	11人
			要介護2	4人
要介護3			15人	
要介護4			6人	
要介護5			10人	
要支援	3人	(内訳) 要支援1	2人	
		要支援2	1人	
平均年齢	86.6歳 (男性 82.21歳、女性 88.02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)	年一回開催 主な議題：施設状況・計画・共同施設の利用・月額利用料の改定・利用者元引受人の要望や意見等			

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 11 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 ()	/			
	生活相談員	()				
	直接処遇職員	()				
	介護職員	30 (15)		23.5	3	
	看護職員	8 (5)		6.8	1	
	機能訓練指導員	()				
	理学療法士	1 (1)				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	()				
	医師	()				
	栄養士	1 ()				
	調理員	6 (5)				
	事務職員	8 (1)				
	その他職員	10 (10)				
合計	65 (37)					

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。

(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		7	4	1	4						
前年度1年間の退職者数		7	7	2	2						
業務に 応じた 職員の 経験 年数	1年未満	5	2	1	4						
	1年以上 3年未満		1	2	3						
	3年以上 5年未満	1		7	5						
	5年以上 10年未満			4	3						
	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			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16			
配置している直接処遇職員の人 数 ※17			
要支援者・要介護者の合計 人に対する配置直接処遇職員 の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 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	10:30～	19:30
	夜勤	17:00～	9:30
	看護職員 日勤	9:00～	18:00
	夜勤	17:00～	9:30

※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	1人 (1人)
介護福祉士	15人 (7人)	介護職員初任者研修修了者	15人 (11人)
介護支援専門員	2人 (2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・退去等

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歳以上の自立の方 要支援及び要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づき入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して責務を負う。 また、必要と判断される時に入居者の身柄を引き取る。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 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	(施設からの契約解除) 1. 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、且つその事が社会通念上著しく困難だと認められる場合には、以下の条件の基に本契約を解除することがあります。 ① 入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき ② 月額利用料、その他支払を正当な理由なくしばしば遅滞するとき ③ 入居者契約第20条 (禁止または制限される行為)の規定に違反したとき ④ 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、その危害が切迫した恐れがあり、且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出来ない場合 2. 上記1の規定に基づく契約解除の場合は、事業所が書面にて次の以下の手続を行います。 ① 契約解除の通告について90日の予告期間を置く

		② 契約解除通告に先立ち入居者及び身元引受人などに弁明の機会を設ける ③ 解除通告に伴う	
退去者の状況	前年度における 退去先別の人数	自宅等	1人
		社会福祉施設	10人
		医療機関	7人
		死亡者	20人
		その他	0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	0人 (解約事由の例)
体験入居の期間及び費用負担等		一日10,800円 (税込) (6泊7日迄)	

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