

重要事項説明書

Ver 1.3

記入年月日	2025 年 7 月 1 日
記入者名	安西 稔
所属・職名	ヨウコーキャッスル綾瀬 施設長
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	1400092000131

1 事業主体概要

種類	2 法人
	※法人の場合、その種類 5 営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ ようこーふおれすとしょうなん 株式会社 ヨウコーフォレスト湘南
法人番号	法人番号有無 1 有
	法人番号 2021001007947
主たる事務所の所在地	〒 173 - 0004
	東京都板橋区板橋1丁目10番14号
連絡先	電話番号 03 - 5944 - 2680
	FAX番号 03 - 5944 - 2681
	メールアドレス @
	ホームページ有無 1 有
	ホームページアドレス https:// rehabili-youko.com
代表者	氏名 伊藤 進
	職名 代表取締役
設立年月日	1996 年 9 月 27 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) ようこーきゃつするあやせ ヨウコーキャッスル綾瀬
所在地	〒 252 - 1106 神奈川県綾瀬市深谷南3丁目17番1号
所在地 (建物名等)	ヨウコーキャッスル綾瀬
市区町村コード	都道府県 神奈川県 市区町村 142182 綾瀬市
主な利用交通手段	最寄駅 小田急江ノ島線 「桜ヶ丘」 駅 「長後」
	交通手段と所要時間 小田急江ノ島線「桜ヶ丘」駅より3.8km 小田急江ノ島「長後駅」より3.8km

連絡先	電話番号	0467	-	70	-	4411	
	FAX番号	0467	-	79	-	7008	
	メールアドレス	castle_ayase	@	rehabili-youko.com			
	ホームページ有無	1	有				
	ホームページアドレス	https://		rehabili-youko.com			
管理者	氏名	安西	稔				
	職名	施設長					
建物の竣工日		2006	年	4	月	14	日
有料老人ホーム事業の開始日		2016	年	3	月	1	日

（類型）【表示事項】

類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）						
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	1474400825					
	指定した自治体名	神奈川県					
	事業所の指定日	2016	年	3	月	1	日
	指定の更新日（直近）	2026	年	2	月	28	日

3 建物概要

土地	敷地面積	3.758	m ²
	所有関係	2 事業者が賃借する土地	
		2 事業者が賃借する土地の場合	
		賃貸の種別	1 普通貸借
		抵当権の有無	1 あり
		契約期間	1 あり
			開始
			2006 年 3 月 1 日
			終了
			2026 年 2 月 28 日
		契約の自動更新	1 あり
建物	延床面積	全体	2665.39 m ²
		うち、老人ホーム部分	2665.39 m ²
	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	

建物	所有関係	2 事業者が賃借する建物の場合					
		賃貸の種別		1 普通貸借			
		抵当権の有無		2 なし			
		契約期間		1 あり			
				開始			
				2006 年 3 月 1 日			
				終了			
				2026 年 2 月 28 日			
契約の自動更新		1 あり					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室含む）					
		2 相部屋ありの場合					
		最少		1		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	1 有	18	m ²	44	3 介護居室個室
	タイプ2	1 有	1 有	27	m ²	3	3 介護居室個室
	タイプ3	1 有	2 無	28.5	m ²	5	3 介護居室個室
	タイプ4	1 有	2 無	18	m ²	1	5 一時介護室
	タイプ5				m ²		
共用施設	共用便所における便房	3	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3	ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房		3	ヶ所
	共用浴室	2	ヶ所	個室			ヶ所
				大浴場		2	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		1	ヶ所
				ストレッチャー浴		1	ヶ所
				その他			ヶ所
	食堂	1 あり					
	入居者や家族が利用できる調理設備	2 なし					
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	1 全ての浴室あり
	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	1 事業所は、利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を計画的に行う。 2 特定施設サービス計画等に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。 3 指定特定施設入居者生活介護等の提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族から求められたときには、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。 4 指定特定施設入居者生活介護等の提供にあたっては、当該利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他、利用者の行動を制限する行為は行わない。緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合は、以下の手続きにより行うものとする。 一 管理者参加の下、緊急やむを得ない場合に該当するかどうか検討を行い、事業所として判断する。なお、緊急やむを得ない場合とは、「切迫性」「非代替性」、「一時性」の3つの要件を全て満たす場合を言う。 二 事業所の管理者は、協議した結果、緊急やむを得ない場合に該当すると判断した場合、利用者本人及び家族等に対し、身体的拘束の内容、目的、拘束の時間、時間帯、期間等をできるかぎり詳細に説明をし、当該内容を記した説明文を交付し、同意を得るものとする。 三 事業者は、緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合、当該利用者が緊急やむを得ない状態にあるかについて確認をし、「経過観察記録」に身体的拘束の状態及び方法、身体的拘束を行った時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録するものとする。 四 事業者は、緊急やむを得ず、身体的拘束を行った場合においても、常に利用者を観察し要件に該当しなくなった場合には、直ちに解除するものとする。 5 指定特定施設入居者生活介護等の提供にあたっては、施設の計画作成担当者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 6 事業者は、自らその提供する指定特定施設入居者生活介護等の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	園内の庭園の散策、リハビリなどを中心に日常生活を自然の中で心豊かに過ごす空間と時間づくりを目標としている。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
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 ※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。 ※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算(Ⅰ)	2 なし
	入居継続支援加算(Ⅱ)	2 なし
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	2 なし
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	2 なし
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	2 なし
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	2 なし
	ADL維持等加算(Ⅰ)	2 なし
	ADL維持等加算(Ⅱ)	2 なし
	夜間看護体制加算(Ⅰ)	1 あり
	夜間看護体制加算(Ⅱ)	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	2 なし
	協力医療機関連携加算(Ⅰ)(※1)	1 あり
	協力医療機関連携加算(Ⅱ)(※1)	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	2 なし
	科学的介護推進体制加算	1 あり
	退院・退所時連携加算	1 あり
	退居時情報提供加算	2 なし
	看取り介護加算(Ⅰ)	1 あり
	看取り介護加算(Ⅱ)	2 なし
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	2 なし
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	2 なし
	新興感染症等施設療養費	2 なし
	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	2 なし
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	2 なし

	サービス提供体制 強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員等処遇改 善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)(1)	2	なし
		(Ⅴ)(2)	2	なし
		(Ⅴ)(3)	2	なし
		(Ⅴ)(4)	2	なし
		(Ⅴ)(5)	2	なし
		(Ⅴ)(6)	2	なし
		(Ⅴ)(7)	2	なし
		(Ⅴ)(8)	2	なし
		(Ⅴ)(9)	2	なし
		(Ⅴ)(10)	2	なし
		(Ⅴ)(11)	2	なし
		(Ⅴ)(12)	2	なし
		(Ⅴ)(13)	2	なし
		(Ⅴ)(14)	2	なし
人員配置が手厚い介護サービ スの実施の有無	2 なし			
	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	
協力医療機関	1	名称	医療法人湘南みらい 湘南第一病院	
		住所	神奈川県藤沢市湘南台1-19-7	
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、整形外科、皮膚科	
		協力科目	内科、循環器内科、消化器内科、整形外科、皮膚科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり
	2	名称	医療法人社団 綾瀬厚生病院	
		住所	神奈川県綾瀬市深谷中1-4-16	
		診療科目	内科、外科、整形外科、リウマチ科、脳神経外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、眼科、婦人科	
		協力科目	内科、外科、整形外科、リウマチ科、脳神経外科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、眼科、婦人科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり
	3	名称	医療法人社団 湘南中央会 横浜立場クリニック	
		住所	神奈川県横浜市泉区中田北 1-8-24	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり
	4	名称	医療法人社団正桜会 海老名スマイルクリニック	
		住所	神奈川県海老名市めぐみ町3-1	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり

	5	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
	新興感染症発生時に連携する医療機関		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
		2 なし	
		1 ありの場合	
		医療機関の名称	
		医療機関の住所	
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 武内歯科医院
		住所	神奈川県綾瀬市寺尾北3-12-32
		協力内容	訪問歯科診療
	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	1. 一時介護室へ移る場合 ・急激な体調の変化等、一時的な常時見守りが必要になった場合や、退院後の日常生活に慣れるまでの一定期間等について、本人の申し出により一時介護室で介護を受けることが可能です。この場合、居室の権利は存続し追加費用はありません。 ・介護上の必要がある場合は、医師の意見を聞き、本人の意思を確認するとともに、身元引受人の意見を聞いたうえで、一時介護室で介護する場合があります。 2. 別の居室へ住み替える場合 ・適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いたうえで居室(個室)を変更していただく事があります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意のうえで住み替えていただきます。 ※入居者から住み替え申し込み ①シングルルーム入居者が夫婦、親子、兄弟姉妹と2人入居を希望し、ツインルームへの異動を希望したとき。 ②ツインルーム入居者が単身となり、シングルルームへの移動を希望したとき					
手続きの内容	・住み替え後の居室及び介護の内容、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おこないます。 ・居室の専有面積の変更による前払い金の減額はありせん					
追加的費用の有無	1 あり					
居室利用権の取扱い	1. 一時介護室へ移る場合 ・急激な体調の変化等、一時的な常時見守りが必要になった場合や、退院後の日常生活に慣れるまでの一定期間等について、本人の申し出により一時介護室で介護を受けることが可能です。この場合、居室の権利は存続し追加費用はありません。					
前払金償却の調整の有無	1 あり					
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1 あり				
	便所の変更	2 なし				
	浴室の変更	1 あり				
	洗面所の変更	2 なし				
	台所の変更	2 なし				
		2 なし				
	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	2	なし
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	1. 要介護状態、要支援状態の方。 2. 伝染性疾患のない方。 3. 確実な身元引受人がいる方。(入居金、月々の生活費を弁済できる方) ※なお、2人入居の場合は夫婦、親子、兄弟姉妹に限ります。		
契約解除の内容	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、本契約を解約する事ができます。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。 2. 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退居した場合には、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除されたものと推定します。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1. 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、その事が本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が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などの不正手段により入居した時。 二 月額利用料、その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞する時。 三 入居契約第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反した時。 四 入居者の行動が、他の利用者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止する事が出来ない時。 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 契約解除の通告について90日の予告期間をおく。 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。 三 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。 3. 1の四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 医師の意見を聞く。 二 一定の観察期間をおく。 三 本条件に付いて、入居者とその身元引受人が非協力的な場合、予告期間の短縮及び即時退去を申し出る場合がある。	
		解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1		ヶ月
	1	あり	
	1	ありの場合	

体験入居の内容		(内容)	期間7泊8日まで 1泊3食付き 13,200円(税込み) ツイン利用の場合は2人分の費用が掛かります。 ※健康診断書の提出をお願いします。
入居定員	55		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		0.5
生活相談員		1	1		1
直接処遇職員					
	介護職員	24	14	10	19.9
	看護職員	3	1	2	1.8
機能訓練指導員		1		1	0.2
計画作成担当者		1		1	0.5
栄養士					
調理員					
事務員					
その他職員		5	1	4	2.8
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			
介護福祉士	6		6
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	15	12	3
介護支援専門員	1		1

(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
看護師又は准看護師	3	1	2
理学療法士	1		1
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 30 分 ~ 9 時 30 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
介護職員	2	人	2	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】	c 2.5 : 1 以上		
	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)	2.4		: 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		実務者研修					
		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			5	2	5				1		
前年度1年間の退職者数		1			5						
に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数	1 年未満			2	3						
	1 年以上 3 年未満			6	5						1
	3 年以上 5 年未満			4							
	5 年以上 10 年未満			2	2	1					
	10 年以上										
従業者の健康診断の実施状況											

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】		1 利用権方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		4 選択方式	
		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	人件費及び施設の維持・運営管理費等を勘案する。	
	手続き	運営懇談会の同意を得たうえで改定する。	

(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		要支援1		要介護3		
		年齢		70	歳	70	歳	
居室の状況		床面積		18	m ²	18	m ²	
		便所		1	有	1	有	
		浴室		1	有	1	有	
		台所		2	無	2	無	
入居時点で必要な費用		前払金		0	円	4400000	円	
		敷金		306000	円	0	円	
月額費用の合計				199236	円	148236	円	
		家賃		51000	円	0	円	
		特定施設入居者生活介護※1の費用			円		円	
サービス費用		介護保険外※2	食費		78570	円	78570	円
			管理費		69666	円	69666	円
			介護費用			円		円
			光熱水費		実費	円	実費	円
			その他			円		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	近傍家賃相場を勘案して算出
敷金	家賃の 6 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。	
管理費	事務管理部門の人件費及び事務費、入居者に対する日常生活生活支援サービス提供のための人件費及び事務費、目的施設の維持管理費
食費	78,570/1人あたり(1カ月30日の場合)朝食628円、昼食891、夕食1,047円、間食53円(一日あたり2,619円×30日で積算) 入院中の場合は食堂管理費として、月額44,228円受領します。
光熱水費	管理費に含む(ただし居室内の電気代は自費負担)
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	[家事サービス] 居室清掃、ゴミ出し、洗濯(プレスを要さないもの)、寝具カバー、シーツ交換、買い物代行(30分以内)、郵便物・宅急便・クリーニング取次ぎ [健康管理サービス] 薬の管理、協力医療機関の医師による健康相談、看護師による健康相談・健康チェック [その他] 施設主催のイベント・サークル参加費(一部有料)

(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	要介護認定等に伴う確認書に記載
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(上乗せサービス)	
※ 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		想定居住期間における前払家賃相当額 想定居住期間内における前払い家賃相当額 Aプラン シングル・シングルプレミアム (1人室) 51,333円 ×60月 ≒ 3,080,000円 ツイン (2人室) 77,000円 ×60月 = 4,620,000円 Bプラン シングル・シングルプレミアム (1人室) 29,166円 ×60月 ≒ 1,750,000円 ツイン (2人室) 43,750円 ×60月 = 2,625,000円 想定居住期間を超えた部分における家賃相当額 Aプラン シングル・シングルプレミアム (1人室) 1,320,000円 ツイン (2人室) 1,980,000円 Bプラン シングル・シングルプレミアム (1人室) 750,000円 ツイン (2人室) 1,125,000円
想定居住期間 (償却年月数)		60 ケ月
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		30 %
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	入居日から3月以内での解約の場合 (1人室440万円の場合) ・ 返還金 = 3,080,000 - (想定居住期間内における前払い家賃相当額 ÷ 償却月数 ÷ 30) × 入居日から契約終了日までの実日数。 ※入居時償却額(前払い金の30%)は全額返金します。 (2人室660万円の場合) ・ 返還金 4,620,000 - (想定居住期間内における前払い家賃相当額 ÷ 償却月数 ÷ 30) × 入居日から契約終了日までの実日数。 ※入居時償却額(前払い金の30%)は全額返金します。

返還金の算 定方法	入居後 3 月を超えた契約終了	入居日から3月を超えて解約の場合 (1人室440万円の場合) ・ 返還金=3,080,000÷(入居日の翌日から償却 期間満了までの実日数) ×(契約終了日から償却期間満了日ま での実日数) ※入居時償却額(前払い金の30%)は償却され返 金はありません。 ※必要な原状回復費があれば受領します。 (2人室660万円の場合) ・ 返還金4,620,000÷(入居日の翌日から償却期 間満了までの実日数) ×(契約終了日から償却期間満了日ま での実日数) ※入居時償却額(前払い金の30%)は償却され返 金はありません。 ※必要な原状回復費があれば受領します
前払金の保 全先	1 全国有料老人ホーム協会	
	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	17	人
	女性	37	人
年齢別	65歳未満	2	人
	65歳以上75歳未満	0	人
	75歳以上85歳未満	7	人
	85歳以上	46	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	0	人
	要支援 2	0	人
	要介護 1	25	人
	要介護 2	7	人
	要介護 3	6	人
	要介護 4	12	人
	要介護 5	5	人
入居期間別	6ヶ月未満	12	人
	6ヶ月以上1年未満	18	人
	1年以上5年未満	20	人
	5年以上10年未満	5	人
	10年以上15年未満	0	人
	15年以上	0	人

（入居者の属性）

平均年齢	85.1	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	1	人
	社会福祉施設	5	人
	医療機関	2	人
	死亡	9	人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		（解約事由の例）	
	入居者側の申し出		人
		（解約事由の例）	

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		施設 ・施設担当者：生活相談員									
電話番号		0467	－	70	－	4411					
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											

窓口2												
窓口の名称			本社　お客様相談室									
電話番号			03		-		5944		-		2680	
対応している時間	平日		9	時	0	分	～	18	時	0	分	
	土曜			時		分	～		時		分	
	日曜・祝日			時		分	～		時		分	
定休日			土日祝日年末年始									
窓口3												
窓口の名称			公益社団法人全国有料老人ホーム協会									
電話番号			03		-		3548		-		1077	
対応している時間	平日		10	時	0	分	～	18	時	0	分	
	土曜			時		分	～		時		分	
	日曜・祝日			時		分	～		時		分	
定休日			月水金　年末年始　祝日									
窓口4												
窓口の名称			神奈川県国民健康保険団体連合会　介護苦情相談課									
電話番号			045		-		320		-		3447	
対応している時間	平日		8	時	30	分	～	17	時	0	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			神奈川県綾瀬市福祉部高齢介護課介護保険担当									
電話番号			0467		-		70		-		5363	
対応している時間	平日		8	時	30	分	～	17	時	0	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	
	1 ありの場合	
	その内容	事業活動包括保険：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	
	1 ありの場合	
	その内容	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬入もしくは119番通報による他の医療機関への搬入をおこなうとともに、施設長及び担当職員から家族への連絡をおこないます。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	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	(開催頻度) 年 1 回
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の定期的な実施	1 あり
	担当者の配置	1 あり
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の実施	1 あり
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	2 なし
		1 ありの場合
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画 (BCP)	1 あり
	災害に関する業務継続計画 (BCP)	1 あり
	職員に対する周知の実施	1 あり
	定期的な研修の実施	1 あり
	定期的な訓練の実施	1 あり
	定期的な業務継続計画の見直し	1 あり
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	1 あり	
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	2 なし	

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

協力医療機関について記入欄がたらない為、別紙参照
加算について、記入欄ない為、別紙参照

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。