

重要事項説明書

Ver 1.2

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2025 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 鴨下 和美 |
| 所属・職名 | 館長 |
| 取込種別 | |
| 被災確認事業所番号 | |

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) かぶしきがいしゃ あさひけあこんさるたんと 株式会社 朝日ケアコンサルタント | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 5021001002598 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 251 - 0037 | |
| | 神奈川県藤沢市鵠沼海岸2-11-17 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0466 - 30 - 5251 |
| | FAX番号 | 0466 - 30 - 5250 |
| | メールアドレス | *1 @ |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | ~https:// ocean-promenade.net |
| 代表者 | 氏名 | 鴨下 和美 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2000 年 3 月 6 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) おーしゃんぷろむなードしょうなん | | | | | |
| | オーシャンプロムナード湘南 | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 251 | - | 0037 | | |
| | 神奈川県藤沢市鵜沼海岸2-11-17 | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 神奈川県 | | 市区町村 | 142051 藤沢市 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 鵜沼海岸 | | | | 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 小田急江ノ島線「鵜沼海岸」駅下車 徒歩6分 (480メートル) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0466 | - | 30 | - | 5251 |
| | FAX番号 | 0466 | - | 30 | - | 5250 |
| | メールアドレス | *1 @ | | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | |
| | ホームページアドレス | "https:// | | ocean-promenade.net | | |
| 管理者 | 氏名 | 鴨下 和美 | | | | |
| | 職名 | 館長 | | | | |
| 建物の竣工日 | | 1992 | 年 | 9 | 月 | 1 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2000 | 年 | 11 | 月 | 21 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 | 1472200839 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 神奈川県 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2000 | 年 | 12 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2020 | 年 | 11 | 月 | 27 日 |

3 建物概要

| | | | | | | | |
|---------|------|-----------------|----------------|----------------|---|---|------|
| 土地 | 敷地面積 | 5749.81 | 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 | | | | | |
| | | 賃貸の種類別 | 1 普通貸借 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | |
| | | | 開始 | | | | |
| | | | 2013 | 年 | 7 | 月 | 10 日 |
| | | | 終了 | | | | |
| 2033 | 年 | 7 | 月 | 9 日 | | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 4596.56 | m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 4596.56 | m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|----------------|-----------------|----------------|----------------------|-------|----------|---|----|---|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | | | |
| | | 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 | | 1 あり | | | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | | | |
| | | | | 開始 | | | | | |
| | | | | 2013 | 年 | 7 | 月 | 10 | 日 |
| 終了 | | 2033 | | | 年 | 7 | 月 | 9 | 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 | | 人部屋 | | | | | |
| | 最大 | | 人部屋 | | | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 | | | |
| | タイプ1 | 1 有 | 1 有 | 45.08 m ² | 6 | 1 一般居室個室 | | | |
| | タイプ2 | 1 有 | 1 有 | 50.58 m ² | 6 | 1 一般居室個室 | | | |
| | タイプ3 | 1 有 | 1 有 | 54.41 m ² | 24 | 1 一般居室個室 | | | |
| | タイプ4 | 1 有 | 1 有 | 60.64 m ² | 6 | 1 一般居室個室 | | | |
| | タイプ5 | 1 有 | 1 有 | 68.38 m ² | 3 | 1 一般居室個室 | | | |
| | タイプ6 | 2 無 | 2 無 | 8.5 m ² | 6 | 1 一般居室個室 | | | |
| タイプ7 | | | m ² | | | | | | |
| タイプ8 | | | m ² | | | | | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------|------------------|----|-------------|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における便所 | 5 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便所 | 4 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便所 | 4 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2 | ヶ所 | 個室 | 2 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 2 | ヶ所 | チェアー浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | | 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 | 1 | あり | | | |
| 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)

| | |
|------------------------|--|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>オーシャンpromナード湘南は、ご入居者の安心・満足・信頼の実現を目指し、「入って良かった」のお気持ちと共に繁栄することを職員共通の目的としています。</p> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <p>入居時よりお看取りまでを入居者と身元引受人のご希望に沿いながら一貫したサービス内容で行っています。 看護職員24時間体制です。</p> |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>食事の提供</p> | <p>2 委託</p> |
| <p>洗濯・掃除等の家事の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>安否確認又は状況把握サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>生活相談サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |

(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 | 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 （相談・診療を行う体制を常時確保 している協力医療機関と連携してい る場合） | 2 なし |
| | 協力医療機関連携加算 （上記以外の協力医療機関と連携し ている場合） | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 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 | 1 あり |
| | 看取り介護加算（Ⅰ） | 1 あり |
| | 看取り介護加算（Ⅱ） | 1 あり |
| | 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) | 1 | あり |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (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 | 1 あり | | | |
| | 1 ありの場合 | | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | | 1.5 | : 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 | | |
| | 1 | 名称 | クローバークリニック | |
| | | 住所 | 藤沢市片瀬海岸4-10-22 | |
| | | 診療科目 | 内科・皮膚科・外科 | |
| | | 協力科目 | 内科・皮膚科・外科 | |
| | | 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 |
| | 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 | クローバーホスピタル | |
| | | 住所 | 藤沢市鵜沼石上3-2160 | |
| | | 診療科目 | 内科・呼吸器・消化器科・循環器科・神経内科・皮膚科・整形外科・リハビリテーション科 | |
| | | 協力科目 | 内科・呼吸器・消化器科・循環器科・神経内科・皮膚科・整形外科・リハビリテーション科 | |
| 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 | |

| | | | | |
|--|--|-----|-----------------------------|------|
| | | カカク | 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 |
|--|--|-----|-----------------------------|------|

| | | | | |
|--------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| 協力医療機関 | 3 | 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 | |
| | 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 | | | |
| | 4 | 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 | | |
| | 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 | | | |

| | | | |
|------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|
| | 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 |
| | | 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 | |
| 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 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 | 島田歯科クリニック |
| | | 住所 | 藤沢市鵜沼海岸4-9-1 |
| | | 協力内容 | ①入居者の歯科診断②無料歯科診断③口腔ケア講座の実施 |
| | 2 | 名称 | パーク歯科クリニック |
| | | 住所 | 藤沢市鵜沼石上2-8-5 |
| | | 協力内容 | ①入居者の要請による訪問歯科診療および口腔ケア ②夜間・緊急時の対応 |

(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 | 認知症状で拘束性のない一般居室での生活が危険で成立しなくなった場合や、他のご入居者への迷惑行為が頻繁に起こる場合などで、24時間職員がいるユニットケアがご本人のためになると身元引受人が希望された場合、住み替えをお受けする。 | | |
| 手続きの内容 | 3カ月の移行期間を設け、ユニットケアの方が不穏行動が落ち着き安心した生活を送っていただけると判断ができた場合は、その後正式な住み替え手続きとなる。 | | |
| 追加的費用の有無 | 2 | なし | |
| 居室利用権の取扱い | 介護居室ユニットケアへ移行後は一般居室の権利は基本はなくなるが、そのまま残したい場合は、管理費の半額を毎月支払うことで権利を残すことができる。 (前払い方式のみ) | | |
| 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 | 1 | あり |
| | 浴室の変更 | 1 | あり |
| | 洗面所の変更 | 1 | あり |
| | 台所の変更 | 1 | あり |
| | その他の変更 | | 2 |
| | | 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 | 1 | あり |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | 一般居室はベランダやキッチン、浴室もついており、居室での生活が生活支援サービス、介護保険サービスを受けることで危険を回避でき成立する場合のみ、入居をお受けできる。 | | |
| 契約解除の内容 | | | |
| 事業主体から解約を求める 場合 | 解約条項 | 条件：前払い方式入居契約書第30条第1項及び第4項又は月払い方式入居契約書第30条第1項及び第4項による。 | |
| | 解約予告期間 | 3 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 あり | | |
| | 1 ありの場合 | | |
| | (内容) | 2泊3日を上限とする。 1人1泊4,400円(税込) 食事は別途ご利用に応じて頂戴いたします。 | |
| 入居定員 | 63 | | 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 | | 0.43 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 23 | 12 | 11 | 15.5 |
| 看護職員 | 14 | 3 | 11 | 7.3 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 2 | 2 | | 2.5 |
| その他職員 | 39 | 3 | 36 | 12.9 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 15 | 10 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | 0 |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | 0 |

(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 | 1 | 1 |
| 理学療法士 | | |
| 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 | (17 時 0 分 ~ 10 時 0 分) | | | |
|----------|-------------------------|---|-----------------|---|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | |
| 看護職員 | 1 | 人 | 1 | 人 |
| 介護職員 | 1 | 人 | 1 | 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】 | a 1.5 : 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) | 1.1 : 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 | 80 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 | | | | | | ヘルパー2級 | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | 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 | 2 | 3 | 4 | 3 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 2 | 2 | 3 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 2 | 1 | 1 | | 1 | | |
| | 3年以上 5年未満 | | 1 | 1 | 1 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 1 | | 1 | | | | | 1 |
| | 10年以上 | 3 | 9 | 9 | 8 | | | | | |
| 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 | |
| | <input type="radio"/> | 全額前払い方式 |
| | <input type="checkbox"/> | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | <input type="radio"/> | 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 <input type="text"/> 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、改定致します。 |
| | 手続き | 運営懇談会に提案し意見を聴いた上で実施致します。 |

(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 ² | 要介護1 | |
| | 年齢 | 84 歳 | 93 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 54.41 m ² | 60.64 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 1 有 | 1 有 | |
| | 台所 | 1 有 | 1 有 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 59,500,000 円 | |
| | 敷金 | 2,100,000 円 | 0 円 | |
| 月額費用の合計 | | 692,810 円 | 342,810 円 | |
| 家賃 | | 350,000 円 | 0 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 92,010 円 | 92,010 円 |
| | | 管理費 | 173,800 円 | 173,800 円 |
| | | 介護費用 | 77,000 円 | 77,000 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 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 | 土地建物賃借費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照した上で平均的な余命等を勘案して月額費用を算出しています。家賃相当額は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金及び対価性のない金品に該当しません。 |
| 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。 | ①要介護者等の人員過配置サービス費：（人員を基準以上に配置し行うサービスの内、利用者負担分を含む介護保険給付による収入でカバーできない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づく）②要介護者等以外の介護サービス費：（一時的な怪我や病気への対応。①②併せて月額77,000円（税込） |
| 管理費 | 共用施設・設備の維持管理費、健康管理部門・事務管理部門・管財部門・フロント・日常業務等に関わる人件費、事務用品代、什器備品類、通信費、健康増進事業費、共用部の清掃費・有料ゴミ収集費居室の清掃費、植栽管理費、光熱水費（Fタイプ居室入居者のみ） |
| 食費 | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用、厨房設備・備品代、水光熱費等84,000円（税抜）/1人当たり（1日3食、30日の場合）朝食650円（税抜）、昼食750円（税抜）、夕食1,400円（税抜）*予めお申し込み頂き、召し上がった分のみ。一食690円以下、且つ、一日累計額2,070円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。 |
| 光熱水費 | 光熱水費、個別の外部契約による実費負担 |
| 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 | 電話、インターネット代等の通信費は実費負担。その他、月極駐車場等の有料利用は、管理規程に示します。 |
|-------------|---|

(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 | A～Fタイプ 居室入居者 月額77,000円（税込）/1人当たり |
| 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（上乘せサービス） | A～Fタイプ 居室入居者 月額77,000円（税込）/1人当たり 人員を基準以上に配置し行うサービスの内、利用者負担分を含む介護保険給付による収入でカバーできない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づきます。 |
| ※ 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 | 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で示された算式に基づき、公益社団法人全国有料老人ホーム協会による算定結果によります。 |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 120 ヶ月 |
| 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) | 入居前払金 : 744万円~1340万円 追加入居前払金 : 247万 円 |
| 初期償却率 | 20 % |

| | | | |
|----------|--------------------|--|----|
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | <p>1 日当たり利用料は、入居前払金のうち返還対象部分 1 月を 30 日として償却月数で割り返した額で算出します。</p> <p>算定式：入居前払金×80%÷償却期間月数120÷30 (入居前払金のうち非返還部分は、上記にかかわらず全額を無利息で返還します。)</p> | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | <p>返還金＝入居前払金×0.8÷(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) (入居者が 2 人の場合であって、その一方が死亡又は退去した場合) 返還金＝追加入居前払金×0.8÷(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) 想定居住期間を超えて契約が終了した場合、返還金はありません。 なお、入居前払金の追加徴収も行いません。</p> | |
| 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 | <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> </table> | 名称 |
| 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 | 15 | 人 |
| | 女性 | 29 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 10 | 人 |
| | 85歳以上 | 33 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 11 | 人 |
| | 要支援 1 | 6 | 人 |
| | 要支援 2 | 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 11 | 人 |
| | 要介護 2 | 2 | 人 |
| | 要介護 3 | 5 | 人 |
| | 要介護 4 | 5 | 人 |
| | 要介護 5 | 2 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 13 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 14 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 7 | 人 |
| | 15年以上 | 5 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---------|------|---|
| 平均年齢 | 89.3 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 44 | 人 |
| 入居率※ | 70 | % |

※ 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 | | 人 |
| | 社会福祉施設 | | 人 |
| | 医療機関 | | 人 |
| | 死亡 | 6 | 人 |
| | その他 | | 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 | 1 | 人 |
| (解約事由の例) 奥様要介護のためご夫妻で入居。奥様ご逝去後、ご本人自立のためご退去 | | | |

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 | | 館長 鴨下和美 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0466 | - | 30 | | - | 5251 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 30 | 分 | ～ | 18 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|------------------------|---|------|---|------|----|---|---|---|
| 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 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土日祝 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 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 | - | 329 | - | 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4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 045 | - | 210 | - | 1111 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 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 | | 藤沢市市長部局福祉部介護保険課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 0466 | - | 25 | - | 1111 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 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 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 (あいおいニッセイ同和損保) |
| 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 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 (あいおいニッセイ同和損保) |
| 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 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 利用者アンケート：毎年2月頃 意見箱：常時設置 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 平成23年 2月16日 |
| | 評価機関名称 | 株式会社川原経営総合センター |
| 結果の開示 | 1 あり | |

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 | 2 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の要旨 | 2 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の原本 | 2 入居希望者に交付 |

10 その他

| | | |
|-------------------|---|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | (開催頻度) 年 12 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 | 高齢者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 |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催 | 1 あり |
| | 指針の整備 | 1 あり |
| | 研修の実施 | 1 あり |
| | | 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） | 1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 1 あり |

| | | | |
|--|--|----------------------------|----|
| 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 |
| | 従業者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 | 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 | 1. 居室 2. 浴室 3. 便所 4. 汚物処理室 | | |
| 不適合事項がある場 | 1. 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 →Fタイプのみ。リビングルームで居住面積を確保 2. 通常居室内浴室は身体の不自由な物が使用するのに適していない。 →ストレッチャー浴・チェア浴で対応 3. 居室内便所に常夜灯がない。 | | |

| | | |
|--|------|---|
| | 合の内容 | →各居室設置ライトで対応。必要に応じて後付け 4. 汚物処理室が居室のある階ごとに設置していない。 →各居室で衛生管理に配慮し個別対応 |
|--|------|---|

備考

*1 : メールアドレス asahi-care@ocean-promenade.com

添付書類： 別添1（別の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。

別添 1

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|-------------------|----------------|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | オーシャンプロム ナード湘南 | 藤沢市鵜沼海岸2-11-17 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|-------------------|----------------|--|--|
| 地域密着型通所介護 | 2 | 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 | 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 | 無 | | | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 | 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | 有 | オーシャンプロム ナード湘南 | 藤沢市鵠沼海岸2-11-17 | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | 1 あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|----------------------|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 | | | 備考 |
| | | | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 食事の都度、必要に応じて見守り若しくは介助 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 適宜対応 |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 2 なし | | | | ・一部若しくは全介助週2回・入浴不可の場合及び入浴日以外で必要に応じて実施 |
| 特浴介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 一部若しくは全介助週2回 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | | | | | 適宜対応 |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | 特定施設サービス計画に基づいて実施 |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | | 500円/15分（税抜） | ・半径5km以内の医療機関への付添（除受診介助）・半径5km以遠の場合は要実費交通費 |
| 口腔衛生管理 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 400円/15分（税抜） | 週1回水廻り・隔週1回居室全体その他必要に応じて適宜対応 |
| リネン交換 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 400円/15分（税抜） | 適宜対応 |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 300円/1回（税抜） | 適宜対応 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | 適宜対応 |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | 適宜対応 |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | 適宜対応 |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 半径5km以遠は400円/15分（税） | 週1回指定日に近隣商店への代行、それ以外は適宜対応 |
| 役所手続き代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 半径5km以遠400円/15分（税抜）、 | 週1回指定日に鶴沼市民センターへの代行、それ以外は適宜対応 |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | 年2回 |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | 適宜対応 |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | | | | 適宜対応 |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | 適宜対応 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 2 なし | | | | 適宜対応 |

| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
|---------------|------|------|--|--|------|--|
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | | 実費負担 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 2 なし | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | 1 あり | 2 なし | | | | |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。