

第2号様式(第6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 1日

1 事業主体概要

事業主体名	有限会社ヒューマンケア
代表者名	代表取締役 角森 英夫
所在地	神奈川県横浜市青葉区あざみ野1-4-3 三橋ビル4階
電話番号/FAX番号	045-905-1320/045-904-9355
ホームページアドレス	Humancarenet.com/
資本金(基本財産)	5,000,000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	中島一彦 (比率100%)
設立年月日	平成11年 12月 8日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)880,314,512円(費用)553,138,814円(損益)44,367,695円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	

※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	ヒューマンヒルズ初山	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	1 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	: 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30年 7月 1日	
施設の管理者氏名	守屋 貴志	
所在地	神奈川県川崎市宮前区初山2-25-9-5	
電話番号/FAX番号	044-982-0101/044-982-0102	
メールアドレス	Shisetsu-hatsuyama@humancarenet.com	

交通の便 ※3	JR南武線 武蔵溝ノ口駅 溝の口南口バス停乗車 溝17・18系統「緑地」バス停 徒歩4分(0.3km)			
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) 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 805.70㎡			
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) 平成30年7月1日～平成59年3月31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 鉄骨造 地下 階 地上4階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 1388.73㎡(うち有料老人ホーム 1369.48㎡) 建築年月日 平成29年3月31日建築 改築年月日 年月日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他( )			
居室、一時介護室の概要	居室総数 45室 定員 45人(一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数	面積
居室	居室	個室	45室	13.23㎡～13.96㎡
		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	(114.76㎡)
	浴室	一般浴槽	設置階 2・3・4階	(2・3階5.73㎡、4階6.09㎡)
		リフト浴	設置階	(㎡)
	(介護浴槽)	ストレッチャー浴	設置階 1階	(23.00㎡)
		便所	設置箇所 各居室	1階 3箇所 2・3・4階 1箇所
	洗面設備		設置箇所 1階	1箇所
	医務室(健康管理室)		設置階 1階	(8.07㎡)
	談話室		設置階 —	(㎡)
	面談室		設置階 1階	(12.25㎡)
	事務室		設置階 1階	※訪問介護事業所と兼用
	洗濯室		設置階 1・2・3・4階	(1階16.43㎡、2・3階 6.75㎡ 4階 7.41㎡)

	汚物処理室	設置階 1・2・3・4階
	看護・介護職員室	設置階 2・3階
	機能訓練室	設置階 1階 (114.76㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂と兼用)
	健康・生きがい施設	設置階 - ( ) ㎡
	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、各階
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m～1.8m)
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、各便所および浴室にナースコールを設置 安否確認の方法・頻度等 昼間：適宜対応および入居者の希望による在宅サービスを利用 夜間：3時間毎の巡回および入居者の希望による在宅サービスを利用	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	事業所名称：ヘルパーステーション初山ひまわり サービス種類：訪問介護・介護予防訪問サービス 介護保険事業所番号：1475502330 指定年月日：平成30年7月1日(延床面積 19.25㎡)	
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 (不在期間食費(1日1350円税込)のみ日数分減額) 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	消費者物価指数および人件費等の勘案
	手続き方法	運営懇談会で意見を聴き同意を得る

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	別添 入居契約書のとおり
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ 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)	法第29条第6項に規定される前払金 2,000,000円 ～ 4,000,000円
想定居住期間又は償却期間	7年(84ヵ月)
算定の基礎(内訳)	川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針(平成28年2月1日付)で示された算式に基づいて算定。 算式: (1ヵ月分の家賃) × (想定住居期間(月数)) + (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) プランA: 4,000,000円 ÷ 38,095円 × 84ヵ月 + 800,000円 プランB: 2,000,000円 ÷ 19,047円 × 84ヵ月 + 400,000円
解約時の返還金(算定方法等)	返還金 = (前払金 × 80%) ÷ (償却期間の日数(2556日)) × (契約終了日から償却期間満了日までの日数) ・ 返還金は、契約終了の翌日から起算して90日以内に返還します。 ・ 入居後3ヵ月以内において、入居契約第27条に基づく契約終了の場合は、受領済みの前払い金から目的施設の利用対価の日数分、月額利用料の契約期間に係る日割り分、および原状回復費用を支払うことで契約を終了できるものとします。当該費用の支払いおよび居室の明け渡しを受けた後、90日以内に受領済みの前払金を無利息で返還します。
返還の対象とならない額の有無	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (プランA 800,000円、プランB 400,000円)
初期償却の開始日	入居の翌日
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	プランA 161,000円 プランB 180,000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

		内 訳					
料金プラン ※10	月額利用料	管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
		161,000	81,500		40,500		39,000
180,000	81,500		40,500		58,000		
算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の光熱水費等を含む維持管理費より算出					
	介護費用	—					
	食費	1日3食（朝食324円 昼食432円 夕食486円 おやつ代108円）1,350円×30日＝40,500円 食材費、食事部門の人件費、調理具、食器等の設備備品費より算出					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	建物賃借料、初期投資額、修繕費等より算出					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護・医療保険に係る自己負担分、「介護サービス等一覧表」の「その都度徴収するサービス」に対応した利用料、介護用品費、日用品費、娯楽費等						

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

身体的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

身体的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	別添 入居契約書のとおり						
敷金	<input type="checkbox"/> 無・有 (            円、家賃相当額の        か月分)						
月額利用料	プランC 199,000円 ~ 199,000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					その他
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	
	199,000	81,500		40,500		77,000	
算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の光熱水費等を含む維持管理費より算出					
	介護費用	-					
	食費	1日3食(朝食300円 昼食500円 夕食500円 おやつ代50円) 1,350円×30日=40,500円 食材費、食事部門の人件費、調理具、食器等の設備備品費より算出					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	建物賃借料、初期投資額、修繕費等より算出					
	その他	-					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護・医療保険に係る自己負担分、「介護サービス等一覧表」の「その都度徴収するサービス」に対応した利用料、介護用品費、日用品費、娯楽費等						

<p>介護保険に係る利用料</p> <p>※13</p> <p>(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		
	身体的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			
身体的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)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	地域の自治体が発表する消費者物価数および人件費等を勘案し、運営懇談会で意見を聴き同意を得たうえで改定を行います。
前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容 （（公社）全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度加入） 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 有の場合の保険名（事業活動包括保険）
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額は非課税
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="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 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	私たちは、誠実に心のこもった介護をさせていただき人々を幸せにできる介護を目指します。住み慣れた地域で安心した生活を支援します。
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	24 時間介護スタッフが常駐。日中は看護師を配置する事により、毎日を安心して過ごして頂くサポート体制を整えています。 また訪問介護事業所（ヘルパーステーション初山ひまわり）が併設され、介護保険を利用した訪問介護サービスを利用する事が出来ます。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施      2 委託      3 なし
食事の提供	① 自ら実施      2 委託      3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施      2 委託      3 なし
健康管理の供与	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	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	日常生活支援サービス、健康管理サービスおよび生活相談・助言サービス等
	食費	1日3食の提供、配膳、下膳 医師からの指示がある場合の特別食の提供
	その他	-
(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		
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	施設名：ヒューマンヒルズ初山 相談窓口：管理者 守屋 貴志 電 話：044-982-0101  施設での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。 ・川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課事業者指導係 電 話：044-200-2910 ・神奈川県保健福祉局福祉部高齢福祉課保険・住居施設グループ 電 話：045-210-4856 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 電 話：045-329-3447	

	・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 電 話：03 - 3272 - 3781					
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⇒施設管理者⇒家族・関係機関等 事故発生時、入居者の生命、身体に影響がある場合、協力医療機関に連絡を取ります。また、必要に応じて救急車の要請、病院への搬送を行います。					
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）	万が一の事故に備え「事業活動包括保険」に加入しています。サービスの提供に起因する入居者の身体の損害または財物の損害が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、入居者に対して損害の賠償を行います。					
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生活保証制度への加入状況	協会への加入 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
	入居者生活保証制度への加入 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	有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>1 有 2 無</td> </tr> </table>	実施日		結果の開示	1 有 2 無
	実施日					
	結果の開示	1 有 2 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	1 有 2 無			
	無					

※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	入居している居室で行います。 ただし、心身の状況により居室移動をする場合があります。	
入居者を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、居室利用権の取替居）	-	

え室 る又 場は 合施 設	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	<p><u>居室から他の居室への住み替え</u></p> <p>より適切なサービスを提供するために必要と判断する場合に一定の観察期間を設け、医師の意見を聴き、入居者、後見人の同意を得たうえで、他居室への住み替えていただきます。</p> <p><u>入居者からの申し出による住み替え</u></p> <p>原則として、介護上の理由による住み替えに限ります。入居者の費用負担による現居室の原状回復を行ったうえで、他居室へ住み替えていただきます。</p> <p>※住み替えによる追加費用は頂きません。</p> <p>※居室面積減少はありません。</p>
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	-

## 6 医療

協力医療機関（又は囑託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団 檜会 川崎高津クリニック
	診療科目	一般内科
	所在地	神奈川県川崎市高津区宇奈根 638 - 1
	距離及び所要時間	距 離：4 Km 所要時間：17分（車）
	協力内容	定期訪問診療および緊急時対応
	名 称	医療法人社団 晃進会 たま日吉台病院
	診療科目	一般内科
	所在地	神奈川県川崎市麻生区王禅寺 1105
	距離及び所要時間	距 離：4.4 km 所要時間：14分（車）
	協力内容	定期訪問診療および緊急時対応
	名 称	医療法人社団 三医会 鶴川記念病院
	診療科目	一般内科
所在地	東京都町田市三輪町 1059-1	
距離及び所要時間	距 離：8.4 km 所要時間：23分	
協力歯科医療機関（又は囑託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団高輪会 新横浜デンタルクリニック
	所在地	神奈川県横浜市港北区小机町 2461
	距離及び所要時間	距 離：15 km 所要時間：32分（車）
	協力内容	訪問歯科治療

<p>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>	<p>通院：入居者の希望または必要に応じ、通院同行を行います。協力医療機関への同行は月額利用料に含まれますが、協力病院以外への同行は、別途実費負担となります。 ※定期的に医療機関に受診する場合は、ご家族様による対応をお願いしています。</p> <p>入院：医師の判断を基本として、入居者および家族等と協議と行ったうえ、協力医療機関または希望する病院に入院となります。 協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は月額利用料に含まれますが、協力病院以外への移送・同行は、別途実費負担となります。</p> <p>入院期間中であっても、入居者は施設の利用権を保有し、施設の都合で居室を使用することはありません。</p>
---	---

## 7 入居状況等

(2018年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	20人（定員 45人）		
入居者の状況	男性 11人、女性 9人		
	自立 人		
	要介護 20人	(内訳)	要介護1 1人 要介護2 3人 要介護3 7人 要介護4 6人 要介護5 3人
	要支援 人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 人
平均年齢	75.3歳（男性 70.7歳、女性 83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)			

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

(2018年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時半～翌9時半) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者	管理者	1 ( )	/		
	生活相談員	( )			
	直接処遇職員	( )			

の内 訳	介護職員	11 (10)	5.9		1	
	看護職員	3 (3)	1.2			
	機能訓練指導員	( )				
	理学療法士	( )				
	作業療法士	( )				
	その他	( )				
	計画作成担当者	( )				
	医師	( )				
	栄養士	( )				
	調理員	6 (6)				
	事務職員	( )				
	その他職員	2 (2)				
	合計	23 (21)				

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

注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。

注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。

注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	介護福祉士						
		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
前年度1年間の採用者数			3	1	10				
前年度1年間の退職者数									
業務に応じた に従事した 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				3				
	5年以上 10年未満				3				
	10年以上		3	1	4				
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・要介護者の合計数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	:	~
	日勤	:	~
	遅番	:	~
	夜勤	:	~
	看護職員 早番	:	~
	日勤	:	~
	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	7人 ( 7人 )
介護福祉士	4人 ( 4人 )	介護職員初任者研修修了者	人 ( 人 )
介護支援専門員	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)	年齢: 概ね60歳以上 心身の状況: 要支援・要介護認定を受けている方
身元引受人等の条件及び義務等	入居者の債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者と協議し、必要ときは入居者の身柄を引き取るものとします。
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可

<p>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>	<p>入居契約書の条項より抜粋</p> <p><u>施設からの契約解除について</u></p> <p>第28条（事業者からの契約解除）</p> <p>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項および第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>（1）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</p> <p>（2）月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、一定期間（3か月）以上連続して滞納するとき</p> <p>（3）第3条第5項に違反したとき</p> <p>（4）第19条の規定に違反し是正しないとき</p> <p>（5）入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命・身体または財産に危害を及ぼし、またはその危害が切迫した恐れがあり、かつ、有料老人ホームにおける善良な管理者の注意と日常の生活支援方法、およ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解除の場合は、事業者は、書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>（1）契約解除の通告について、90日の予告期間をおきます。</p> <p>（2）前項の通告に先立ち、入居者、成年後見人および身元引受人等に弁明の機会を設けます。</p> <p>（3）第1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、入居者や成年後見人および身元引受人等その他関係者あるいは関係機関と協議し、移転先の確保について協力します。</p> <p>3. 本条第1項第5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各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>（1）医師の意見を聴きます。</p> <p>（2）一定の観察期間をおきます。</p> <p>4. 事業者は、入居者、成年後見人およ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、前項までの定めに関わらず、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>（1）第45条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>（2）本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>（3）第19条第1項第6号から第8号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p><u>入居者からの契約解除について</u></p> <p>第29条（入居者からの解約）</p> <p>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ことに</p>



		より行います。 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居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、解約されたものとみなします。  ※入居契約書記載内容 第3条（利用権）について 第19条（禁止または制限される行為）について 第45条（反社会的勢力の排除の確認）について	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	人
		医療機関	人
		死亡者	人
		その他	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		(解約事由の例)	人
体験入居の期間及び費用負担等		期間：1泊2日～7泊8日 費用：10,800円 1泊2日 3食付き ※介護保険の適用はありません。	

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

※20 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「川崎市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 \_\_\_\_\_