

居室、一時介護室の概要	居室総数 53 室 定員 54 人（一時介護室を除く） (内訳)			
		居室定員	室数	面積
	居室	個室	53 室	15.40 m ² ~ 27.40 m ²
		うち2人定員	1 室	m ² ~ 27.40 m ²
		人部屋（相部屋）	室	m ² ~ m ²
一時介護室	個室	室	m ² ~ m ²	
	人部屋（相部屋）	室	m ² ~ m ²	
	人部屋（相部屋）	室	m ² ~ m ²	

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 (98.383 m ²)	
	浴室	一般浴槽	設置階	1.2.3.4 階 (10.25、6.267 m ²)
		リフト浴	設置階	1 階 (10.254 m ²)
	浴室	ストレッチャー浴	設置階	1 階 (14.032 m ²)
		便所	設置階	各居室・1 階 (m ²)
	洗面設備	設置階	各居室・1~4 階 (m ²)	
	医務室(健康管理室)	設置階	1 階 (8.34 m ²)	
	談話室	設置階	2~4 階 (m ²)	
	面談室	設置階	1 階 (44.02 m ²)	
	事務室	設置階	1 階 (m ²)	
	洗濯室	設置階	2~4 階 (4.647 m ²)	
	汚物処理室	設置階	2~4 階 (m ²)	
	看護・介護職員室	設置階	2~4 階 (m ²)	
	機能訓練室	設置階	1 階 (98.383 m ²) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)	
	健康・生きがい施設	設置階	階 (m ²)	
エレベーター ※5		2 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	各階 各居室		
居室のある区域の廊下幅		両手すり設置後の有効幅員 (1.85 m ~ 1.85 m)		

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 (共用の浴室・トイレ、各居室・各居室内トイレ) 安否確認の方法・頻度等 巡回（随時）
----------------------	--

同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要※6	
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	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	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	
	2	日割り計算で減額	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	不在期間が 7 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	神奈川県が発表する人件費、消費者物価指数等を勘案し改定できるものとします。	
	手続き方法	運営懇談会にて、入居者、身元引受人に対して説明を行うと共に事前に書面にて通知致します。	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9																								
敷金	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 円 ~ 円																							
想定居住期間又は償却期間 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																								
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	円 ~ 円																							
年齢に応じた金額設定	無・有																							
要介護状態に応じた金額設定	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																	
算定根拠 ※11	管理費																							
	介護費用																							
	食費																							
	光熱水費																							
	家賃相当額																							
	その他																							
月額利用料に含まれない 実費負担等 ※12																								
特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>利用者負担額 (割の場合)</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> <tr> <td>要介護3</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>								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
	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																						

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)

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)

	月額	利用者負担額	(割合の場合)
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	月額利用料は、毎月27日にご指定の口座より引落します。						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (250,000・300,000円、家賃相当額の6か月分)						
月額利用料	140,300円 ~ 301,650円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (自立128,570円)						
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
	140,300	42,000		52,500		45,800	128,570
	155,300	42,000		52,500		60,800	128,570
	301,650	66,150		105,000		130,500	128,570

算定根拠 ※11	管理費	維持管理費・固定資産税相当額・光熱水費（居室にかかる部分は自己負担）・リネン利用料等		
	介護費用	0円		
	食費	食料費31,500円、厨房管理費21,000円 欠食は3日前の正午までの申し込みにより朝食300円、昼食350円、夕食350円を食材料費として返還いたします。		
	光熱水費	0円（居室に掛る電気代は、月額5,250円）		
	家賃相当額	45,800円～130,500円		
	その他	自立の方のみ 月額128,570円		
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	紙おむつ代、医療費、レクリエーション教材費、理美容代、受診料、薬代、廃棄物処分費（紙おむつ・紙パンツ・尿取りパット）居室内の消耗品等			
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）			
		月額	利用者負担額（1割／2割／3割の場合）	
	要介護1	188,573 円	18,857円／37,714円／56,571円 円	
	要介護2	210,241 円	21,024円／42,048円／63,072円 円	
	要介護3	233,243 円	23,324円／46,648円／69,973円 円	
	要介護4	254,579 円	25,457円／50,915円／76,373円 円	
	要介護5	277,247 円	27,724円／55,449円／83,174円 円	
	各種加算の状況			
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型		
	退院・退所時連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無・有		
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・有		
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・有		
	夜間看護体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・有		
	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	口腔衛生管理体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・有		
	看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I) (II)	
	サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I) イ (I) ロ (II) (III)	
	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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）			
		月額	利用者負担額（1割／2割／3割の場合）	
	要支援1	67,228 円	6,722円／13,445円／20,168円 円	
	要支援2	110,232 円	11,023円／22,046円／33,069円 円	
	各種加算の状況			
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型		
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・有			
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・有			

若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I) (II)
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ (I) □ (II) (III)
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 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等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上、同意を得て行う。	
前払金の返還金の保全措置	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（ ） 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（ソニーグループ損害保険プログラム 賠償責任保険）
消費税の対象外とする利用料等	敷金、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 checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は 別添2 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	<p>本事業において提供する指定特定施設入居者生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 事業所は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う事により、当該指定特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者が当該指定特定施設入居者生活介護において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように行うものとする。 2 事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供の調整に努め、安定かつ継続的な事業運営に努めるものとする。 		
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の場として入居者の意向に沿ったサービスを提供。 ・終の棲家として、医療機関と連携した看取り対応。 ・お祭り、外出等の行事を毎月開催、お茶の会、趣味の会等の日常的なレクリエーションも充実。 		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし

洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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	42,000円	（建物維持管理費等）
	食費	52,500円	（1日3食 厨房管理費21,000円＋食材費31,500円）
	その他	日常生活相談	
（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1 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1 介護サービス等の一覧表及び管理運営規程による		
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	給食については委託業者である株式会社「旬菜」により提供する。		
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	相談窓口：生活相談員 責任者：鈴木 きみ子 連絡先：046-880-0170 ◇第三者機関の連絡先 神奈川県国民健康保険団体連合会 所在地：神奈川県横浜市西区楠町27-1 連絡先：0570-022110（代表） 神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 所在地：神奈川県横浜市中区日本大通1 連絡先：045-210-1111（代） 三浦市高齢介護課 所在地：神奈川県三浦市城山町1-1 連絡先：046-882-1111（代）		
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）	事故が発生した場合は速やかに提携医療機関に連絡し、対応します。医療機関に受診が必要な場合は、速やかに受診し、家族に事故の経過等の詳細を説明します。		
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）	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、損害保険等の手配を行い、誠実に対応いたします。ただし、天災等の不可抗力は除きます。		
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	
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"/> 有	実施日	西暦 2018 年 7 月 1 日
		結果の開示	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	無		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	西暦 年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	無・有
	<input type="checkbox"/> 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	入居している居室にて介護を行います。
----------------------	--------------------

住入居替後 に居室 又は施設を	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 取扱い等)	介護のための居室移動はございません。
	従前の居室から別の居室へ 住み替える場合 (同上)	入居者の心身の状況等を勘案した上で、建物内の他の専用居室に変更していただく場合がございます。その際には、医師の意見を聞き、本人または身元引受人の同意を得て、一定の観察期間を設けるものとします。また、料金については、変更後の居室料金となります。
	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	三浦市立病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、皮膚科、他
	所在地	神奈川県三浦市岬陽町4-33
	距離及び所要時間	約0.6km 車で約5分
	協力内容	受診、入院対応
	名称	湘南山手つちだクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横須賀市吉井2-3-5
協力歯科医療機関（又は嘱託医） の概要及び協力内容	距離及び所要時間	約20km 車で約35分
	協力内容	定期往診、定期健康診断、入院対応、緊急時診療
	名称	医療法人菜花会 ヴィレッジ衣笠歯科診療所
	所在地	神奈川県横須賀市衣笠44-4
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)	距離及び所要時間	約6km 車で約15分
	協力内容	往診、歯科治療、口腔衛生管理
	名称	医療法人菜花会 ヴィレッジ衣笠歯科診療所
	所在地	神奈川県横須賀市衣笠44-4
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)		ホームの協力医療機関または入居者が希望する医療機関において治療を受けていただきます。費用につきましては、医療保険で支給される以外の費用は、入居者にご負担していただきます。

7 入居状況等

(2018 年 10 月 1 日 現在)

入居者数及び定員	50 人 (定員 54 人)			
入居者内訳	男性	16 人	女性 34 人	
	自立	0 人		
	要介護	49 人	(内訳) 要介護 1	14 人
			要介護 2	12 人
			要介護 3	8 人
要介護 4			11 人	
要介護 5			4 人	
要支援	1 人	(内訳) 要支援 1	1 人	
		要支援 2	0 人	
平均年齢	87.6 歳 (男性 85.9 歳 女性 88.4 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)	原則として年 1 回実施 (主な議題) 運営状況報告、事業計画等			

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 10 月 1 日 現在)

	職員数	常勤換算後の人数		夜間勤務職員数 (●時～翌●時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
			うち 自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 (0)				
	生活相談員	1 (0)				
	直接処遇職員	21 (8)	18	18	2	
	介護職員	19 (7)	16	16	2	
	看護職員	2 (1)	2	2		
	機能訓練指導員	1 (1)			0	
	理学療法士	0 (0)				
	作業療法士	0 (0)				
	その他	1 (1)				
	計画作成担当者	1 (0)				
	医師	0 (0)				
	栄養士	1 (0)				
	調理員	9 (8)				
	事務職員	1 (1)				
	その他職員	1 (1)				
合計	37 (19)			2		

- 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。
 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 <input type="checkbox"/> 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		1	3	1						
前年度1年間の退職者数		1	4	3						
に業 応務 じに た従 職事 員し たの 人経 数験 年 数	1年未満			2						
	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			2	2					
	10年以上	1		6	3	1				1
従業者の健康診断の実施状況	<input type="checkbox"/> 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	3.5	4.3	1.0
要介護者の人数	48	47	49
指定基準上の直接処遇職員の人 数※16	16	17	17
配置している直接処遇職員の人 数※17	18.0	19.6	18.0

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	2.6 : 1	2.5 : 1	2.7 : 1
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 10:00 ~ 19:00 夜勤 17:15 ~ 9:15	
	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 ()	介護職員実務者研修修了者	1 人 ()
介護福祉士	14 人 ()	介護職員初任者研修修了者	5 人 ()
介護支援専門員	1 人 ()	資格なし	0 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）	原則として、日常生活で介護の必要な60歳以上の方
身元引き受け人等の条件及び義務等	身元引受人を1名指定していただきます。身元引受人は入居契約に基づき、利用料の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うことになります。また、入居契約が解除された時に入居者を引き取るようになります。
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 ・ <input 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	<p>（事業者からの解約）</p> <ol style="list-style-type: none"> 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより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項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することができます。 <ol style="list-style-type: none"> 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 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく3か月以上遅滞するとき 第3条第4項の規定に違反したとき 第20条の規定に違反したとき 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、かつ有料老人ホームにおける通常の介護及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続を行います。 <ol style="list-style-type: none"> 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 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 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 本条第1項第五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第一号及び第二号に掲げる手続を行います。 <ol style="list-style-type: none"> 医師の意見を聴く 一定の観察期間をおく 事業者は、入居者及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、本条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。 <ol style="list-style-type: none"> 第44条の各号の確約に反する事実が判明したとき 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 第20条第1項第七号から第九号までの各号に掲げる行為を行ったとき

		<p>(入居者からの解約)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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提出するものとします。 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推定します。 3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。 <ol style="list-style-type: none"> 一 第44条の各号の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき <p>(敷金の精算)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 事業者は、本契約が終了した場合において、表題部(3)記載の返還金受取人に敷金を全額返還します。 2 敷金の返還日は、契約終了日の翌日から起算して60日を経過した翌日とします。ただし、金融機関の休業日にあたる場合は、直前営業日とします。 3 返還金には、利子は付さないものとします。 4 入居者の事業者に対する支払債務がある場合には、敷金から差し引くことがあります。この場合には、事業者は返還金から差し引く債務の額の内訳を入居者及び身元引受人等に明示します。 5 本条に従って返還金を返還したときは、入居者及び表題部(3)の返還金受取人に対し、返還金の返還に関する一切の責任を負わないものとします。 		
前年度における退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	0	人
		社会福祉施設	4	人
		医療機関	3	人
		死亡者	10	人
		その他	2	人
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0
			9	人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)		
体験入居の期間及び費用負担等		最長14日間	1泊	9,720円

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

2018 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。

2018 年 月 日 確認者署名

附則 この重要事項説明書は、2018年7月1日より施行します。