

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 2019年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社セレモニア
代表者名	佐野 最一郎
所在地	神奈川県川崎市川崎区大島1丁目31番10号
電話番号/FAX番号	044-328-0146/044-366-1748
ホームページアドレス	http://www.ceremonia.co.jp
資本金(基本財産)	3000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	1. 佐野商店(61%) 2. 佐野最一郎(30%) 3. 鈴木紀代子(3%)
設立年月日	昭和49年3月12日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 1,829百万円 (費用) 1,693百万円 (損益) 136百万円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
他の主な事業	冠婚葬祭業、互助会運営

※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	クレッセ川崎	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	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 指定介護保険特定施設 (番号1475101430、指定年月日2011年10月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 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) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	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	3 : 1 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	2012年4月1日	
施設の管理者氏名	関川 裕美	
所在地	神奈川県川崎市幸区中幸町1丁目53番地7	
電話番号/FAX番号	TEL : 044-511-1177 / FAX : 044-511-1170	
メールアドレス	capple@ceremonia.co.jp	

交通の便 ※3	JR川崎駅徒歩8分、京浜急行線京急川崎駅徒歩10分			
ホームページアドレス	http://www.cs-apple.jp			
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 m ²			
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) 通常借家契約 <input type="checkbox"/> 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2011年9月17日～2032年9月16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 鉄筋コンクリート造 地上7階建 <input type="checkbox"/> 耐火 <input type="checkbox"/> 準耐火・その他 延床面積 1934.68 m ² (うち有料老人ホーム 1159.23 m ²) 建築年月日 2011年 9月 16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 <input type="checkbox"/> その他(共同住宅、デイサービス、ショートステイ)			
居室、一時介護室の概要	居室総数 32室 32定員 32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	32室	25.06 m ² ～25.649 m ²
		うち2人定員	室	m ² ～ m ²
		2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ 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
		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 6階 (58.91 m ²)	
	浴室	一般浴槽	設置階 各居室	
	浴室 (介護浴槽)	特殊浴槽	設置階 1階 (22.9 m ²)	
	便所		設置箇所 各居室、3階と6階に共用	
	洗面設備		設置箇所 各居室、3階と6階に共用	
	医務室(健康管理室)		設置階 2階 (7.7 m ²)	
	談話室		設置階 6階 (45.2 m ²) ※食堂、機能訓練室と共用	
	面談室		設置階 1階 (4.5 m ²)	
	事務室		設置階 1階 (24.7 m ²)	
	洗濯室		設置階 2階 (7.8 m ²)	
	汚物処理室		設置階 2階 (2.8 m ²)	
	看護・介護職員室		設置階 2階 (11.2 m ²)、3階 (34.7 m ²)	

	機能訓練室	設置階 7 階 (18.88 m ²) 他の共用施設との兼用 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()
	健康・生きがい施設	なし
	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 全館 (各居室、廊下、共用部分・その他共用部)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.4m~1.5m)
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	<p>緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ナースコールを各居室・トイレ・共用トイレ・各浴室・食堂・機能訓練室に設置。館内 3 か所に受信装置と、館内で受信及び携帯可能な小型受信機 (PHS) を備える。</p> <p>安否確認の方法・頻度等 巡回 (夜間にも夜勤介護 2 名が巡回)。頻度は入居者の意向の確認、意見交換等をおこない、できる限りそれを尊重する。</p>	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	<p>あっぷるデイサービスセンターさいわい (株)セレモニア運営 (45.19 m²) 介護保険事業所番号 : 1475101448 サービス種類 : 地域密着型通所介護事業所</p> <p>あっぷるホームケアサービス川崎 (株)セレモニア運営 (23.2 m²) 介護保険事業所番号 : 1475000103 サービス種類 ; 訪問介護</p> <p>あっぷるケアプランセンター川崎 (株)セレモニア運営 (11.6 m²) 介護保険事業所番号 : 1475102362 サービス種類 : 居宅介護支援</p>	
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	月払い方式	<input 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 <input type="checkbox"/> 減額なし	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	消費者物価指数及び人件費等を勘案し改定する場合がある。		
	手続き方法	運営懇談会にて入居者等へ説明し、同意を得る。		

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金は、入居時一括支払い。 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。						
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (円、家賃相当額の か月分)						
入居一時金 (介護費用の前払金を除く)	<input type="checkbox"/> 1 法第29条第6項に規定される前払金 300万円 ~ 450万円 <input type="checkbox"/> 2 上記以外の一時金						
想定居住期間又は償却期間	5年(60か月)。未償却金は、月額利用未払いに充てる						
算定の基礎(内訳)	開設から現在に至る収支計画による。 また、近傍同種の住宅・有料老人ホーム等を基礎としている。						
解約時の返還金(算定方法等)	60か月償却(5年間)均等償却とする。 未償却分については、未払費用が発生しない限り、契約終了日の翌日から起算して3ヶ月以内に返還する。						
返還の対象とならない額の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護状態の方 90万円、自立の方 135万円)						
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	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (円)						
初期償却の開始日							
月額利用料	188,800円 ~ 208,800円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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
		①188,800	54,000		64,800		70,000
	②208,800	54,000		64,800		90,000	

算定根拠 ※11	管理費	共用部分の光水熱費、事務経費、共有施設・設備の維持管理費、居室管理費					
	介護費用	—					
	食費	64,800円（月30日の場合） 2,160円（1日あたり）×日数で実費負担 内訳（朝食540円、昼食648円、おやつ108円、夕食864円）					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	70,000円～90,000円					
	その他	生活支援サービス ※自立、要介護認定を受けられていない方のみ （安全見守りサービスや、看護師による健康チェック、介護スタッフによる家事支援サービス、緊急時の対応など）					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	協力医療機関以外への通院付き添い、個別的な買い物の代行（週2回目より）、個別的な外出介助、週3回目以上の入浴介助（一般浴2,160円/回、機械浴3,240円/回）、イベント・趣味活動の参加費等						

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 (1割の場合)
要介護1	185,816円	18,582円
要介護2	208,434円	20,843円
要介護3	232,444円	23,244円
要介護4	254,714円	25,471円
要介護5	278,376円	27,838円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
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 (1割の場合)
要支援1	62,634円	6,263円
要支援2	107,523円	10,752円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
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	月額利用料その他は、毎月の請求による月払い						
敷金	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	238,800 円 ~ 258,800 円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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	
	①238,800	54,000		64,800		120,000	
	②258,800	54,000		64,800		140,000	
算定根拠 ※11	管理費	共用部分の光水熱費、事務経費、共有施設・設備の維持管理費、居室管理費					
	介護費用	—					
	食費	64,800 円 (月 30 日の場合) 2,160 円 (1 日あたり) × 日数で実費負担 内訳 (朝食 540 円、昼食 648 円、おやつ 108 円、夕食 864 円)					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	120,000 円~140,000 円					
	その他	生活支援サービス ※自立、要介護認定を受けられていない方のみ (安全見守りサービスや、看護師による健康チェック、介護スタッフによる家事支援サービス、緊急時の対応など)					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	協力医療機関以外への通院付き添い、個別的な買い物の代行 (週 2 回目より)、個別的な外出介助、週 3 回目以上の入浴介助 (一般浴 2,160 円/回、機械浴 3,240 円/回)、イベント・趣味活動の参加費等						

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 (1割の場合)
要介護1	185,816円	18,582円
要介護2	208,434円	20,843円
要介護3	232,444円	23,244円
要介護4	254,714円	25,471円
要介護5	278,376円	27,838円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
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 (1割の場合)
要支援1	62,634円	6,263円
要支援2	107,523円	10,752円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
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)

			I	
			II	
			III	
			IV	
			V	

介護職員処遇改善加算

(無・有)

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	神奈川県における、係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の同意・意見を得た上で決定する。
前払金の返還金の保全措置	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 保全措置の内容(日立キャピタル信託株式会社による、入居一時金引当信託契約) 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有の場合の保険名(東京海上日動火災保険株式会社事業活動包括保険契約)
消費税の対象外とする利用料等	入居一時金及び家賃相当額
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"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<p>1 指定特定施設入居者生活介護の従業者は、特定施設サービス計画に基づき、利用者が当該施設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、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を行う。</p> <p>2 安定的かつ継続的な事業運営に努める。</p> <p>3 指定特定施設入居者生活介護の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービ</p>
----------	--

	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、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
サービスの提供内容に関する特色	クレッセ川崎の理念を下記のとおり定義し、サービス提供に努めております。 ①人間性を尊重し、プライバシーを守り、安全で穏やかな暮らしを支援します ②介護のプロとして生活暦を大切にし、個々にあった役割を支援します ③地域とも交流を図り、開かれた施設として住みやすい環境づくりを支援します
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <u>自ら実施</u> 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	事務管理部門の人件費・事務費、入居者への日常支援サービス提供の為の人件費、共用施設・設備等の維持管理費、水道光熱費
	食費	朝食・昼食・おやつ・夕食の提供。配膳・下膳。
	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	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	株式会社LEOC	食事・おやつの調理と提供。配膳・下膳。
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】 クレッセ川崎 担当者（管理者） 関川裕美 TEL 044-511-1177 【第三者機関・行政等】 ・川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課施設運営係（TEL 044-200-2666） ・神奈川県国民健康保険団体連合会（TEL 0570-02-2110）	

	<ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県保健福祉局高齢施設課 (TEL 045-210-1111) ・神奈川県保健福祉局福祉監査指導課 (TEL 045-210-1111) 					
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）	事故発生時には、事故対応マニュアルに基づいて、応急処置をおこない、協力医療機関への搬送をおこなうとともに、管理者又は看護師からご家族への連絡をおこないます。また、事故についての検証をおこない、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"/> 有					
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	<p>介護サービスの提供にあたり、事故が発生し利用者の生命・身体・財産に被害が生じた場合は、地震・津波などの天災、戦争・暴動など、入居者の故意によるものを除いて、速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、損害額を減じる時があります。</p> <p>事故が起きた場合は「東京海上日動保険株式会社」に連絡相談し対応します。</p> <p>保険には「事業活動包括保険契約」に加入しています。</p>					
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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有					
	入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	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					
<input checked="" type="checkbox"/> 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				
<input checked="" 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	原則として、各入居者の居室及び施設内の共有部分にて介護します。	
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、居室利用権の取扱い等）	—	

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>適切に介護サービスを受けることが困難な場合であって、次の各号に定める場合には、施設に利用していない居室がある場合に限り、入居者の希望により居室を移動することができる。</p> <p>(1) より適切なサービスを提供するうえで、他の入居者との関係が日常生活を送る上で著しい支障があるとき。</p> <p>(2) 日照・採光などの環境が、より適切なサービスを提供する合理的な理由があるとき。</p> <p>(3) その他既に使用している居室が、より適切なサービスを提供するため利用者の日常生活上に著しい支障があるとき。</p> <p>なお、同一施設内での変更については、入居者は入居当時の状態を回復するための費用を負担し、移動後1カ月以内に事業者へ支払うものとする。</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（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	1. 川崎幸病院 2. あいホームケアクリニック
	診療科目	1. 内科、外科、脳神経外科 2. 内科、皮膚科、精神科
	所在地	1. 川崎市幸区大宮町 31-27 2. 川崎市幸区都町 37-10 さいわい都町ビル 1F
	距離及び所要時間	1. 800メートル（徒歩9分） 2. 400メートル（徒歩3分）
	協力内容	1. 通院、入院加療を要する場合の受入れ等 2. 訪問診療（隔週1回及び随時）
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	1. 杉山デンタルクリニック
	所在地	1. 神奈川県横浜市港北区 日吉本町 1-15-12
	距離及び所要時間	1. 約6.0km、車で約30分
協力内容	協力内容	1. 訪問歯科
	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>通院…提携医療機関への通院同行は、月額利用料金に含みます（提携医療機関以外への通院同行は別途利用料を徴収） 交通費の発生に関しては、入居者の自己負担</p> <p>入院…医師の判断を基本として、入居者及びご家族と話し合いの上、協力医療機関からの紹介、又は希望する病院へ入院。 <input type="checkbox"/>入院に係る費用は入居者負担 <input type="checkbox"/>入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃の負担が必要</p>

	<input type="checkbox"/> 入院中の居室利用権は存続 <input type="checkbox"/> 入院が連続して2カ月を超える場合は、居室利用権継続のご相談をいたします。
--	--

7 入居状況等
在)

(2019年7月1日現在)

入居者数及び定員	30人(定員32人)		
入居者の状況	男性7人、女性23人		
	自立 1人		
	要介護 22人		(内訳) 要介護1 5人
			要介護2 1人
要支援 7人		要介護3 7人	
		要介護4 5人	
		要介護5 4人	
		(内訳) 要支援1 6人	
		要支援2 1人	
平均年齢	87.97歳(男性89.29歳、女性87.57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)	<input type="checkbox"/> 2018年の開催回数・・・1回(2018年11月25日) <input type="checkbox"/> 参加者数・・・9名(うち入居者1名) <input type="checkbox"/> 議題・・・施設運営状況の報告、防災訓練実施報告、駐車場について、年間行事		

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
在)

(2019年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		(時～翌時) (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 ()			介護福祉士
	生活相談員	1 ()			社会福祉主事任用 介護福祉士
	直接処遇職員	22 (10)	17.2	2	介護福祉士 ホームヘルパー2級 介護初任者研修

介護職員	18 (8)	14.3		2
看護職員	4 (2)	2.9		正・准看護師 機能訓練指導員と兼務
機能訓練指導員	4※ (2※)			看護師と兼務
理学療法士	()			
作業療法士	()			
その他	4※ (2※)			正・准看護師
計画作成担当者	1 ()			介護支援専門員
医師	()			嘱託
栄養士	()			委託会社社員
調理員	()			委託会社社員
事務職員	1 ()			
その他職員	1 (1)			清掃員
合計	33 (17)			

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。

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			
				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			2	5	4				2		
前年度1年間の退職者数			3	5	6				3		
業務に応じた従事した職員の経験年数	1年未満		1	4	3				1		
	1年以上 3年未満	2		3	2			2		1	
	3年以上 5年未満		1	3					1		
	5年以上 10年未満			1	3	1					
	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	7.08	9.25	7.67	
要介護者の人数	22.92	20.17	22.00	
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	14.00	10.60	10.60	
配置している直接処遇職員の人数 ※17	15.50	14.23	14.70	
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	3:1	3:1	3:1	
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40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	11:00	～	20:00
	夜勤	17:30	～	翌9:30
	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(0人)	介護職員実務者研修修了者	3人(0人)
介護福祉士	8人(0人)	介護職員初任者研修修了者	3人(0人)
介護支援専門員	0人(0人)	資格なし	4人(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)	おおむね65歳以上で、要介護・要支援および自立の方
-------------------------------	---------------------------

身元引受人等の条件及び義務等	入居者に債務不履行があった時は、入居契約から生ずる一切の金銭責務について連帯して履行の責を負う。 入居者の契約解除の適用を受ける場合には、入居者の身元を引き受ける責任を負うものとする。		
生活保護受給者の受入れ対応	否 <input checked="" 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	事業者（施設）からの解除権（入居契約書第 16 条） 事業者は、入居者が次の各号に該当する場合は、30 日以上予告期間をもって、この契約を解除することができます。 一 入居者が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を 2 カ月以上滞納したとき。 二 入居者が法律違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなくこのサービス利用契約の目的を達することが困難になったとき。		
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	0 人
		社会福祉施設	2 人
		医療機関	1 人
		死亡者	8 人
		その他	0 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) ご家族からの申し出により、他施設へ転居。前払金なしの為、返還なし。	3 人
体験入居の期間及び費用負担等	最長 6 泊 7 日（1 泊 10,800 円/税込） 体験入居の結果で双方が合意すれば本契約を締結します。 また、体験入居時、双方に延長の必要が生じた場合、最長 14 日間（13 泊）まで延長します。すべて介護保険の適用外となります。		

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