

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 2020年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	ALSOK介護株式会社
代表者名	代表取締役 宮澤 裕一
所在地	埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地
電話番号/FAX番号	TEL 048-631-3690/FAX 048-631-2110
ホームページアドレス	https://kaigo.alsok.co.jp
資本金(基本財産)	3億9008万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	総合警備保障(株)(100%)
設立年月日	1998年1月14日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)18,762百万円 (費用)18,374百万円 (損益)288百万円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険法に基づく居宅サービス事業 ・ 老人福祉法に基づく老人居宅介護事業 ・ 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業 ・ 志木市地域包括支援センター受託事業 ・ 住宅型有料老人ホームの運営 ・ サービス付き高齢者向け住宅の運営 ・ 地域密着型サービス事業

※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	介護付有料老人ホーム みんなの家・川崎中野島	
施設の類型及び表示事項	類型	① 介護付 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般型) ・ 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 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	① 県指定介護保険特定施設 (番号1475401640、指定年月日 2011年8月1日) <input checked="" type="checkbox"/> 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) 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(当社が管理運営する他の施設への移り住みが可能です) 2 提携ホーム移行型()		
開設年月日	2011年8月1日			
施設の管理者氏名	益岡 茂太			
所在地	神奈川県川崎市多摩区中野島2-1-31			
電話番号/FAX番号	TEL 044-930-2520 / FAX 044-930-2521			
メールアドレス				
交通の便 ※3	<ul style="list-style-type: none"> ・JR「中野島」駅より 徒歩9分(約700m) ・小田急線「登戸」駅より バス「登戸駅多摩川口」乗車5分「カリタス学園」バス停下車 徒歩10分(約750m) ・東名高速道路「東名川崎」IC出口17分(約5.7km) 			
ホームページアドレス				
敷地概要 ※4	<p>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) 有・無 敷地面積 1,055.04 m²</p>			
建物概要	<p>権利形態 所有 ・ <u>借家</u> (借家の場合の契約形態) <u>通常借家契約</u>・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2011年8月1日～2041年1月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) <u>有</u>・無 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階建(<u>耐火</u>・準耐火・その他) 延床面積 1,430.94m² 建築年月日 2011年6月建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u>・その他()</p>			
居室、一時介護室の概要	居室総数 39室 定員 39人(一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数	面積
	居室	個室	39室	18.00m ² ～20.10m 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 1階 (45.98m ²) 2～3階 (35.80m ²)	
	浴室	一般浴槽	設置階 1～3階 (4.66m ² ～8.87m ²)	
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 1階 (11.02m ²)	
		ストレッチャー浴	設置階 1階 (11.02m ²)	
	便所		設置箇所 各居室、共用1～3階	

	洗面設備	設置箇所 各居室、共用1～3階
	医務室(健康管理室)	設置階 1階 (11.62㎡)
	談話室	設置階 1階 (7.84㎡)
	面談室	設置階 1階 (7.84㎡)
	事務室	設置階 1階
	洗濯室	設置階 1～3階 (3.42㎡)
	汚物処理室	設置階 1～3階
	看護・介護職員室	設置階 1～3階
	機能訓練室	設置階 1階 (45.98㎡)
		2、3階 (35.80㎡)
		他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	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 全館
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (. m～ . m)
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
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、トイレ、浴室 安否確認の方法・頻度等 日中・夜間の定期巡回により安否確認	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	なし	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	当社が管理運営する他の施設への移り住みが可能です。この場合専用居室の利用権は新しい居室へ引き継がれ、追加の費用はありません。	

※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		前払い方式	<u>月払い方式</u>	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 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	費用の改定にあたっては、神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案します。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および人件費等を勘案します。		
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴いて改定できるものとします		

(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							

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
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	Ⅴ
		Ⅰ
		Ⅱ

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
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	(II)
			(III)
			I
			II
			III
	介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	IV
			V
			I
			II

(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 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	190,701円 (食事を30日とった場合)						
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					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	190,701	48,537	なし	52,164	管理費に含む	90,000	
算定根拠 ※11	管理費	48,537円					
	介護費用	入居者の個人的な希望及び個別選択的な個別介護サービスの利用料					
	食費	1,610円/1日 (別途消費税) (内訳) 朝食:430円/昼食:540円/夕食:540円 おやつ:100円 (別途消費税) 食費については8% (軽減税率) の消費税を負担いただきます。 ただし、1食当たり税抜単価が640円を超えた場合は標準税率の10%を負担していただきます。					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	90,000円					
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	医療費・薬剤費、理美容代、オムツ代、週3回以上の入浴費用、協力医療機関以外の通院介助、代行費用、レク・行事等費用						

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	171,734 円	17,174 円
要介護2	192,638 円	19,264 円
要介護3	214,828 円	21,483 円
要介護4	235,411 円	23,542 円
要介護5	257,280 円	25,728 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
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	V
		I
		II

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
	介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	I
II			

(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、物価の変動等に基づき、運営懇談会の意見を聴いて改定できるものとします。
前払金の返還金の保全措置	無・有 保全措置の内容（ 不要 ） 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 （あいおい損害保険：介護保険・社会福祉事業者保険）
消費税の対象外とする利用料等	税率が変更された場合には、消費税額も変更されます。 現在の税率を適用しています。
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、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定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	「必要な人に必要なサービスの提供を」を運営理念とし、入居者様ひとりひとりの個性を尊重しながら介護サービスの提供をいたします。
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	年齢、要介護度等を勘案し、入居者様に合わせた介護計画を基にした、個別介護を実施します。
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	共用施設等の維持管理等
	食費	食事の提供
	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	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	委託先：日清医療食品株式会社 委託業務：調理業務	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホーム苦情担当者：管理者 益岡 茂太 電話番号 044-930-2520 ・お客様相談室 住所 埼玉県さいたま市大宮区三橋二丁目795番地 電話番号 0120-294-774 ・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 0570-022110 ・川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 電話番号 044-200-2454 	
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）	事故発生時には施設は以下の段階を経て事態を処理・收拾する 1、施設の緊急連絡体制に沿って主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る 2、指定の家族連絡先、身元保証人へ事態を報告し、対応方法を相談する。	
事故発生の防止のための指針	☐ ・ 有	

損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずる事があります。	
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	有	実施日 結果の開示 1 有 2 無
	<input 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 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	全室介護専用居室の為、各居室にて介護可能	
入居を居住後みに替居え室る又場合は合施設	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)	
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	当初以外の居室へ移る場合、医師の意見を聴き、本人及び契約者の意思を確認し、かつ身元引受人の意見を聴き、一定の観察期間を設けて、入居者にとって最適の居室を選択するものとします。この場合専用居室の利用権は新しい居室へ引き継がれ、追加の費用はありません。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	当社が所有又は管理運営する他の施設へ転居する場合の判断基準は、当初以外の居室へ移る場合と同様の他、建物の老朽化その他やむを得ない事由が発生した場合とします。この場合専用居室の利用権は新しい居室へ引き継がれ、追加の費用はありません。

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	医療法人社団芳雄会 多摩ファミリークリニック
	診療科目	内科
	所在地	東京都多摩区落合 1-18-8
	距離及び所要時間	1 6 k m 4 0 分
	協力内容	医師による訪問診察
	名 称	医療法人社団聖仁会 横浜甞生病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、形成外科、小児科、耳鼻咽喉科
	所在地	神奈川県横浜市瀬谷区瀬谷 4-30-30
	距離及び所要時間	1 8 k m 4 5 分
	協力内容	往診、緊急時対応、健康診断、健康診察
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	元住吉デンタルオフィス
	所在地	神奈川県川崎市高津区明津 167-1
	距離及び所要時間	1 0 k m 1 5 分
	協力内容	医師による訪問診察
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）	施設の協力医療機関または入居者が選択する医療機関において治療を受ける。 費用については入居者負担	

7 入居状況等

（2020年 7月 1日現在）

入居者数及び定員	38人（定員 39人）			
入居者の状況	男 性	16人、女 性	22人	
	自 立	人		
	要介護	38人	(内訳)	要介護1 13人
			要介護2 11人	
			要介護3 5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	85.8歳（男性 82.8歳、女性 88.0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)	1年に2回の開催予定 主な議題(施設の運営状況・運営計画、家賃、共益費等の改定、 管理規程等の改定)
---	--

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

(2020年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (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 ()	/		
	生活相談員	3 (1)			
	直接処遇職員	22 (13)	17.2		3
	介護職員	18 (11)	14.6		3
	看護職員	4 (2)	2.6		
	機能訓練指導員	1 (1)	/		
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	1 (1)			
	計画作成担当者	1 ()			
	医師	()			
	栄養士	()			
	調理員	()			
	事務職員	()			
	その他職員	()			
合計	28 (15)				

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		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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			1	2	1						
前年度1年間の退職者数			1								
数に 業務に 応じた 従事した 職員の 経験年 数	1年未満			3	3						
	1年以上 3年未満				2						
	3年以上 5年未満				3	2					
	5年以上 10年未満			3	4		1				1
	10年以上	2	2	1					1		
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	37.5	38.6	38.6
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	12.5	12.8	12.8
配置している直接処遇職員の人数 ※17	21.0	14.8	17.2
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 17:00~翌10:00		

	看護職員 早番	:	～	:
	日勤	:	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	:
	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	1人 (0人)
介護福祉士	3人 (0人)	介護職員初任者研修修了者	7人 (0人)
介護支援専門員	0人 (0人)	資格なし	7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)	概ね60歳以上で、介護保険の要介護認定で要介護1～5の方
身元引受人等の条件及び義務等	<p>1、入居者は入居時に身元引受人を立てるものとする。</p> <p>2、本契約から生ずる入居者からの事業者に対する債務につき極度額の範囲で連帯保証。</p> <p>3、入居契約終了時の入居者の所有物および身柄の引き取り。</p> <p>4、入居者の治療、入院に関する手配の協力。</p> <p>5、入居契約終了時に入居者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定。</p> <p>6、身元引受人には、入居者の利用料等の支払い状況や滞納金額・損害賠償の額等、入居者の全ての債務の額に関する情報を事業者に請求できる権利があるため、事業者は請求があった場合は当該情報を遅滞なく提供する。</p> <p>※ 身元引受人が上記義務の履行が困難になった場合には、入居者は新たな身元引受人を選定し、事業所に通知する。</p> <p>※ 詳しい内容については、「入居契約書」該当事項を参照。</p> <p>※ 連帯保証極度額 340万円</p>
生活保護受給者の受入れ対応	<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	<p>(契約の終了)</p> <p>第28条 次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。</p> <p>(1) 入居者が死亡したとき</p> <p>(2) 事業者が第29条 (事業者からの契約解除) に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>(3) 入居者が第30条 (入居者からの契約解除) に基づき解約を行ったとき</p> <p>(4) 第12条 (反社会的勢力の排除) に基づきこの契約を解除されたとき</p>

(5) 要介護認定等により入居者が自立または要支援、事業対象者と認定された場合

(6) 入居者が病気の治療等その他（入居者の所在不明の場合も含む）のため、60日以上ホームを離れた時、及び離れることが決定した場合

ただし、入居者が長期にホームを離れる場合でも、入居者または身元引受人と事業者の協議のうえ、居室確保等に合意したときは本契約を継続することができます。

また、退去した入居者が再度ホームに入居を希望する場合には、関連ホームの空室状況に応じ、優先的に入居することが可能です。

（事業所からの契約解除）

第29条 事業者は、入居者および身元引受人が次の各号に該当する場合には、適切な予告期間において、この契約を解除することができます。

(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

(2) 第24条に定める入居までに支払う費用を支払わなかったとき

(3) 第25条に定める敷金の預託がない場合

(4) 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月分滞納したとき

(5) 伝染性疾患により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認めるとき

(6) 第20条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき

(7) 入居者の行動が、他の入居者の生活、財産、名誉または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあるとき

(8) 入居者または身元引受人が法令や本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき

(9) 入居者、身元引受人、家族その他入居者の関係者が、自らまたは第三者を利用して、事業者、施設の他の入居者、近隣、その他施設に関わる者に対し、暴力的行為詐術、脅迫的言辞、業務妨害行為などの信頼関係を破壊する言動を行ったとき

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。

(1) 契約解除の通告によって90日の予告期間をおく、ただし、前項(2)および(3)の入居までに支払う費用の支払いがない場合、および同(4)の費用および利用料その他自己の支払うべき費用の滞納の場合の予告期間は、10日とする。

(2) 前号の通告に先立ち、入居者および身元引受人に弁明の機会を設ける

(3) 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

		<p>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</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>第30条 入居者は、事業者に対して、退去予定日の30日前に解約の申し入れを行う事により、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「解約申入書」を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者の都合により、前項の解約申入れ日より30日以内に退去する場合であっても、本契約の解約日は解約申入れ日より30日後となります。入居者は、解約日までの家賃および管理費を負担するものとします。</p> <p>3 入居者が第1項の「解約申入書」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します。入居者は解約日までの家賃および管理費を負担するものとします。</p>	
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	1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) 特養入所の為	4人
体験入居の期間及び費用負担等			

※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「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受けました。

年 月 日 署 名 _____