

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和4年 4月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 山根会
代表者名	理事長 中野 春生
所在地	〒241-0802 横浜市旭区上川井町 3059 番地
電話番号／FAX番号	TEL 045-921-1211 / FAX 045-920-1211
ホームページアドレス	www.mizunosato.or.jp
設立年月日	平成17年3月15日
直近の事業収支決算額 ※1	(収益) 689百万円 (費用) 645百万円 (損益) 39百万円
会計監査人との契約	無・ 有 (亀山美代子会計事務所)
他の主な事業	介護老人福祉施設、居宅介護支援事業、短期入所介護、介護保険指定事業(訪問介護・予防訪問介護)

※1 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	住宅型有料老人ホーム アモーレ水の郷	
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) 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 市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) 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	平成22年9月1日	
施設の管理者氏名	中務 順義	
所在地	〒241-0802 横浜市旭区上川井町 169 番地	
電話番号／FAX番号	TEL 045-921-1333 / FAX 045-921-1334	
メールアドレス	amore@mizunosato.or.jp	
交通の便 ※3	○横浜線「十日市場」下車 神奈川中央交通バス 若葉台中央経由 鶴ヶ峰駅行き 「長源寺」下車徒歩4分(250m) ○相鉄線「三ツ境」下車	

	神奈川中央交通バス 若葉台中央行き「東根」下車 徒歩8分 (521m)																														
ホームページアドレス	www.mizunosato.or.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 1572.85 m ²																														
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) 年 月 日～年 月 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 造 地下 階 地上 階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 499.84m ² (うち有料老人ホーム 497.59m ²) m ² (うち有料老人ホーム m ²) 建築年月日 平成22年7月29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 20室 定員 20人(一時介護室を除く) (内訳)																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">居室</td> <td>個室</td> <td>20室</td> <td>13.95 m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td></td> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>			居室定員	室数	面積	居室	個室	20室	13.95 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	
	居室定員	室数	面積																												
居室	個室	20室	13.95 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)	<table border="1"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 1階26.86m² (2階 26.51m²)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽 設置階 (5.79m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>リフト浴 設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴 設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 1階3か所 2階4か所</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 全居室及び脱衣所1か所</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 1、2階</td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階 1階 (3.87m²)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階 1階1カ所・室外1カ所</td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td>設置階</td> </tr> <tr> <td>機能訓練室</td> <td>設置階 (m²) 他の共用施設との兼用 無・有 ()</td> </tr> <tr> <td>健康・生きがい施設</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> </table>		食堂	設置階 1階26.86m ² (2階 26.51m ²)	浴室	一般浴槽 設置階 (5.79m ²)	浴室	リフト浴 設置階 (m ²)	ストレッチャー浴 設置階 (m ²)	便所	設置箇所 1階3か所 2階4か所	洗面設備	設置箇所 全居室及び脱衣所1か所	医務室(健康管理室)	設置階 (m ²)	談話室	設置階 (m ²)	面談室	設置階 (m ²)	事務室	設置階 1、2階	洗濯室	設置階 1階 (3.87m ²)	汚物処理室	設置階 1階1カ所・室外1カ所	看護・介護職員室	設置階	機能訓練室	設置階 (m ²) 他の共用施設との兼用 無・有 ()	健康・生きがい施設	設置階 (m ²)
食堂	設置階 1階26.86m ² (2階 26.51m ²)																														
浴室	一般浴槽 設置階 (5.79m ²)																														
浴室	リフト浴 設置階 (m ²)																														
	ストレッチャー浴 設置階 (m ²)																														
便所	設置箇所 1階3か所 2階4か所																														
洗面設備	設置箇所 全居室及び脱衣所1か所																														
医務室(健康管理室)	設置階 (m ²)																														
談話室	設置階 (m ²)																														
面談室	設置階 (m ²)																														
事務室	設置階 1、2階																														
洗濯室	設置階 1階 (3.87m ²)																														
汚物処理室	設置階 1階1カ所・室外1カ所																														
看護・介護職員室	設置階																														
機能訓練室	設置階 (m ²) 他の共用施設との兼用 無・有 ()																														
健康・生きがい施設	設置階 (m ²)																														

	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、食堂、事務所、相談室
	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="radio"/> 有
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	防火管理者	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="radio"/> 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 消防署への自動通報システム 保安機器(モニター)屋内及び屋外8台設置 ナースコール…各階居室部分・共有トイレ・浴室 安否確認の方法・頻度等 定期巡回 2時間毎	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="radio"/> 有(指定されている危険区域 1 水害 2 土砂災害 3 その他())	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	訪問介護ステーション ドルチェ 介護保険指定事業 事業所番号:1473201927	
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	<input checked="" type="radio"/> 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 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		
	手続方法		

(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										
消費税の対象外とする利用料等										

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	I
		II
生活機能向上連携加算	無・有	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
ADL維持等加算〔申出〕の有無	無・有	I
		II
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	
科学的介護推進体制加算	無・有	
医療機関連携加算	無・有	
口腔衛生管理体制加算	無・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・有	
看取り介護加算	無・有	I
		II
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
		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

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	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	無・有	
科学的介護推進体制加算	無・有	
医療機関連携加算	無・有	
口腔衛生管理体制加算	無・有	
口腔・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
		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

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	敷金一括払い 月額利用料その他は、毎月月末締め翌27日、口座引き落とし						
敷金	無・ <input checked="" type="radio"/> (260,000円、家賃相当額の 2か月分)						
月額利用料	251,904円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> ・ 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
		42,857		60,000	19,047	130,000	
算定根拠 ※11	管理費	共有部光熱水費、補修管理業務、車両維持管理費、健康管理費、人件費、フロント業務、行事企画運営費					
	介護費用	－ 円					
	食費	食材料費：2,000円/日（朝：450円、昼：700円、夕：600円、おやつ：250円）消費税別 ※欠食は、2日前までのお申し出により減算します。					
	光熱水費	19,047円（1人当たり、居室に係る費用は自己負担。） 入院期間中は、634円（税別）×入院日数を減算します。					
	家賃相当額	130,000円（非課税）					

	その他	実費負担分 別紙「介護サービス等の一覧表」及び「別表1」による。
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	医師の往診、医療費、歯科往診、理美容、訪問売店の購入代金 新聞・雑誌等の購読料 ※詳しくは、別表1を参照 隣接する居室の側面一部を開口し夫婦部屋として使用を希望する場合 ※管理規程 第19条をご覧ください。	
消費税の対象外とする 利用料等	敷金、家賃相当額	

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	I
		II
生活機能向上連携加算	無・有	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
ADL 維持等加算 [申出] の有無	無・有	I
		II
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	
科学的介護推進体制加算	無・有	
医療機関連携加算	無・有	
口腔衛生管理体制加算	無・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・有	
看取り介護加算	無・有	I
		II
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
		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

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	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	無・有	
科学的介護推進体制加算	無・有	
医療機関連携加算	無・有	
口腔衛生管理体制加算	無・有	
口腔・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
		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

前払金の返還金の保全措置	<input type="radio"/> 無 ・ 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="radio"/> 有	有の場合の保険名 (あいおい損保保険(火災保険)) (社会福祉事業者総合保険(介護保険))
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="radio"/> 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) サービスの提供方法

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) サービス等の内容

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	ホーム維持管理費（共用部の光熱水費、補修管理業務）、車両維持管理費、健康管理費、人件費、フロント業務、行事企画運営費
	食費	1日3食（朝・昼・夕）おやつ、お茶等の提供
	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 別表1 住宅型有料老人ホーム アモーレ水の郷 料金表
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)柴橋商会（リネン類レンタル） (株)シバフードサービス（食事提供）	
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	社会福祉法人 山根会：理事長 中野 春生 アモーレ水の郷：ホーム長：中務 順義 お客様相談・苦情窓口 045-921-1211 045-921-1333 行政機関 横浜市健康福祉局 高齢施設課 横浜市中区本町6-50-10 045-671-4117	
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）	事故対応マニュアルに基づいて速やかに主治医又は必要と思われる医療機関へ連絡する等の措置を講ずるとともに家族、係る事業者等に連絡をとる。また事故についての検証、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 ・ (有)	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供にあたり、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、地震、津波等の天災、戦争、暴動等入居者の故意によるもの等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、事業者の故意又は	

	過失によらないときはこの限りではありません。		
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 (無)・有		
	入居者基金への加入 (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	令和 3年 6月 30日
		実施内容	アンケート調査
	無		
	備考		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		実施内容	
	(無)		
	備考		
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)	年 2 回開催 (懇談会の構成人員) 1 有料老人ホーム アモーレ水の郷 ホーム長 2 有料老人ホーム アモーレ水の郷 職員 3 社会福祉法人 山根会 理事長 4 入居者、家族等 5 地域福祉の代表者 6 有料老人ホーム アモーレ水の郷 ホーム長が指名した者 ◎主な議題…施設状況、計画、月額利用料等の改定 ご入居者様及び身元引受人の要望・意見等		

※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	居室及び共有ルーム(居室・食堂・トイレ・風呂等) 介護サービスは訪問介護等との契約締結による在宅にてサービス提供を受ける事ができます。	
入居後住居に替居する又は合施設	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)	介護居室から他の介護居室への住み替え 適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け医師の意見を聞いた上で、介護居室(個室)を変更していただくことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。なお、利用権の対象居室は当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。追加費用はありません。 入居者からの住み替え申込み 現居室の修繕費用をお支払いいただきます。

	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	さぬき診療所
	診療科目	内科
	所在地	東京都町田市小川 2-25-14
	距離及び所要時間	約 6.6 km車で 20 分
	協力内容	月 2 回往診・健康相談及び受診・治療等の協力・夜間急変時等の協力・入院加療になった場合の協力
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	三ツ沢上町歯科医院
	所在地	横浜市神奈川区三ツ沢上町 2-7
	距離及び所要時間	約 11.0 km車で 27 分
	協力内容	2 週 1 回往診
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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お一人での通院が難しい方は、当ホームの介護職員又は看護職員が付き添い対応を致します。 ※詳しくは別表 1 をご覧ください。 <p>入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本として、ご入居者及びご家族とお話しいただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ただし、緊急を要する場合はこの限りではありません。 ・入院費用は入居者様のご負担となります。 ・協力医療機関を含む医療機関に入院されている間、身の回りのお世話はご家族にお願い致します。当施設に身の回りのお世話を依頼される場合は別途料金を頂きます。（入退院時の付き添い、ご入居者への面会、買い物代行、洗濯交換等） ※詳しくは別表 1 をご覧ください。 ・入院期間中でも食費及び光熱水費（日割り計算）を除く月額利用料お支払いいただきます。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を利用することはありません。 ・部屋の風通しや簡易な清掃は随時行います。 	

7 入居状況等

（令和 4 年 4 月 1 日現在）

入居者数及び定員	20 人（定員 20 人）
入居者の状況	男 性 8 人、女 性 12 人
	自 立 1 人

	要支援 1 人	(内訳) 要支援 1 0 人 要支援 2 1 人
	要介護 18 人	(内訳) 要介護 1 2 人 要介護 2 2 人 要介護 3 7 人 要介護 4 4 人 要介護 5 3 人
平均年齢	86.5 歳 (男性 82.3 歳、女性 89.3 歳)	

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

(令和 4 年 1 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	0.7 ()	/		介護福祉士
	生活相談員	0.3 ()			介護福祉士
	直接処遇職員	18 (9)	1.5		
	介護職員	16 (8)	2.5	2	初任者研修 実務者研修 ヘルパー2級 介護福祉士
	看護職員	2 (1)	1.0	0	正看護師 准看護師
	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	()			
	事務職員	()			
	その他職員	()			
合計	19 (9)				

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
- 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		あり 2 なし									
	兼務に係る資格等	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				2	4							
前年度1年間の退職者数				2	2							
業務に応じた職員の経験年数	1年未満			1	4							
	1年以上3年未満	1		2								
	3年以上5年未満			2	1							
	5年以上10年未満			2	2	1						
	10年以上		1	1	1							
従業者の健康診断の実施状況				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数 ※16			
配置している直接処遇職員の数 ※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数割合	:	:	:
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 7:00~16:00 準早 8:00~17:00 日勤 9:00~18:00 遅番 10:00~19:00 準遅 11:00~20:00 夜勤 17:00~10:00		

	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	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	1 人 (人)
介護福祉士	10 人 (人)	介護職員初任者研修修了者	5 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結時に概ね60歳以上の方 ・ 自立・要支援・要介護の方 ・ 規定の利用料のお支払いができる方 ・ 健康保険に加入されている方 ・ 公的な医療保険に加入されている方 ・ 連帯保証人を定められる方 <p>※連帯保証人を定められない場合、ご相談させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ホームの利用契約書、管理規程等をご承諾頂き、共同生活を円滑に営める方 ・ 感染症の方は入居できません。但し、他のご入居者に感染する恐れがないと、医師から判断された場合はこの限りではありません。
身元引受人等の条件及び義務等	連帯保証人は、本契約に基づくご入居者の事業者に対する債務について、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、必要なときは入居者の身柄を引き取る事とし、入居者が死亡した場合に、遺体及び慰留金品を引き取る事とします。
生活保護受給者の受入れ対応	Ⓐ・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>(事業者による解約)</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、本契約を解約することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 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 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三 第19条(禁止事項)の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害が切迫するおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができない時、前項の規定に基づく解約は、事業者は次の各号の手続きによって行います。

		<p>1. 解約の通告については90日の予告期間をおく。</p> <p>2. 前号の通告に先立ち、入居者及び連帯保証人等に弁明の機会を設ける。</p> <p>3. 解約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や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>※ 四号によって解約する場合には、医師の意見を仰ぎ、一定の観察期間を置く。</p> <p>(入居者による中途解約)</p> <p>入居者が、契約期間の中途において本契約を解約しようとするときは、少なくとも30日前に事業者に対し所定の解約通知書により解約を通知します。入居者が、予告期間をおかないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去を知った日の翌日から起算して30日目をもって、居室は解約されたものとします。</p> <p>1. 支払う意思がないと見込まれた場合、法的手段をとる事があります。</p>	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	人
		医療機関	人
		死亡者	1人
		その他	人
	生前解約の状況	施設側の申出	(解約事由の例)
入居者側の申出			(解約事由の例)
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	(公開) 閲覧・(写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	(公開) 閲覧・(写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	(公開) 閲覧・写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	(公開) 閲覧・写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	(公開) 閲覧・写し交付)	2 非公開

※20 市指針上、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 _____