

有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約重要事項説明書

作成日 2025年2月13日

1 事業主体概要

事業主体名	ミモザ株式会社
代表者名	代表取締役 清水 亨
所在地	東京都品川区南品川二丁目2番5号
電話番号/FAX番号	03-5796-0630/03-5796-0631
ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
設立年月日	平成11年8月27日
直近の事業収支決算額 ※1	(収益) 11,772,581千円 (費用) 11,489,873千円 (損益) 282,708千円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	地域密着型特定施設入居者生活介護 認知症対応型共同生活介護 サービス付き高齢者向け住宅 住宅型有料老人ホーム 家具付高齢者住宅 小規模多機能居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 通所介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 訪問介護 短期入所生活介護 居宅介護支援

※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	ミモザ横濱楓苑	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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1471003804、指定年月日2021年3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	2.0 : 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	2021年3月1日																											
施設の管理者氏名	川野 真由美																											
所在地	横浜市戸塚区原宿二丁目5番4号																											
電話番号/FAX番号	045-719-5082/045-719-5083																											
メールアドレス	y-kaede@mimoza-care.jp																											
交通の便 ※3	JR「戸塚」駅よりバス停「原宿」下車 徒歩約2分(約160m)																											
ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.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 2296.18㎡																											
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) 2021年1月27日～2041年1月26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 地上2階建(耐火)・準耐火・その他 延床面積 1995.49㎡(うち有料老人ホーム1995.49㎡) 建築年月日 年 月 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 61室 定員 61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="4">居室</td> <td>個室</td> <td>61室</td> <td>18.16㎡～19.07㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> </tbody> </table>			居室定員	室数	面積	居室	個室	61室	18.16㎡～19.07㎡	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
	居室定員	室数	面積																									
居室	個室	61室	18.16㎡～19.07㎡																									
	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)	食堂兼機能訓練室 設置階1階 (90.30㎡) 設置階2階 (109.30㎡)																											
	浴室	一般浴槽 リフト浴 設置階1階 2か所 (5.00㎡) 設置階2階 2か所 (5.00㎡)																										
	浴室	ストレッチャー浴 設置階1階 (13.00㎡)																										
	便所	設置箇所1階 3か所 (4.50㎡) (4.40㎡) 設置箇所2階 2か所 (4.40㎡) ※各階脱衣所に1つ設置(カーテン仕切り)																										

	洗面設備	設置箇所1階 2か所 2階 2か所
	医務室(健康管理室)	設置階 1階 (10.00㎡)
	談話室	設置階 () (㎡)
	応接室兼相談室	設置階 1階 (14.10㎡)
	事務室兼看護・介護職員室	設置階 1階 (11.60㎡)
	洗濯室兼汚物処理室	設置階 1階 (11.70㎡) 2階 (11.20㎡)
	看護・介護職員室	設置階 2階 (12.80㎡)
	機能訓練室	設置階 1階 (90.30㎡) 2階 (109.30㎡) 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 (リフレッシュルーム)	設置階 1階 (11.40㎡)
	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 各階 (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 (1.40 m～ 2.0m)
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、 ・緊急通報装置を設置(各居室、各居室内便所、浴室、共用便所) 安否確認の方法・頻度等 ・巡回及び巡視 (要介護3以上の方:2時間毎、要介護1~2以上の方:4時間毎)	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> ・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	なし	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	なし	

※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	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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 不在期間が30日以上の場合に限り、管理費を半額とする。	
利用料金の改定	条件	地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し検討する。
	手続方法	運営懇談会を開き、入居者及び連帯保証人の同意を得た上で改定する。

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	前払金は入居時一括払い（事業者指定の口座へ振込み） 月額利用料その他は、毎月請求書による月額払い
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 360万円
想定居住期間又は償却期間	6年（72ヶ月）
算定の基礎（内訳）	想定居住期間における前払金相当額 Bプラン 5万円×72月＝360万円 想定居住期間を超えた部分における家賃想定額はありません。
解約時の返還金（算定方法等）	想定居住期間における前払金家賃相当額 ・返還額3,600,000÷2,191×契約解除（終了）後想定居住期間満了日までの日数 ・但し入居後3ヵ月以内の契約解除の場合は 返還額＝3,600,000－（50,000÷30×入居日から契約解除（終了）日までの日数） なお、返還金は居室の明け渡しを受けた後90日以内に変換致します。
返還の対象とならない額の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有（ 円）
初期償却の開始日	
介護費用の前払金	該当なし
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	合計 213,912 円（内消費税6,012円）
年齢に応じた金額設定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 満80歳以上の方のみがお選び頂けるプランです。
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
	213,912円 (内消費税6,012円)	30,750円 (内消費税750円)		60,162円 (内消費税5,262円)	実費負担	123,000円 (非課税)	
算定根拠 ※11	管理費	月額30,750円(内消費税750円) <内訳> 1) 管理費①: 22,500円(非課税) 共用施設整備費、エレベーター維持費、環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。 2) 管理費②: 8,250円(内消費税750円) 事務部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費です。					
	介護費用	介護保険サービスの自己負担分は含みません。					
	食費	60,162円(税込) (1日3食30日間喫食した場合の金額) 昼食代はおやつ代を含みます。 消費税は、税率ごとに集計した食費の税抜合計金額に税率を乗じて計算します(税率を乗じた時点で1円未満の金額が生じた場合、その時点で1円未満を四捨五入します。) そのため実際の請求額は1食あたりの税込金額を合計した金額とは異なる場合があります。 <1食あたりにおける請求額> 喫食時: 朝食380円+消費税30円=410円(税込) 軽減税率対象 昼食700円+消費税70円=770円(税込) 夕食750円+消費税75円=825円(税込) 欠食時(2日前の12時までに欠食の届け出があった場合): 朝食220円+消費税18円=238円(税込) 軽減税率対象 昼食420円+消費税34円=454円(税込) 軽減税率対象 夕食450円+消費税36円=486円(税込) 軽減税率対象 ※2日前の12時までに欠食の届出がなかった場合には、喫食時料金を請求いたします。					
	光熱水費	居室内の電気使用量は別途実費負担とします。					
	家賃相当額	近傍相場等を勘案して算出。					
	その他	介護報酬適用外の介護用品費は、別途実費負担あり。					
	月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	別途利用料の支払いが必要となる有料サービスの項目と利用料については、「管理規程別表V 費用及び使用料一覧表」に示されています。					
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額 及び 管理費①						

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)		利用者負担額		
	区 分	月 額	1 割	2 割	3 割
	要介護1	178,573円	17,573円	34,604円	51,906円
	要介護2	200,120円	20,012円	38,850円	58,274円
	要介護3	222,632円	22,263円	43,352円	65,028円
	要介護4	243,494円	24,349円	47,468円	71,202円
	要介護5	265,727円	26,572円	51,907円	77,860円
	各種加算の状況				
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		利用者負担額 (割の場合)		
	区 分	月 額			
要支援1	円	円			
要支援2	円	円			

各種加算の状況		(減算型・ <u>基準型</u>)	
身体拘束廃止取組の有無			
生活機能向上連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I	
		II	
個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I	
		<u>II</u>	
		III	
		IV	
		V	

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料は、毎月請求による月払い
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (円、家賃相当額の か月分)
月額利用料	合計 263,912 円 (内消費税6,012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	<input checked="" 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
	263,912円 (内消費税6,012円)	30,750円 (内消費税750円)		60,162円 (内消費税5,262円)		173,000円 (非課税)	
算定根拠 ※11	管理費	月額30,750円(内消費税750円) (内訳) 3) 管理費①: 22,500円(非課税) 共用施設整備費、エレベーター維持費、環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。 4) 管理費②: 8,250円(内消費税750円) 事務部門の人員費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人員費・事務費です。					
	介護費用	介護保険サービスの自己負担分は含みません。					
	食費	食費に食材費、調理費を含みます。 ・食費は、朝食: 410円(内消費税30円)、昼食: 770円(内消費税70円)(おやつ代込み)、夕食825円(内消費税75円)で喫食数に応じて精算致します。朝食は軽減税率8%を適用しています。 欠食は2日前12時までのお申し出により調理費のみとして朝食: 238円(内消費税18円)、昼食: 454円(内消費税34円)(おやつ代込み)、夕食: 486円(内消費税36円)をご請求致します。軽減税率税を適用致します。 ※消費税につきましては、1ヶ月の合計金額に各々の消費税率を乗じて計算致しますので、1食毎の税込額を合計した金額と異なる場合がございます。 また1円未満は四捨五入して算出いたします。					
	光熱水費	居室内の電気使用量は別途実費負担とします。					
	家賃相当額	近傍相場等を勘案して算出。					
	その他	介護報酬適用外の介護用品費は、別途実費負担あり					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	別途利用料の支払いが必要となる有料サービスの項目と利用料については、「管理規程別表V 費用及び使用料一覧表」に示されています。						
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額 及び 管理費①						

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	2割	3割
要介護1	178,573円	17,573円	34,604円	51,906円
要介護2	200,120円	20,012円	38,850円	58,274円
要介護3	222,632円	22,263円	43,352円	65,028円
要介護4	243,494円	24,349円	47,468円	71,202円
要介護5	265,727円	26,572円	51,907円	77,860円

各種加算の状況

身体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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
科学的介護推進体制加算	<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	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
		IV
		V

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)

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	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>保全措置の内容 (当社が「公益社団法人全国有料老人ホーム協会」に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者がすべて退去せざるをえなくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に償却期間終了後でも補償金として協会の規程に則った金額が支払われる。)</p> <p>無の場合の理由()</p>
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	<p>有の場合の保険名 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険)</p>
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	<p>有の場合 別添短期利用のサービス等の概要 参照</p>

※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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	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) 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	小規模修繕、フロント業務、管理入居相談業務
	食費	食材費：三食の提供、おやつ、その他水分補給のための飲み物、一部外食費用 調理費：調理職員経費、調理器材保全費、備品補填費を含みます。
	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	ハーベスト株式会社	給食調理業務委託契約 (3食及びおやつの調理)
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	<p>・苦情対応マニュアルに従って、担当者・責任者に連絡し、誠実に対応し記録に残します。</p> <p>1) 相談窓口 ミモザ横濱楓苑 管理者 川野 真由美 電話 045-719-5082</p> <p>2) ミモザ株式会社 本社 お客様相談室 電話 03-6712-8110</p> <p>・施設での解決が難しい場合、次の第三者機関や行政に相談することが出来ます。</p> <p>1) 横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課 電話 045-671-4117</p> <p>2) 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 電話 03-3548-4117</p> <p>3) 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課</p>	

	電話 0570-022110 (苦情専用)	
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、応急措置、協力医療機関への搬入、若しくは119番通報により他の医療機関への搬入を行うとともに、家族への連絡を行います。また事故に基づいての検証、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・ <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)	(保険名) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 (その概要) 介護サービスの提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体等、入居者の故意によるものを除いて、速やかに賠償します。入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。尚、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 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	入居者基金への加入 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	実施日
		実施内容
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
備考		
第三者による評価の実施状況	有	実施日
		実施内容
	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	開催回数 2024年 8月 開催 (入居状況、事故報告、行事報告) 2024年 11月 書面開催 (入居状況、事故報告、行事報告) 以後 2025年 3月 6月 9月 12月 開催予定	

※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	居している介護居室で介護します。ただし、心身の状態により居室移動の場合があります。	
入を居住後に替居え室又場は合施設	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)	当ホームは全て介護居室です。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	他の介護居室に移り介護を受けながら日常生活を営むことが必要となった場合には、 ①事業者の指定する医師の意見を聴く ②緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行う ④入居者の身元引受人等の意見を聴く ⑤入居者の意思を確認、同意を得る 以上の手続きを経て、居室の利用権を本人の同意を得て消滅させ、新たな居室の利用権を設定します。 この場合、新たな追加費用は必要ありません。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	提携ホームはありません。

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	湘南第一病院
	診療科目	内科等
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台 1-19-7
	距離及び所要時間	約 5.5 km 約 17 分(車)
	協力内容	① 利用者の健康指導、診察 ② 救急患者の受け入れ ③ 緊急時における提携医療先の手配並びに入院の協力 ④ その他利用者が求める医療の協力
協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	本藤沢ゆずクリニック
	診療科目	内科等
	所在地	神奈川県藤沢市本藤沢 1-1-8 TOMO ビル 2F
	距離及び所要時間	約 6.4 km 約 14 分 (車 14 分)
	協力内容	① 緊急時における連携医療先及び入院の協力 ② 施設との 24 時間の連携体制を整える ③ その他利用者が求める医療への協力
協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人博萌会 西横浜国際総合病院
	診療科目	内科等

	所在地	神奈川県横浜市戸塚区汲沢町 56 番地
	距離及び所要時間	約 1.5 km 約 4 分 (車)
	協力内容	① 緊急時における提携医療先の手配及び入院の協力 ② 施設との 24 時間体制を整える ③ その他利用者が求める医療への協力
協力歯科医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	医療法人桜樹会さくらぎ返子歯科
	所在地	神奈川県返子市返子二丁目 10 番 8 号 N F C ビル 2 階
	距離及び所要時間	約 13.5 km 約 39 分 (車)
	協力内容	① 利用者の歯科診療 ② 緊急時における提携医療先の手配に関する協力 ③ その他利用者が求める医療への協力
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)	費用及び使用料	<p>入居者が医療を要する場合、ホームの協力医療機関又は入居者が選択する医療機関で治療を受けます。費用については医療保険制度で支給される以外の自己負担額は入居者負担となります。入院の場合は、入院中の介護保険の利用料の請求はありません。</p> <p>また、入院中の食材費は減額(1ヶ月を30日として日割り計算)します。長期入院(30日以上)の場合は、管理費の50%を減額します。</p> <p><別表Ⅳ-2② 健康管理サービス (治療への協力) ></p> <p>□日常医療支援</p> <p>①通院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院可能な場合は、入居者のかかりつけの医師・病院 ・施設の協力医療機関または専門医を紹介 <p>※協力病院の場合は、適宜対応します。</p> <p>②入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院治療が必要となった場合、入居者のかかりつけの医師、病院、施設の協力医療機関等への入院 <p>※協力病院の場合は、適宜対応します。</p> <p>③その他サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院、入院、退院に際し、職員による事務手続きの代行等 <p>※協力病院の場合は、適宜対応します。</p> <p>□救急時対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急に身体の具合が悪くなった場合は、職員がそのお知らせにより適確かつ迅速に応急処置に当たります。 <p>また、状況により医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるようはからいます。</p> <p>※協力病院の場合は、適宜対応します。</p>

7 入居状況等

(2025年 2月 13日現在)

入居者数及び定員	53 人 (定員 61 人)			
入居者の状況	男 性	21 人、女 性 32 人		
	自 立	0 人		
	要支援	0 人	(内訳)	要支援 1 人 要支援 2 人
	要介護	53 人	(内訳)	要介護 1 8 人 要介護 2 8 人 要介護 3 7 人 要介護 4 12 人 要介護 5 18 人
平均年齢	85.54 歳 (男性 84.09 歳、女性 87.00 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

(2025年 2月 13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 (0)	/		※介護職員兼務	
	生活相談員	1 (0)				
	直接処遇職員	29 (19)				
	介護職員	14 (5)				
	看護職員	15 (14)				
	機能訓練指導員	2 (1)※				※介護職員兼務
	理学療法士	()				
	作業療法士	1 (0)				
	その他	1 (1)				
	計画作成担当者	2 (2)				
	医師	()				
	栄養士	()				外部委託
	調理員	()				外部委託
	事務職員	()				
	その他職員	()				
合 計	30 (21)					

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 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			6	2	2	1					
前年度1年間の退職者数		1	5	4	4						
業務に 応じた 職員の 経験年 数	1年未満										
	1年以上 3年未満			3	1						
	3年以上 5年未満			1	2						
	5年以上 10年未満				1			1			
	10年以上	2	13	1	5	1	0	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 ※23
要支援者の人数			0
要介護者の人数		33	45
指定基準上の直接処遇職員の人 数 ※22.5			23
配置している直接処遇職員の人 数 ※23			23.8
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	:	:	2:1
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	8:30	～	17:30
	遅番	10:00	～	19:00
	夜勤	16:00	～	10:00
	看護職員 早番	:	～	:
	日勤	8:30	～	17:30
	遅番	:	～	:
	夜勤	16:00	～	10:00

※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	9人(6人)	介護職員初任者研修修了者	6人(2人)
介護支援専門員	3人(2人)	認知症介護基礎研修	0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65歳以上で日常生活で介護が必要な方
身元引受人等の条件及び義務等	連帯保証人(必ず身元引受人を兼ねる)を定めて頂きます。 連帯保証人(身元引受人)は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となります。また、入居契約が終了の時に入居者を引き取ることとなります。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 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	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については、入居契約書の第29条及び第30条に示されております。 第29条(事業者からの契約解除) 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あります。 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、3か月以上遅滞するとき 三 本契約第3条(目的施設の終身利用契約)第3項の規定に違反したとき 四 本契約第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき 五 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方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき

- 六 常時、高度な医療行為が必要となり、当施設で対応することができなくなった場合
- 2 事業者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがあります。
- 3 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きを行います。
- 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく。
 - 二 前号の通告に先立ち、入居者、連帯保証人、身元引受人等に弁明の機会を設ける。
 - 三 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、連帯保証人、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。
- 4 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きを行います。
- 一 医師の意見を聴く。
 - 二 一定の観察期間をおく。
- 5 事業者は、入居者、連帯保証人、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。
- 一 本契約第46条(反社会的勢力の排除の確認)の各号の確約に反する事実が判明したとき
 - 二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき
 - 三 本契約第20条(禁止又は制限される行為)第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき
- 6 事業者は、前項において連帯保証人又は身元引受人との契約を解除した場合、入居者に新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは本契約を解除することができます。
- 7 入居日の翌日から3月以内において、前項の契約解除を行う場合は、本契約第44条(短期解約特例)の短期解約特例を適用するものとします。

第30条(入居者からの解約)

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。 一 本契約第46条(反社会的勢力の排除の確認)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	
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	2人
		医療機関	1人
		死亡者	26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) 他施設入所希望の為。	3人
体験入居の期間及び費用負担等		1泊2日 11,000円(消費税込、介護保険適用なし)、期間は14日間を限度とします。	

※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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 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、本有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約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、本有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名 _____