# リアンレーヴ井土ヶ谷

# 有料老人ホーム　重要事項説明書

株式会社木下の介護

第２号様式(第６条第１項)

# 有料老人ホーム重要事項説明書

作成日　　年　　月　　日

## 1　事業主体概要

| | |
|---|---|
| 事業主体名 | 株式会社 木下の介護 |
| 代表者名 | 代表取締役　佐久間　大介 |
| 所在地 | 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階 |
| 電話番号／ＦＡＸ番号 | 03-5908-1310／03-5908-2382 |
| ホームページアドレス | https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/ |
| 設立年月日 | 1995年10月26日 |
| 直近の事業収支決算額 ※２ | （収益）33,386百万円（費用）2,379百万円（損益）804百万 |
| 会計監査人との契約 | 無 ・ 有（　　） |
| 他の主な事業 | 介護保険指定事業（訪問介護、通所介護、居宅介護支援、認知症対応型共同生活介護、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護） |

※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 | | リアンレーヴ井土ヶ谷 |
| 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）<br>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<br>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<br>4 自立・要支援・要介護 |
| | 介護保険 | 1 横浜市指定介護保険特定施設<br>（番号　1470502988、指定年月日　2017年4月1日）<br>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）<br>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 | 連携ホーム利用可（当社及びグループ法人の有料老人ホームの移動は可能です。基本的に移動先の料金に準じ、前払金等は調整します。 |
| 開設年月日 | | 2017年4月1日 |
| 施設の管理者氏名 | | 加藤　亮仁 |
| 所在地 | | 神奈川県横浜市南区永田東1-4-10 |
| 電話番号／ＦＡＸ番号 | | 045-714-5590／045-714-6650 |
| メールアドレス | | reve-idogaya@kinoshita-group.co.jp |

| | |
|---|---|
| 交通の便 ※3 | 京浜急行本線「井土ヶ谷」駅徒歩2分(160m) |
| ホームページアドレス | https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien-reve_idogaya.html |
| 敷地概要 ※4 | 権利形態　所有　・　借地<br>(借地の場合の契約形態)　通常借地契約・定期借地契約<br>(借地の場合の契約期間)　　年　月　日～　年　月　日<br>(通常借地契約における自動更新条項の有無)　　無・有<br>敷地面積　1,015.40　㎡ |
| 建物概要 | 権利形態　所有　・　借家<br>(借家の場合の契約形態)　通常借家契約・定期借家契約<br>(借家の場合の契約期間)　2010年5月1日～2040年4月30日<br>(通常借家契約における自動更新条項の有無)　無・有<br>建物の構造　鉄筋コンクリート造　地上3階建(耐火・準耐火・その他)<br>延床面積　1732.51㎡（うち有料老人ホーム 1732.51㎡)<br>建築年月日　2008年12月26日建築<br>改築年月日　　年　月　日改築<br>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　46室　定員　46人(一時介護室を除く)<br>(内訳) |

| | 居室定員 | 室　数 | 面　積 |
|---|---|---|---|
| 居室 | 個　室 | 46　室 | 18.00㎡～19.56　㎡ |
| | 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 | | 設置階　1階　(100.51㎡)<br>設置階　2階　(36.00㎡) |
| | 浴室 | 一般浴槽 | 設置階　1階　(19.79㎡)<br>設置階　3階　(3.20㎡) |
| | 浴室 | リフト浴 | 設置階　2階　(10.68㎡) |
| | | ストレッチャー浴 | 設置階　(　㎡) |
| | 便所 | | 設置箇所　各居室・各階 |
| | 洗面設備 | | 設置箇所　各居室 |
| | 医務室(健康管理室) | | 設置階　2階　(18.78㎡) |
| | 談話室 | | 設置階　－　(　㎡) |
| | 面談室 | | 設置階　1階　(22.50㎡) |
| | 事務室 | | 設置階　1階 |
| | 洗濯室 | | 設置階　1階　(6.76㎡)<br>設置階　2階　(3.91㎡)<br>設置階　3階　(4.14㎡)<br>1、2、3階汚物処理室兼用 |

| | | |
|---|---|---|
| | 汚物処理室 | 設置階　1階　(6.76㎡)<br>設置階　2階　(3.91㎡)<br>設置階　3階　(4.14㎡)<br>1、2、3階洗濯室兼用 |
| | 看護・介護職員室 | 設置階　1階　(32.96㎡)事務所兼用 |
| | 機能訓練室 | 設置階　1階　(100.51㎡)<br>設置階　2階　(36.00㎡)<br>他の共用施設との兼用　無・[有]（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　各居室・廊下・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　(1.89m～2.01m) |
| 消防用設備等 | 消火器 | 無・[有] |
| | 自動火災報知設備 | 無・[有] |
| | 火災通報設備 | 無・[有] |
| | スプリンクラー | 無・[有] |
| | 防火管理者 | 無・[有] |
| | 防災計画（水害・土砂災害を含む） | 無・[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<br>居室のベッド脇、便所等にナースコールを設置<br>安否確認の方法・頻度等<br>昼間・夜間ともに３時間に１回介護職員等が巡回 | |
| 危険区域の指定状況 | [無]・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 | – | |
| 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 | 前払い方式　　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<br>2　日割り計算で減額<br>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 | 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及び人件費等を勘案した上で所定の手続きに則り改定します。 |
| | 手続き方法 | 運営懇談会を開催し入居者及び身元引受人等の意見を聴いた上で改定を行います。 |

（２）前払い方式

| | | |
|---|---|---|
| 費用の支払方法 ※９ | | 前払金は、契約締結日から14日以内又は実際の入居日のいずれか早い日までにお振込み下さい。施設利用費及び管理共益費の支払いについては、原則として次月分を当月27日（但し、休日の場合は翌営業日）に、弊社が指定する金融機関からの自動引き落としとします。その他の費用は、原則として当月分を次月27日（但し、休日の場合は翌営業日）に、弊社が指定する金融機関からの自動引き落としとします。入居者が使用する日常小口現金については、施設が認める範囲で施設にて立替を行い、月額諸費用と共に請求するものとします。 |
| 敷　金 | | 無 ・ 有（　　円、家賃相当額の　　か月分） |
| 前払金<br>（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　前払金プラン１：3,000,000円　前払金プラン２：6,000,000円<br>※対象：要介護１以上 |
| | 想定居住期間又は償却期間 | 5年（60ヶ月） |
| | 算定の基礎（内訳） | ・内訳：オーナーに支払う地代家賃等を基礎に算定（施設利用費）<br>・算定根拠：前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された以下の算式に基づき算定します。<br>（1ヶ月分の家賃等の額）×（想定居住期間60ヶ月）＋（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額） |
| | 解約時の返還金（算定方法等） | 入居者の入居後、3月が経過し、償却期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合<br>（前払金－初期償却額）÷（償却期間5年の実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの日数）<br><br>入居日から3ヶ月以内に契約を解除した場合、前払金は専用居室等の原状回復費及び債務不履行があった場合の充当した分を除いて全額返還します。 |
| | 返還の対象とならない額の有無 | 無 ・ 有（ 前払金プラン1：900,000円、前払金プラン2：1,800,000円） |
| | 初期償却の開始日 | 入居日 |
| 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 | | 前払金プラン1：216,700円　前払金プラン2：166,700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 |
| | 216,700 | 107,500 | | 31,500 | | 77,700 | |
| | 166,700 | 107,500 | | 31,500 | | 27,700 | |
| | | | | | | | |

| 算定根拠 ※11 | |
|---|---|
| 管理費 | 施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、厨房管理費、本社管理部門人件費等（管理共益費） |
| 介護費用 | |
| 食費 | 朝食250円、昼食349円、夕食451円<br>※各食軽減税率適用 |
| 光熱水費 | 管理共益費に含まれております。 |
| 家賃相当額 | 専用居室及び共用施設の施設利用料です。（施設利用費） |
| その他 | 寝具1,650円／月（希望者のみ）<br>リネン1,100円／月（希望者のみ） |

| | |
|---|---|
| 月額利用料に含まれない実費負担等　※12 | おむつ代、理美容代、買物代行、医師の往診、協力医療機関以外の医療機関への搬送外出の際の付き添い、レクリエーション費用。詳細は「介護サービス等の一覧」を参照。 |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 家賃相当額、前払金 |

<table>
<tr>
<td>介護保険に係る利用料<br>※13<br>(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)</td>
<td>
特定施設入居者生活介護　（1か月 30 日の例）
<table>
<tr><th>区　分</th><th>月　　額</th><th>利用者負担額（1割の場合）</th></tr>
<tr><td>要介護1</td><td>173,020円</td><td>17,302円</td></tr>
<tr><td>要介護2</td><td>194,246円</td><td>19,425円</td></tr>
<tr><td>要介護3</td><td>216,758円</td><td>21,676円</td></tr>
<tr><td>要介護4</td><td>237,340円</td><td>23,734円</td></tr>
<tr><td>要介護5</td><td>259,531円</td><td>25,954円</td></tr>
</table>
各種加算の状況
<table>
<tr><td>身体拘束廃止取組の有無</td><td colspan="2">(減算型・基準型)</td></tr>
<tr><td>退院・退所時連携加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入居継続支援加算</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">個別機能訓練加算</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ADL 維持等加算〔申出〕の有無</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td>夜間看護体制加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td>若年性認知症入居者受入加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td>科学的介護推進体制加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td>医療機関連携加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td>口腔衛生管理体制加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td>口腔･栄養スクリーニング加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
<tr><td rowspan="2">看取り介護加算</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td><td rowspan="3">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td>Ⅲ</td></tr>
<tr><td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td><td rowspan="5">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td>Ⅲ</td></tr>
<tr><td>Ⅳ</td></tr>
<tr><td>Ⅴ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td><td rowspan="2">無・有</td><td>Ⅰ</td></tr>
<tr><td>Ⅱ</td></tr>
<tr><td>介護職員等ベースアップ等支援加算</td><td colspan="2">無・有</td></tr>
</table>
介護予防特定施設入居者生活介護　（1か月 30 日の例）
<table>
<tr><th>区　分</th><th>月　　額</th><th>利用者負担額（1割の場合）</th></tr>
<tr><td>要支援1</td><td>58,531円</td><td>5,854円</td></tr>
<tr><td>要支援2</td><td>100,017円</td><td>10,002円</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

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 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 無・有 | |

（３）月払い方式

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 費用の支払方法<br>※９ | 指定口座からの引き落としの場合、施設利用費及び管理共益費の支払いについては、次月分の請求金額を当月27日（但し、休日の場合は翌営業日）に引落します。当社指定口座への振込の場合、次月分を当月25日（但し、休日の場合は翌営業日）までに次月分の請求金額を支払うものとします。その他の費用は、原則として当月分の請求金額を次月に引落しまたは振込みいただきます。 | | | | | | | |
| 敷金 | 無・有（　　円、家賃相当額の　　か月分） | | | | | | | |
| 月額利用料 | 266,700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<br>※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 | |
| | 266,700 | 107,500 | | 31,500 | | 127,700 | ※ | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 算定根拠<br>※11 | 管理費 | 施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、厨房管理費、本社管理部門人件費等（管理共益費） | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 介護費用 | |
| | | | 食費 | 朝食250円、昼食349円、夕食451円<br>※各食軽減税率提供 |
| | | | 光熱水費 | 管理共益費に含まれております。 |
| | | | 家賃相当額 | 専用居室及び共用施設の施設利用料です。（施設利用費） |
| | | | その他 | ※自立生活サポート費：198,000円／月（自立者のみ）巡回、健康管理、生活指導、服薬管理、夜間コール対応等　　上記内訳には記載しておりません。<br>寝具1,650円／月（希望者のみ）<br>リネン1,100円／月（希望者のみ） |
| 月額利用料に含まれない実費負担等<br>※12 | | | 自立<br>おむつ代、清拭・一般浴介助、居室への配膳・下膳、理美容代、買物代行、医師の往診・与薬管理、提携医療機関以外の医療機関への搬送、外出の際の付き添い、レクリエーション費用<br><br>要支援・要介護<br>おむつ代、理美容代、買物代行、医師の往診、協力医療機関以外の医療機関への搬送外出の際の付き添い、レクリエーション費用。詳細は「介護サービス等の一覧」を参照。 | |
| 消費税の対象外とする利用料等 | | | 家賃相当額、前払金 | |

| | |
|---|---|
| 介護保険に係る利用料<br>※13<br>(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 | 173,020円 | 17,302円 |
| 要介護２ | 194,246円 | 19,425円 |
| 要介護３ | 216,758円 | 21,676円 |
| 要介護４ | 237,340円 | 23,734円 |
| 要介護５ | 259,531円 | 25,954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] |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 無・[有] | |

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 | 58,531円 | 5,854円 |
| 要支援２ | 100,017円 | 10,002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 |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 無・有 | |

（４）共通事項

| | |
|---|---|
| 前払金の返還金の保全措置 | 無 ・ 有　保全措置の内容（りそな銀行による保全　　）<br>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 ・ 有　有の場合の保険名（介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損保） |
| 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） | 無 ・ 有　有の場合は<br>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 | 小規模修繕、フロント業務、管理・入居相談業務 |
| | 食　費 | 朝・昼・夕食 |
| | 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 | グラン・グルメ株式会社　朝・昼・夕食及びおやつ（行事食等含む）の調理・提供、配膳 | |
| 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 | 施設及び本社において、下記のとおり随時苦情をお受けします。受付けた苦情に対しては、個人情報の取り扱いに関する苦情の窓口も同様とします。<br>管理者（責任者）：加藤　亮仁　電話045-315-2785<br>本社窓口：お客様相談担当　　電話0120-100-537<br>行政機関<br>・神奈川県国民健康保険団体連合会　苦情相談窓口<br>　連絡先：045-329-3447<br>・横浜市健康福祉局高齢施設課　連絡先：045-671-3923 | |
| 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) | 入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは119番通報による医療機関への搬送等を行います。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行うなどの適正な対応を行います。事故については、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。 | |

<table>
<tr><td>事故発生の防止のための指針</td><td colspan="3">無 ・ 有</td></tr>
<tr><td>損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）</td><td colspan="3">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、当社に過失が認められるものについては速やかに損害賠償の手配を行い、誠意をもって対応します。<br>ただし、地震・津波等の天災、戦争・暴動や入居者の故意によるもの等は除きます。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td colspan="3">協会への加入　無 ・ 有</td></tr>
<tr><td colspan="3">入居者基金への加入　無 ・ 有</td></tr>
<tr><td rowspan="4">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</td><td rowspan="2">有</td><td>実施日</td><td>2022年12月</td></tr>
<tr><td>実施内容</td><td>利用者アンケート調査</td></tr>
<tr><td>無</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">備考</td></tr>
<tr><td rowspan="4">第三者による評価の実施状況</td><td rowspan="2">有</td><td>実施日</td><td></td></tr>
<tr><td>実施内容</td><td></td></tr>
<tr><td>無</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">備考</td></tr>
<tr><td>運営懇談会の開催状況<br>（開催回数、設置者の役　職員を除く参加者数、主な議題等）</td><td colspan="3">原則として年1回以上<br>主な議題（施設の運営状況及び運営計画、施設利用費、管理共益費等料金の改定、管理規定及び細則等の諸規定の改訂、入居者又は身元引受人等の要望・意見）</td></tr>
</table>

※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

<table>
<tr><td colspan="2">要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所</td><td>全室介護専用居室の為、各居室にて介護可能。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入居後に居室を替える場合又は施設</td><td>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）</td><td>該当なし</td></tr>
<tr><td>従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）</td><td>適切な介護サービス提供のため、居室を変更する場合がある。その場合は、一定の観察期間を設け、医師等の意見を聞き、本人及び身元引受人等から同意を得た上で変更を行うものとする。その際に前払金や月額利用料に差額が生じた場合は、管理規程の14項の13号に基づくものとする。</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| | 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 | 医療法人社団和光会　キノメディッククリニック川崎 |
| | 診療科目 | 内科、外科 |
| | 所在地 | 神奈川県川崎市川崎区藤崎 3-6-1 |
| | 距離及び所要時間 | 約 20 km、車で約 35 分 |
| | 協力内容 | 往診、24 時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談 |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名　称 | 医療法人社団藤栄会　日航ビル歯科室 |
| | 所在地 | 神奈川県川崎市川崎区日進町 1 川崎日航ホテルビル 6 階 |
| | 距離及び所要時間 | 約 18.7km（約 32 分） |
| | 協力内容 | 訪問歯科診療 |
| 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） | ・原則、協力医療機関での受診とするが、かかりつけ医がある場合は、そちらでの受診もできる。<br>・医療費用の負担については利用者負担とする。<br>・長期入院を要する利用者がある場合には、管理費、家賃相当額の支払いにより居室利用状態を継続することができる。 | |

7　入居状況等　　（　　年　　月　　日現在）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 入居者数及び定員 | 人（定員　　46 人） | | |
| 入居者の状況 | 男　性　　人、　女　性　　人　　人 | | |
| | 自　立　　人 | | |
| | 要支援　　人 | （内訳）　要支援１　　人<br>要支援２　　人 | |
| | 要介護　　人 | （内訳）　要介護１　　人<br>要介護２　　人<br>要介護３　　人<br>要介護４　　人<br>要介護５　　人 | |
| 平均年齢 | 歳（男性　　歳、女性　　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　　（　　年　　月　　日現在）

| | | 職員数 | 常勤換算後の人数 | うち自立対応 | 夜間勤務職員数（16時～翌10時）（最少人数） | 備考（資格・委託等） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 従業者の内訳 | 管理者 | （　） | | | | |
| | 生活相談員 | （　） | | | | |
| | 直接処遇職員 | （　） | | | | |
| | 介護職員 | （　） | | | | |
| | 看護職員 | （　） | | | | |
| | 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 | | （　） | | | | |

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 | | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |

| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上<br>3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上<br>5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上<br>10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 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 | 8.7 | 7.3 | 8.8 |
| 要介護者の人数 | 32.3 | 31.3 | 31.5 |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16 | 12 | 12 | 12 |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※17 | 15.6 | 17.1 | |
| 要支援者・要介護者の合計人数に対する配置直接処遇職員の人数の割合 | 2.2:1 | 2.2:1 | |
| 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<br>日勤　9：00　～　18：00<br>遅番　11：30　～　20：30<br>夜勤　16：00　～　翌朝10：00 | | |
| | 看護職員　早番　：　～　：<br>日勤　9：00　～　18：00<br>遅番　：　～　：<br>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 | 人（　　人） |
| 介護福祉士 | 人（　　人） | 介護職員初任者研修修了者 | 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） | 原則として６５歳以上の自立・要支援・要介護の方 |
| 身元引受人等の条件及び義務等 | 【連帯保証人】<br>入居者は連帯保証人を定めるものとします。<br>・連帯保証人は、入居契約の履行及び入居契約書に基づく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ものとします。<br>・連帯保証人の負担は、入居契約書の主表に記載する極度額を限度とします。<br>・連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者が死亡したときに確定するものとします。ただし事業者は、当該確定前であっても債務の支払いを求めることができます。<br>【身元引受人】<br>入居者は身元引受人を定めるものとします。<br>・身元引受人は、事業者と相談の上、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。<br>・事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。<br>・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。<br>（ 上記は主な内容であるため、詳細は入居契約書第40条「連帯保証人」及び第41条「身元引受人」を参照下さい） |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | 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 | 【事業者からの契約解除】<br>事業者は、入居者が以下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、本契約を解除することがあります。<br>・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき<br>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3 ヶ月遅滞するとき<br>・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき<br>・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける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<br>・入居者等による事業者の従業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<br>（ 上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書33条「事業者か |

<table>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2">らの契約解除」を参照下さい）<br>【入居者からの契約解除】<br>　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なうことにより、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届出書を事業者に提出するものとします。<br>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。<br>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。<br>　一　第52条（反社会的勢力の排除）の各号の確約に反する事実が判明したとき<br>　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</td></tr>
<tr><td rowspan="8">前年度における退去者の状況</td><td rowspan="5">退去先別の人数</td><td>自宅等</td><td>1 人</td></tr>
<tr><td>社会福祉施設</td><td>2 人</td></tr>
<tr><td>医療機関</td><td>1 人</td></tr>
<tr><td>死亡者</td><td>15 人</td></tr>
<tr><td>その他</td><td>2 人</td></tr>
<tr><td rowspan="4">生前解約の状況</td><td rowspan="2">施設側の申し出</td><td>0 人</td></tr>
<tr><td>（解約事由の例）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入居者側の申し出</td><td>8 人</td></tr>
<tr><td>（解約事由の例）<br>自宅へ戻るため</td></tr>
<tr><td colspan="2">体験入居の期間及び費用負担等</td><td colspan="2">体験入居費用：14,400円／泊<br>体験入居期間：7泊8日以上2週間まで<br>備考：夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料）</td></tr>
</table>

※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　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別添１

# 介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ 有 ・ 無 ）

| 区分 | | 自立 | | | 要支援１～２ | | | 要介護１～５ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 提供サービスの別 | | 利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | | 介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | |
| サービスの提供内容等 | | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） |
| １．介護サービス | | | | | | | | | | |
| ①巡回 | | | | | | | | | | |
| ・昼間　9時～17時 | 有・無 | — | — | — | 3時間に1回 | — | — | 3時間に1回 | — | — |
| ・夜間　17時～9時 | 有・無 | 2回 | — | — | 3時間に1回 | — | — | 3時間に1回 | — | — |
| ②食事介助 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ③排泄 | | | | | | | | | | |
| ・排泄介助 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ・おむつ交換 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ・おむつ代 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ④入浴等 | | | | | | | | | | |
| ・清拭※1 | 有・無 | 体調不良時適宜 | — | — | 必要時適宜 | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ・巡視（安全確認） | 有・無 | ○ | — | — | — | — | — | — | — | — |
| ・見守り入浴 | 有・無 | 必要時適宜 | — | — | 2回／週<br>身体状況等により見守り又は一般浴介助 | 週3回目以降 | 880円/回 | — | — | — |
| ・一般浴介助 | 有・無 | — | — | — | | — | — | 2回/週<br>身体状況等により一般浴又は特浴介助 | 週3回目以降 | 1,650円/回 |
| ・特浴介助 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | | | 2,200円/回 |
| ⑤身辺介助 | | | | | | | | | | |
| ・体位交換 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ・居室からの移動 | 有・無 | 体調不良時適宜 | — | — | 必要時適宜 | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ・衣類の着脱 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | 必要時適宜 | — | |
| ・身だしなみ介助 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| ⑥機能訓練 | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ⑦通院の介助 | | | | | | | | | | |
| ・協力医療機関 | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ・協力医療機関以外 | 有・無 | — | | 3,300円/30分 | — | | 1,650円/30分 | — | | 1,650円/30分 |
| ⑧緊急時対応 | | | | | | | | | | |

| 区　　分 | | 自　　立 | | | 要支援１～２ | | | 要介護１～５ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 提供サービスの別 | | 利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | | 介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | |
| サービスの提供内容等 | | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） |
| ・ナースコール | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ・緊急搬送時対応 | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| **２．生活サービス** | | | | | | | | | | |
| ①家事 | | | | | | | | | | |
| ・清掃※2 | 有・無 | 1回/週 | 週2回目以降 | 1,320円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 | 1,320円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 | 1,320円/回 |
| ・洗濯※3 | 有・無 | 1回/週 | 週2回目以降 | 1,320円/回 | 2回/週 | 週3回目以降 | 1,320円/回 | 2回/週 | 週3回目以降 | 1,320円/回 |
| ・クリーニング | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・リネン交換※4 | 有・無 | 1回/週 | 週2回目以降 | 1,320円/回 | 1回/週 | — | — | 1回/週 | — | — |
| ・寝具レンタル | 有・無 | — | 布団・枕・ベッドパット | 1,650円/月 | — | 布団・枕・ベッドパット | 1,650円/月 | — | 布団・枕・ベッドパット | 1,650円/月 |
| ・リネンレンタル | 有・無 | — | シーツ・布団カバー、枕カバー | 1,100円/月 | — | シーツ・布団カバー、枕カバー | 1,100円/月 | — | シーツ・布団カバー、枕カバー | 1,100円/月 |
| ・ゴミ回収 | 有・無 | ○ | 粗大ごみ等 | 実費 | ○ | 粗大ごみ等 | 実費 | ○ | 粗大ごみ等 | 実費 |
| ②居室配膳・下膳 | 有・無 | 体調不良時適宜 | 入居者様都合の場合 | 330円/回 | 体調不良時適宜 | 入居者様都合の場合 | 330円/回 | 体調不良時適宜 | 入居者様都合の場合 | 330円/回 |
| ③理美容 | 有・無 | — | | 実費 | — | | 実費 | — | — | 実費 |
| ④代行 | | | | | | | | | | |
| ・買物（施設指定）※5 | 有・無 | 1回/週 | — | — | 1回/週 | 週2回目以降 | 660円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 | 660円/回 |
| ・買物（要予約）※6 | 有・無 | — | | 1,650円/30分 | — | | 1,650円/30分 | — | | 1,650円/30分 |
| ・役所手続き | 有・無 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| **３．健康管理サービス** | | | | | | | | | | |
| ・健康診断 | 有・無 | — | 年2回の機会提供 | 実費 | — | 年2回の機会提供 | 実費 | — | 年2回の機会提供 | 実費 |
| ・健康相談 | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ・生活指導 | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ・医師の往診 | 有・無 | — | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 | — | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 | — | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 |
| ・バイタルチェック | 有・無 | 必要時適宜 | — | — | 必要時適宜 | — | — | 必要時適宜 | — | — |
| ・服薬管理 | 有・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |

| 区　　分 | | 自　　立 | | | 要支援１～２ | | | 要介護１～５ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 提供サービスの別 | | 利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | | 介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | |
| サービスの提供内容等 | | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | 提供方法（回数等） | 提供方法（回数等） | 金額（単価） |
| **４．入退院時、入院中のサービス** | | | | | | | | | | |
| ・医療費 | 有・(無) | — | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 | — | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 | — | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 |
| ・移送サービス | 有・(無) | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| **５．その他サービス** | | | | | | | | | | |
| ・郵便物、宅配便 | (有)・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ・クリーニングの取り次ぎ | (有)・無 | ○ | — | — | ○ | — | — | ○ | — | — |
| ・送迎・移送 | 有・(無) | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| ・外出介助※7 | (有)・無 | — | — | — | — | — | 1,650円/30分 | — | — | 1,650円/30分 |
| ・レクリエーション | (有)・無 | ○ | イベント費<br>材料費等 | 実費 | ○ | イベント費<br>材料費等 | 実費 | ○ | イベント費<br>材料費等 | 実費 |

※金額表記は全て（税込）表記です。

※１体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

※２　１回20分程度にて可能な範囲

※３　洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※４　失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※５　施設指定日に指定場所にて購入できるものに限ります。

※６　スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

※７　交通費実費が別途かかります。

注1）自立・要支援１～２・要介護１～５を区分した場合は８区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
注2）「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。
注3）各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。
注4）上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。
注5）「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

別添３

作成年月日：　令和2年　7月　1日

# 横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

（本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の**主な**項目について、適合の有無を確認するものです。）

| No. | 指針項目 | 設備の有無 | 適合・不適合 | 不適合となっている項目についてチェック | 備考（代替措置・改善計画等） |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 居室<br>（一時介護室） | | 適合 | □　個室ではない（相部屋がある）。<br>□　面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。<br>□　界壁で区分されていない。 | |
| 2 | 食堂 | 有 | 適合 | □　機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。 | |
| 3 | 浴室 | 有 | 適合 | （居室内に設置していない場合）<br>□　全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。<br>（要介護者等を入居対象とする場合）<br>□　身体の不自由な者が使用するのに適していない。 | |
| 4 | 便所 | 有 | 適合 | □　常夜灯がない。<br>□　手すりがない。<br>（居室内に設置していない場合）<br>□　居室の近くにない。<br>□　全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 | |
| 5 | 洗面設備 | 有 | 適合 | （居室内に設置していない場合）<br>□　全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 | |
| 6 | 汚物処理室 | 有 | | | |
| 7 | 面談室 | 有 | 適合 | □　プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。 | |
| 8 | 医務室<br>（健康管理室） | 有 | | | |
| 9 | 看護・介護職員室 | 有 | | | 3階に設置がないのでデイルームの一部を使用 |
| 10 | 機能訓練室 | 有 | | | 食堂と兼用 |
| 11 | 談話室 | 無 | | | |
| 12 | 洗濯室 | 有 | | | |
| 13 | エレベーター | 有 | | | |
| 14 | スプリンクラー | 有 | | | |
| 15 | 健康・生きがい施設 | 無 | | | |
| 16 | 緊急通報装置 | 有 | 適合 | （未設置箇所）<br>□　居室　□　一時介護室　□　浴室<br>□　脱衣室　□　便所 | |
| 17 | 廊下 | | 適合 | □　廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。<br>※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。 | |
| 18 | 居室等の出入口 | | 適合 | □　引き戸やドアハンドル等を備えていない。 | |

| その他（上記項目以外の主な指針不適合事項） |
|---|
| 例（必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。） |

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。