

# リアンレーヴ鶴巻温泉

有料老人ホーム兼（介護予防）特定施設入居者生活介護  
重要事項説明書



別紙様式

有料老人ホーム兼（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書

作成日 年 月 日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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※	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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）

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費および及び一般管理+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	リアンレーヴ鶴巻温泉	
所在地	神奈川県秦野市鶴巻北二丁目2番28号	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 ( <input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (その他の条件)	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 神奈川県指定介護保険特定施設 (番号1472802360 指定年月日 2020年5月1日 ) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦居室付) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
開設年月日	2020年5月1日	
管理者氏名	堀口 保昭	

電話番号/FAX番号	0463-77-4810/0463-77-2820					
メールアドレス	reve-tsurumakionsen@kinoshita-group.co.jp					
交通の便	小田急小田原線「鶴巻温泉駅」北口より徒歩約3分					
ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien_reve_tsurumakionsen.html					
敷地概要	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 1,764.01㎡ 抵当権の設定 無・有					
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) 2020年5月1日～2050年4月30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 鉄骨造 地上4階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 3,014.56㎡(うち有料老人ホーム 3,014.56㎡) 建築年月日 2020年 3月 13日建築 改築年月日 年月日改築 建築確認時の主要用途 有料老人ホーム・その他( ) 抵当権の設定 無・有					
居室概要	居室総数 80室 定員 80人(一時介護室を除く)					
(内訳)	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
		1	無・有	無・有	18.00㎡	80
			無・有	無・有	㎡	
			無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂		無・有(1階・241.05㎡) 一部スタッフスペース			
	浴室	一般浴槽	無・有(1階・27.68㎡) 個浴 1階(5.06㎡)			
		リフト浴	無・有(階・㎡)			
		ストレッチャー浴	無・有(1階・15.81㎡)			
	便所		無・有(各階・3.5㎡～5.46㎡)			
	洗面設備		無・有(1階・㎡)			
	医務室(健康管理室)		無・有(1階・18.00㎡)			
	談話室		無・有(2階～4階・各66.60㎡)			
	面談室(相談室)		無・有(1階・13.77㎡)			
	事務室		無・有(1階・42.09㎡)			
	洗濯室		無・有(1階:5.59㎡ 2階～4階:各7.56㎡)			
	汚物処理室		無・有(各階・4.99㎡～5.70㎡)			
看護・介護職員室		無・有(各階・4.68㎡～8.40㎡)				

	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階 241.05㎡) 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 (理美容室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 11.02㎡)	
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可 2基)	
	居室のある区域の廊下幅	( 2.1m ~ 2.1m)	
消防設備概要	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 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	2 有 <input type="checkbox"/> 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			

### 3 利用料概要

#### (1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ 月払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式					
敷 金	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 円、家賃相当額の か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		施設利用費	管理費	介護費用	食費	光熱水費
前払金プラン1	199,000	60,000	107,500	0	31,500	管理費に含む
前払金プラン2	169,000	30,000	107,500	0	31,500	管理費に含む
前払金0円プラン	229,000	90,000	107,500	0	31,500	管理費に含む
月額利用料の算定根拠	施設利用費	居室及び共用施設等の費用、不動産を所有する第三者に支払う賃料等を基礎に算定。				
	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	※自立生活サポート費：33,000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。				
	食費	朝食250円・昼食349円・夕食451円 ※各食軽減税率適用				
	光熱水費	専用居室及び共用部分の水道光熱費として管理費 (管理共益費) に含まれます。				
前払金	前払金プラン1：1,800,000円、前払金プラン2：3,600,000円 ※対象：要介護1以上					

算定根拠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・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。  <math>(1\text{ヶ月分の家賃等の額}) \times (\text{想定居住期間}60\text{ヶ月}) + (\text{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})</math> </li> </ul>	
償却開始日	入居日	
返還対象としない額	540,000 円、1,080,000 円	
契約終了時の返還金の算定方法	<p>（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）</p> $(\text{前払金}-\text{初期償却額}) \div (\text{償却期間}5\text{年の実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの日数})$ 詳細は有料老人ホーム入居契約書第37条参照	
短期解約の返還金の算定方式	<p>（入居日から3月以内に契約解除がなされた場合）</p> 入居日から3月以内において、入居者からの解約の申し出がなされた場合は、居室明渡し日までのホームの利用の対価として、日割り計算（いずれの月も30日で計算）に基づく月額利用料、その他実費及び原状回復費用を事業者を支払うことで契約を終了できるものとします。	
返還期限	契約終了日の翌日から起算して3ヶ月以内に無利息にて返還します。	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（りそな銀行との信託契約）
		無の場合の理由（ ）
その他留意事項		

### (2) 月額利用料の取扱い

支払日	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。
支払方法	原則として弊社指定の金融機関からの自動引き落としとします。
その他留意事項	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。

### (3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	<p>条件（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。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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</li> <li>2. 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</li> <li>3. 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</li> <li>4. 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</li> </ol>
----------------	---

	<p>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</p> <p>5. 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 )</p> <p>上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書 33 条「事業者からの契約解除」を参照下さい</p>
	<p>手続き</p> <p>①1. 契約解除の通告について3ヶ月の予告期間をおく</p> <p>2. 1の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>3. 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の転居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・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>②条件5による契約解除の場合は、事業者は書面にて①に加えて次の手続きを行います。</p> <p>1. 医師の意見を聴く</p> <p>2. 一定の観察期間をおく</p>
	<p>解約予告期間 ( 3ヶ月間)</p>
入居者からの解約予告期間	30日間

(4) その他共通事項

利用料の改定	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。	
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	<p>① 減額なし</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>		
消費税の対象外とする利用料等	施設利用費、前払金		
体験入居の取扱い	1	無	
	② 有	期間	7泊8日以上2週間まで
費用		14,400円/泊 夕・朝食付き (2泊以上の利用で昼食無料)	

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

運営に関する方針	私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切に、そこから学び、互いに教え合い、穏やかに温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。		
サービスの提供内容の特色	ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用施設の維持管理、相談業務、取次ぎ等	
	食費	3食の提供（おやつ・行事食等別途）	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（ グラン・グルメ株式会社 ）	
		委託内容（ 朝昼夕3食（行事食含む）及びおやつ調理・提供 ）	
安否確認の方法・頻度等	昼間・夜間ともに原則3時間に1回介護職員等が巡回		
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"/>	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）	

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

##### (2) 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
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 一時介護室へ移る場合</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 2 別の居室へ住み替える場合</li> <li>3 提携ホームへ住み替える場合</li> </ol>



判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	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ります。その場合は、一定の観察期間を設け、医師等の意見を聴き、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頁の13号に基づくものとする。
----------------------------	---

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	秦野寿町クリニック
	診療科目	内科、精神科、漢方内科
	所在地	神奈川県秦野市寿町4-16 ドクターズプラザ秦野4階
	距離及び所要時間	約4.3km、車で約12分
	協力内容	訪問診療、24時間体制の事故・病態急変時の対応
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	ホリイマームクリニック平塚
	診療科目	内科、外科、心療内科、リハビリテーション科
	所在地	神奈川県平塚市明石町10-3 浜田平塚ビル7階
	距離及び所要時間	約8.7km、車で約28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
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	さくらぎ秦野歯科
	所在地	神奈川県秦野市南矢名1-4-1 フェリーチェKビル1階C号室
	距離及び所要時間	約1km、車で約6分
	協力内容	歯科診療、歯科検診、24時間365日のオンコール体制
入居者が医療を要する場合の対応※	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含みます。</li> <li>・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。</li> <li>・医療費用の負担については利用者負担とする。</li> <li>・入院期間中は、月額利用料のうち施設利用費及び管理費（管理共益費）をお支払いいただくことにより、居室利用状態を継続することができる</li> </ul>	

※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。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

( 年 月 日現在)

	職員数	職員数		夜間勤務職員数 ( 時～翌 時 ) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者				
	生活相談員				
	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				
	栄養士				業務委託
	調理員				業務委託
	事務職員				
	その他職員				
合計					

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ 有								
	資格等	1 無									
		2 有									
		資格等の名称		介護福祉士							
	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	1	5	11	0	1	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		1	0	5	10	0	0	0	0	0	0
業務に 応じた 職員の 経験 年数に	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 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							

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人	介護職員実務者研修修了者	人
介護福祉士	人	介護職員初任者研修修了者	人
介護支援専門員	人	認知症介護基礎研修修了者	人
資格なし	人		

6 入居状況等

( 年 月 日現在)

入居者数及び定員	人 (定員 80人)		
入居者の状況	男性	人、	女性 人
	自立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	人	(内訳) 要介護1 人 要介護2 人 要介護3 人 要介護4 人 要介護5 人
平均年齢	歳 (男性 歳、女性 歳)		

7 退去状況等

前年度における退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	2人	
		社会福祉施設	0人	
		医療機関	6人	
		死亡者	12人	
		その他	4人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
				12人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 自宅へ戻る為	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無
	2 有 1 代替措置あり ( 参加人数が少ない等で中止とした場合は、懇談会での報告事項等を文書にて送付 ) 2 代替措置なし
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有

<p>苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）</p>	<p>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。          管理者（責任者）：堀口 保昭 電話0463-77-4810          本社窓口：介護ご意見110番 電話0120-100-537          行政機関          ・神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口          連絡先：045-329-3447          ・神奈川県庁福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課保健・居住施設グループ          連絡先：045-210-1111          ・秦野市福祉部高齢介護課          連絡先：0463-82-9616</p>		
<p>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）</p>	<p>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なうか、もしくは119番通報による医療機関への搬送等を行ないます。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行なうなどの適正な対応を行ないます。事故については、再発防止にむけて今後の取り組みと予防対策を講じます。</p>		
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 可</p>		
<p>身元引受人の条件及び義務等</p>	<p><b>【連帯保証人】</b>          入居者は連帯保証人を定めるものとします。          ・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。          ・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。          ・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。</p> <p><b>【身元引受人】</b>          入居者は身元引受人を定めるものとします。          ・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。          ・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。          ・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。          （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）</p>		
<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生活保証制度への加入状況</p>	<p>協会への加入</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</p>	
	<p>入居者基金への加入</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</p>	
<p>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</p>	<p>1 無</p>		
	<p><input checked="" type="checkbox"/> 有</p>	<p>実施日</p>	<p>2023年12月1日</p>

		結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	無	
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		

## 9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/> 1 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"/> 1 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"/> 1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

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 署名又は記名・押印

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	その都度徴収するサービス	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）
<b>1. 介護サービス</b>									
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	—	1,760円/回	2回/週 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 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	—	—	—	—	—	必要時適宜	—	—
⑥機能訓練	有・無	○	—	○	—	—	○	—	—
⑦通院の介助									
・協力医療機関	有・無	—	1,650円/30分	○	—	—	○	—	—
・協力医療機関以外※交通費は実費	有・無	—	3,300円/30分	—	—	1,650円/30分	—	—	1,650円/30分
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無	○	—	○	—	—	○	—	—
・緊急搬送時対応	有・無	○	—	○	—	—	○	—	—
<b>2. 生活サービス</b>									
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
・洗濯※3	有・無	—	—	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
・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
・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
・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

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）
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	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	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・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	○	—	—	○	—	—	○	—	—
・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	○	—	—	○	—	—	○	—	—
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・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	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>5. その他サービス</b>										
・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・材料費等	実費	○	イベント費・材料費等	実費	○	イベント費・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します。

※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。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型    3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型    5 介護予防    6 介護予防（外部サービス利用型）																		
介護保険に係る利用料（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 <span style="float: right;">（1 か月 30 日の例）</span>																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">利用者負担額（1 割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>166,990円</td> <td>16,699円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>187,632円</td> <td>18,764円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>209,199円</td> <td>20,920円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>229,226円</td> <td>22,923円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>250,485円</td> <td>25,049円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1 割の場合）	要介護 1	166,990円	16,699円	要介護 2	187,632円	18,764円	要介護 3	209,199円	20,920円	要介護 4	229,226円	22,923円	要介護 5	250,485円	25,049円
	区 分	月 額	利用者負担額（1 割の場合）																
	要介護 1	166,990円	16,699円																
	要介護 2	187,632円	18,764円																
	要介護 3	209,199円	20,920円																
	要介護 4	229,226円	22,923円																
	要介護 5	250,485円	25,049円																
	各種加算の状況																		
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																	
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																	
	個別機能訓練加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																	
	夜間看護体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)																
			<input checked="" type="checkbox"/> (II)																
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																	
	協力医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																	
	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	(I)																	
		(II)																	
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	(I) イ																	
		(I) ロ																	
		(II)																	
		(III)																	
介護職員処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> I																	
		II																	
		III																	
		IV																	
		V																	
介護職員等特定処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I																	
		<input checked="" type="checkbox"/> II																	
介護職員等ベースアップ等支援加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	56,382円	5,639円
要支援 2	96,435円	9,644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> )	
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	・ <input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	無	・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	・ 有
協力医療機関連携加算	無	・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	・ 有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		<input checked="" type="checkbox"/> II
介護職員等ベースアップ等支援加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	

介護保険に係る利用料(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)

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)

無 ・ 有

有の場合は別添短期利用のサービス等の概要 参照

## 2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	8.7	9.2	12.8
要介護者の人数	44.2	62.1	60.6
指定基準上の直接処遇職員の数	16	22	22
配置している直接処遇職員の数	27.6	27.8	
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数割合	1.9:1	2.3:1	:
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	12:00 ~ 21:00
		夜勤	16:00 ~ 10:00
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	9:00 ~ 18:00
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

## 神奈川県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 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> 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 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
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	有			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※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	<input type="checkbox"/> 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。