

リアンレーヴ伊勢原

有料老人ホーム 重要事項説明書

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

有料老人ホーム重要事項説明書兼（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  | <a href="https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/">https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/</a> |
| 設立年月日       | 1995年10月26日                                                                         |
| 直近の事業収支決算額※ | （収益）39,066百万円（費用）38,356百万円（損益）710百万円                                                |
| 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         | リアンレーヴ伊勢原          |                                                                                                              |
| 所在地         | 神奈川県伊勢原市下糟屋3019番5  |                                                                                                              |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 <input checked="" type="checkbox"/> 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            | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>(その他の条件) | 1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護<br><input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護<br>( )                              |
|             | 介護保険               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 神奈川県指定介護保険特定施設<br>(番号 1474001201 指定年月日 2017年3月1日 )<br>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 (夫婦居室含む) 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       | 2017年3月1日          |                                                                                                              |
| 管理者氏名       | 一柳 雄樹              |                                                                                                              |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                                                                                                   |                                         |                        |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|
| 電話番号／FAX番号 | 046-374-5120／046-393-5070                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                                                                   |                                         |                        |
| メールアドレス    | reve-isehara@kinoshita-group.co.jp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                   |                                         |                        |
| 交通の便       | 小田急小田原線「伊勢原」駅 北口よりバス停5番乗り場（愛甲石田駅行・伊76）乗車約4分 バス停「粕屋下宿」下車 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_isehara.html                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                                                                                   |                                         |                        |
| 敷地概要       | 権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借地<br>(借地の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約<br>(借地の場合の契約期間) 2017年3月1日～2047年2月28日<br>(通常借地契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/><br>敷地面積 2301.10 m <sup>2</sup><br>抵当権の設定 無 ・ 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                                                                   |                                         |                        |
| 建物概要       | 権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家<br>(借家の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約<br>(借家の場合の契約期間) 2017年3月1日～2047年2月28日<br>(通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/><br>建物の構造 RC 造 地上 3 階建 ( <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火 ・ その他)<br>延床面積 2246.13 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム 2246.13 m <sup>2</sup> )<br>建築年月日 2017 年 2 月 1 日建築<br>改築年月日 年 月 日改築<br>建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他( )<br>抵当権の設定 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> |          |                                                                                                   |                                         |                        |
| 居室概要       | 居室総数 64室 定員 64人(一時介護室を除く)<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                                                                   |                                         |                        |
| (内訳)       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 定員       | トイレ                                                                                               | 浴室                                      | 面積 室数                  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1        | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有 | 18.00m <sup>2</sup> 64 |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | 無 ・ 有                                                                                             | 無 ・ 有                                   | m <sup>2</sup>         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | 無 ・ 有                                                                                             | 無 ・ 有                                   | m <sup>2</sup>         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | 無 ・ 有                                                                                             | 無 ・ 有                                   | m <sup>2</sup>         |
| 共用設備概要     | 食堂                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・38.88m <sup>2</sup> 、2・3階・各61.04m <sup>2</sup> )     |                                         |                        |
|            | 浴室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 一般浴槽     | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 階・ 18 m <sup>2</sup> )                                |                                         |                        |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | リフト浴     | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 階・ 10.80 m <sup>2</sup> )                             |                                         |                        |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ストレッチャー浴 | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )                                     |                                         |                        |
|            | 便所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 各階・ 4.2 m <sup>2</sup> ～3.8 m <sup>2</sup> )            |                                         |                        |
|            | 洗面設備                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 各階・ m <sup>2</sup> )                                    |                                         |                        |
|            | 医務室(健康管理室)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 階・ 13.60 m <sup>2</sup> )                             |                                         |                        |
|            | 談話室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1 階・38.88 m <sup>2</sup> 、2・3 階・各 61.04 m <sup>2</sup> ) |                                         |                        |
|            | 面談室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 階・ 12.51 m <sup>2</sup> )                             |                                         |                        |
|            | 事務室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 階・ 30.60 m <sup>2</sup> )                             |                                         |                        |
|            | 洗濯室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1 階・9.40 m <sup>2</sup> 、2・3 階・各 14.02 m <sup>2</sup> ) |                                         |                        |

|                     |                                                    |                                                                                                                                                              |
|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | 汚物処理室                                              | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 各階・ 3.7 m <sup>2</sup> ～5.2 m <sup>2</sup> )                                                                     |
|                     | 看護・介護職員室                                           | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 各階・ 6.9 m <sup>2</sup> ～12.0 m <sup>2</sup> )                                                                    |
|                     | 機能訓練室                                              | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・38.88m <sup>2</sup> 、2・3階・各61.04m <sup>2</sup> )<br>他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 食堂 ) |
|                     | 健康・生きがい施設                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階)                                                                                                               |
|                     | 緊急通報設備                                             | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                    |
|                     | エレベーター                                             | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (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"/> 有)    | 自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)                                                                                                         |
|                     | 火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) | スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)                                                                                                          |
|                     | 防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)  | 防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)                                                                                                             |
| 危険区域の指定状況           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 無            |                                                                                                                                                              |
|                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 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 |                                                    |                                                                                                                                                              |

### 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)                                                                                                         |         |      |        |        |
|          |         | 家賃                                                                                                           | 管理費     | 介護費用 | 食費     | 光熱水費   |
| 前払金プラン1  | 209,000 | 55,000                                                                                                       | 117,700 | 0    | 36,300 | 管理費に含む |
| 前払金プラン2  | 179,000 | 25,000                                                                                                       | 117,700 | 0    | 36,300 | 管理費に含む |
| 前払金0円プラン | 239,000 | 85,000                                                                                                       | 117,700 | 0    | 36,300 | 管理費に含む |
|          |         |                                                                                                              |         |      |        |        |
|          |         |                                                                                                              |         |      |        |        |
| 月額利用料の算定 | 家賃      | 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。(施設利用費)                                                                |         |      |        |        |
|          | 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)<br>厨房管理費30日の場合： 37,500円<br>内訳：軽減税率(8%) 8,942円 標準税率(10%) 28,558円 |         |      |        |        |
|          | 介護費用    | ※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。                                      |         |      |        |        |

|                |                                           |                                                                                                                                                                                                  |  |
|----------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 根拠             | 食費                                        | 1月30日で計算<br>食材費（朝食※289円・昼食402円・夕食519円）／日<br>※朝食のみ軽減税率適用                                                                                                                                          |  |
|                | 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1：3,000,000円、前払金プラン2：3,600,000円<br>※対象：要介護1以上                                                                                                                                              |  |
| 算定根拠           |                                           | ・内訳：家賃相当額及び建物付属設備等の使用料金等を基礎に算定（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） |  |
| 償却開始日          |                                           | 入居日                                                                                                                                                                                              |  |
| 返還対象としない額      |                                           | 前払金プラン1：540,000円 前払金プラン2：1,080,000円                                                                                                                                                              |  |
| 契約終了時の返還金の算定方法 |                                           | （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>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  |                                           | （入居日から3月以内に契約解除がなされた場合）<br>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(厨房管理費除く)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</li> <li>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 ）</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>①1. 契約解除の通告について3ヶ月の予告期間をおく <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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。</li> </ol> </li> <li>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。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師の意見を聴く</li> <li>2. 一定の観察期間をおく</li> </ol> </li> </ol>                                                                                                                |  |  |
|                | 解約予告期間（ 3ヶ月間）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| 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 | <div><div>1</div>減額なし</div> <div><div>2</div>日割り計算で減額</div> <div><div>3</div>不在期間が      日以上の場合に限り、日割り計算で減額</div> |                                                       |    |             |
| 消費税の対象外とする利用料等              | 家賃（施設利用費）、前払金                                                                                                    |                                                       |    |             |
| 体験入居の取扱い                    | 1    無                                                                                                           |                                                       |    |             |
|                             | <div><div>2</div></div>                                                                                          | 有                                                     | 期間 | 7泊8日以上2週間まで |

|  |  |    |                                   |
|--|--|----|-----------------------------------|
|  |  | 費用 | 14,400円/泊<br>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し、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで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）、配膳、下膳            |                                        |
|                                  | その他                                                                                                                                                                           |                                    |                                        |
| 業務の委託状況                          | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                        | 委託先（シップヘルスケアフード株式会社）               |                                        |
|                                  |                                                                                                                                                                               | 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         | 1 一時介護室へ移る場合                                                                                                                          |
|                            | 2 別の居室へ住み替える場合                                                                                                                        |
|                            | 3 提携ホームへ住み替える場合                                                                                                                       |
| 判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等 | 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項の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      | J A神奈川県厚生連 伊勢原協同病院                                                                    |
|                          | 診療科目     | 内科、循環器内科、消化器内科、外科、整形外科、精神科、皮膚科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、心臓血管外科、放射線科、麻酔科、緩和ケア内科、病理診断科、臨床検査科 |
|                          | 所在地      | 神奈川県伊勢原市田中 345                                                                        |
|                          | 距離及び所要時間 | 距離：1.0km 所要時間：徒歩約 13 分                                                                |
|                          | 協力内容     | 健康相談、緊急時の対応                                                                           |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容   | 名 称      | 医療法人社団七福会ホリィマームクリニック平塚                                                                |
|                          | 診療科目     | 内科、外科                                                                                 |
|                          | 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 11 km、車で約 26 分                                                                      |
|                          | 協力内容     | 24 時間の連絡体制                                                                            |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容   | 名 称      | ホームオン伊勢原クリニック                                                                         |
|                          | 診療科目     | 内科、血液内科、精神科                                                                           |
|                          | 所在地      | 神奈川県伊勢原市桜台 1-10-9 桐谷ビル 1 階                                                            |
|                          | 距離及び所要時間 | 約 1.7km、車で約 7 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      | あさがお歯科町田                                                                              |
|                          | 所在地      | 東京都町田市森野 2-8-10                                                                       |
|                          | 距離及び所要時間 | 約 28 km、車で約 42 分                                                                      |
|                          | 協力内容     | 歯科診療による指導・助言・情報提供                                                                     |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名 称      | 湘南台中央デンタルクリニック                                                                        |
|                          | 所在地      | 神奈川県藤沢市湘南台 1-6-7 小宮ビル 1 階                                                             |
|                          | 距離及び所要時間 | 距離：13.0km 所要時間：車で約 20 分                                                               |
|                          | 協力内容     | 歯科訪問診療、口腔ケア                                                                           |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |     | 夜間勤務職員数<br>( 時～翌 時)<br>(最少人数) | 備 考<br>(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 |      |                                       |       |       |         | <input type="checkbox"/> 無      ・      有 |         |     |   |
|-------------|------|----------|------|---------------------------------------|-------|-------|---------|------------------------------------------|---------|-----|---|
|             |      | 資格等      |      | 1 無                                   |       |       |         |                                          |         |     |   |
|             |      |          |      | <input checked="" type="checkbox"/> 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        | 0    | 4                                     | 4     | 0     | 0       | 0                                        | 0       | 0   | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 |      | 1        | 0    | 1                                     | 4     | 0     | 0       | 0                                        | 0       | 0   | 0 |

|                      |               |  |  |  |   |    |   |    |  |  |  |
|----------------------|---------------|--|--|--|---|----|---|----|--|--|--|
| 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 |  |  |  |

(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 64 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<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) |    |                                                          |

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      | 1 人                            |
|               |         | 社会福祉施設   | 人                              |
|               |         | 医療機関     | 8 人                            |
|               |         | 死亡者      | 11 人                           |
|               |         | その他      | 1 人                            |
|               | 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人<br>(解約事由の例)                  |
|               |         | 入居者側の申し出 | 10 人<br>(解約事由の例)<br>長期入院・自宅に帰る |

## 8 その他運営体制

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営懇談会の実施状況                                   | <div>1 無</div> <div>2 有 <div>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）</div> <div>2 代替措置なし</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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 | <div>無</div> <div>有</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 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）               | 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）：一柳 雄樹 電話046-374-5120<br>本社窓口：介護ご意見110番 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>・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<br>連絡先：045-210-1111<br>・伊勢原市 保健福祉部 介護高齢課<br>連絡先：0463-94-4711                                                                                                                             |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 生活保護受給者の受入れ対応                                | <div>否</div> <div>可</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 身元引受人の条件及び義務等                                | 【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） |           |            |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会<br>及び同協会の入居者生活保証制度への<br>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<br>者の意見等を把握する取組の状況           | 1   無                                                                           |           |            |
|                                                | 2   有                                                                           | 実施日       | 2024年12月1日 |
|                                                |                                                                                 | 結果の開示     | 無   ・   有  |
| 第三者による評価の実施状況                                  | 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   ・   有                                                                       |           |            |

## 9 情報開示

|                       |            |                                                                                   |       |
|-----------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 入居希望者等への<br>開示の<br>情報 | 重要事項説明書の公開 | <input 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 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 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 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 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 |            |
| 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 |

| 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）          |
| ⑧緊急時対応       |     |               |                |                 |                                              |                |                 |                                          |                |                 |
| ・ 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 |



| 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）              |
| ・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           | ○            | —             | —                                            | ○            | —             | —                                        | ○            | —                   |
| 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<br>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）<br>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（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                                                                                                           | 169,917円                                     | 16,992円       |
|                                                                 | 要介護 2                                                                                                           | 190,921円                                     | 19,093円       |
|                                                                 | 要介護 3                                                                                                           | 212,866円                                     | 21,287円       |
|                                                                 | 要介護 4                                                                                                           | 233,244円                                     | 23,325円       |
|                                                                 | 要介護 5                                                                                                           | 254,875円                                     | 25,488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                                                                                                      | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       |               |
|                                                                 | 退居時情報提供加算                                                                                                       | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       |               |
|                                                                 | 入居継続支援加算                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> ・有       |               |
|                                                                 | 生活機能向上連携加算                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> ・有       |               |
|                                                                 | 個別機能訓練加算                                                                                                        | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       | (Ⅰ)           |
|                                                                 |                                                                                                                 |                                              | (Ⅱ)           |
|                                                                 | 夜間看護体制加算                                                                                                        | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       | (Ⅰ)           |
|                                                                 |                                                                                                                 |                                              | (Ⅱ)           |
|                                                                 | 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> ・有       |               |
|                                                                 | 協力医療機関連携加算                                                                                                      | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       |               |
|                                                                 | 口腔・栄養スクリーニング加算                                                                                                  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       |               |
|                                                                 | 看取り介護加算                                                                                                         | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       |               |
|                                                                 | 科学的介護推進体制加算                                                                                                     | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       |               |
|                                                                 | 認知症専門ケア加算                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ・有       | (Ⅰ)           |
|                                                                 |                                                                                                                 |                                              | (Ⅱ)           |
|                                                                 | 生産性向上推進体制加算                                                                                                     | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>       | (Ⅰ)           |
|                                                                 |                                                                                                                 |                                              | (Ⅱ)           |
|                                                                 | サービス提供体制強化加算                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> ・有       | (Ⅰ) イ         |
| (Ⅰ) ロ                                                           |                                                                                                                 |                                              |               |
| (Ⅱ)                                                             |                                                                                                                 |                                              |               |
| (Ⅲ)                                                             |                                                                                                                 |                                              |               |
| 介護職員等処遇改善加算                                                     | 無・ <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | (Ⅰ)                                          |               |
|                                                                 |                                                                                                                 | (Ⅱ)                                          |               |

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------|--------------------|--|-----------|--------------|--|------------|--------------|--|----------|--------------|-----|-----|---------------|--------------|--|------------|--------------|--|----------------|--------------|--|-------------|--------------|--|-----------|--------------|-----|-----|-------------|--------------|-----|-----|--------------|--------------|-------|-------|-----|-----|-------------|--------------|-----|-----|
| 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) | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 57, 370円                    | 5, 737円          |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 要支援 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 98, 125円                    | 9, 813円          |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 各種加算の状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | <table border="1"> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2">(減算型・<u>基準型</u>)</td> </tr> <tr> <td>退居時情報提供加算</td> <td colspan="2">無 ・ <u>有</u></td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td colspan="2"><u>無</u> ・ 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">個別機能訓練加算</td> <td rowspan="2">無 ・ <u>有</u></td> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td colspan="2"><u>無</u> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>協力医療機関連携加算</td> <td colspan="2">無 ・ <u>有</u></td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td colspan="2">無 ・ <u>有</u></td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td colspan="2">無 ・ <u>有</u></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><u>無</u> ・ 有</td> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生産性向上推進体制加算</td> <td rowspan="2">無 ・ <u>有</u></td> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4"><u>無</u> ・ 有</td> <td>(Ⅰ) イ</td> </tr> <tr> <td>(Ⅰ) ロ</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等処遇改善加算</td> <td rowspan="2">無 ・ <u>有</u></td> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> </table> |                             |                  | 身体拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <u>基準型</u> ) |  | 退居時情報提供加算 | 無 ・ <u>有</u> |  | 生活機能向上連携加算 | <u>無</u> ・ 有 |  | 個別機能訓練加算 | 無 ・ <u>有</u> | (Ⅰ) | (Ⅱ) | 若年性認知症入居者受入加算 | <u>無</u> ・ 有 |  | 協力医療機関連携加算 | 無 ・ <u>有</u> |  | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 無 ・ <u>有</u> |  | 科学的介護推進体制加算 | 無 ・ <u>有</u> |  | 認知症専門ケア加算 | <u>無</u> ・ 有 | (Ⅰ) | (Ⅱ) | 生産性向上推進体制加算 | 無 ・ <u>有</u> | (Ⅰ) | (Ⅱ) | サービス提供体制強化加算 | <u>無</u> ・ 有 | (Ⅰ) イ | (Ⅰ) ロ | (Ⅱ) | (Ⅲ) | 介護職員等処遇改善加算 | 無 ・ <u>有</u> | (Ⅰ) | (Ⅱ) |
|                                                                 | 身体拘束廃止取組の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (減算型・ <u>基準型</u> )          |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 退居時情報提供加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 無 ・ <u>有</u>                |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 生活機能向上連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>無</u> ・ 有                |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 個別機能訓練加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 無 ・ <u>有</u>                | (Ⅰ)              |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | (Ⅱ)              |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <u>無</u> ・ 有                |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 協力医療機関連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 無 ・ <u>有</u>                |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 口腔・栄養スクリーニング加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 無 ・ <u>有</u>                |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 | 科学的介護推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 無 ・ <u>有</u>                |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
| 認知症専門ケア加算                                                       | <u>無</u> ・ 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (Ⅰ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (Ⅱ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
| 生産性向上推進体制加算                                                     | 無 ・ <u>有</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (Ⅰ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (Ⅱ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
| サービス提供体制強化加算                                                    | <u>無</u> ・ 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (Ⅰ) イ                       |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (Ⅰ) ロ                       |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (Ⅱ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (Ⅲ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
| 介護職員等処遇改善加算                                                     | 無 ・ <u>有</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (Ⅰ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (Ⅱ)                         |                  |             |                    |  |           |              |  |            |              |  |          |              |     |     |               |              |  |            |              |  |                |              |  |             |              |  |           |              |     |     |             |              |     |     |              |              |       |       |     |     |             |              |     |     |
| 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)                                    | <u>無</u> ・ 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 有の場合は<br>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<br>平均値 |
|----------------------------------|-----------------------|---------|---------------|
| 要支援者の人数                          | 12                    | 12.9    | 12.3          |
| 要介護者の人数                          | 49.2                  | 47      | 48            |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数                  | 18                    | 17      | 18            |
| 配置している直接処遇職員の人数                  | 20.5                  | 21.3    |               |
| 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 | 2.5:1                 | 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<br>(一時介護室)  |       | 適合     | <input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。<br><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。<br><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)<br><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。<br>(要介護者等を入居対象とする場合)<br><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。<br><input type="checkbox"/> 手すりがない。<br>(居室内に設置していない場合)<br><input type="checkbox"/> 居室の近くにない。<br><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)<br><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<br>(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<br>施設  | 無     |        |                                                                                                                                                                                       |                |
| 16  | 緊急通報装置         | 有     | 適合     | (未設置箇所)<br><input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室<br><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。<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     | <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。