

リアンレーヴ三ツ池公園

有料老人ホーム 重要事項説明書

第2号様式(第6条第1項)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 年 月 日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 木下の介護
代表者名	代表取締役 佐久間 大介
所在地	東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階
電話番号／FAX番号	03-5908-1310／03-5908-2382
ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
設立年月日	1995年10月26日
直近の事業収支決算額 ※1	(収益) 44,163百万円 (費用) 44,128百万円 (損益) 35百万円
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)

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

2 施設概要

施設名	リアンレーヴ三ツ池公園	
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) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 横浜市指定介護保険特定施設 (番号 1470103977、指定年月日 2021年8月1日) <input checked="" type="checkbox"/> 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	3 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	2021年8月1日	
施設の管理者氏名	井上 容子	
所在地	神奈川県横浜市鶴見区東寺尾六丁目15番21号	
電話番号／FAX番号	045-583-6355／045-570-0855	
メールアドレス	reve-mitsuikouen@kinoshita-group.co.jp	
交通の便 ※3	京浜東北線「鶴見」駅より ①臨港バス川50/鶴01/鶴02/鶴03/鶴05/鶴12系統「鶴見駅西口」バス停乗車「二本木」バス停下車徒歩約10分	

	②横浜市営バス38系統「鶴見駅西口」バス停乗車「東寺尾6丁目」バス停下車徒歩約4分																												
ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien-reve_mitsuike-koen.html																												
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 1,588.68㎡																												
建物概要	権利形態 所有 ・ 借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2021年7月1日～2051年6月30日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・有 建物の構造 鉄骨造 地上4階建 (耐火・準耐火・その他) 延床面積 2,945.20㎡ (うち有料老人ホーム2,945.20㎡) 建築年月日 2021年6月 17日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他()																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 88室 定員 88人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>88室</td> <td>17.95㎡～18.24㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> </tbody> </table>			居室定員	室数	面積	居室	個室	88室	17.95㎡～18.24㎡	うち2人定員	室	㎡～ ㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡	一時介護室	個室	室	㎡～ ㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	88室	17.95㎡～18.24㎡																										
	うち2人定員	室	㎡～ ㎡																										
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡																										
	人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡																										
一時介護室	個室	室	㎡～ ㎡																										
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡																										
	人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡																										
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階 各階 (1階:97.51㎡、2階:80.78㎡、3階:75.57㎡)																											
	浴室	一般浴槽	設置階 1階 (20.41㎡) 個浴 1階 (5.12㎡)																										
		浴室	リフト浴	設置階 (㎡)																									
	ストレッチャー浴		設置階 1階 (19.38㎡)																										
	便所	設置箇所 各階																											
	洗面設備	設置箇所 1階																											
	医務室(健康管理室)	設置階 1階 (9.36㎡)																											
	談話室(談話コーナー)	設置階 4階 (26.92㎡)																											
	面談室(相談室)	設置階 1階 (10.08㎡)																											
	事務室	設置階 1階 (35.00㎡)																											
	洗濯室	設置階 1階～3階 (各7.35㎡)																											
	汚物処理室	設置階 各階																											

	看護・介護職員室 (スタッフコーナー)	設置階 各階
	機能訓練室	設置階 各階 (1階: 97.51㎡、2階: 80.78㎡、3階: 75.57㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 (㎡)
	エレベーター ※5	2 基(うちストレッチャー搬入可 1 基)
	スプリンクラー	設置箇所 共用部各所・居室
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (2.03m~2.03m)
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 居室のベッド脇、便所等にナースコールを設置 安否確認の方法・頻度等 昼間・夜間は原則3時間に1回介護職員等が巡回	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> ・有(指定されている危険区域 1 水害 2 土砂災害 3 その他())	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	-	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	-	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案した上で所定の手続きに則り改定します。	
	手続き方法	運営懇談会を開催し入居者及び身元引受人等の意見を聴いた上で改定を行います。	

年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	182,400	110,600		33,300		38,500	
算定根拠 ※11	管理費	施設の維持管理費、リース費、その他経費、水光熱費、厨房管理費（管理共益費）					
	介護費用						
	食費	食材費（朝食253円・昼食370円・夕食487円）／日 ※各食軽減税率適用					
	光熱水費	専用居室及び共用部分の水道光熱費として管理共益費に含まれます。					
	家賃相当額	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）					
	その他	生活サポート費：33,000円／月 （入居後に自立・要支援になった場合のみ徴収）					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、理美容代、買物代行、医師の往診、協力医療機関以外の医療機関への搬送外出の際の付き添い、レクリエーション費、健康診断費等 詳細は「介護サービス等の一覧表」を参照 ※居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願いします。						
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額（施設利用費）、前払金						

介護保険に係る利用料
※13
(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
要介護1	174,307円	17,431円
要介護2	195,854円	19,586円
要介護3	218,366円	21,837円
要介護4	239,270円	23,927円
要介護5	261,460円	26,146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"/>	
退去時情報提供加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
夜間看護体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		<input checked="" type="checkbox"/> II
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
科学的介護推進体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
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
		<input checked="" type="checkbox"/> II
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
介護職員等処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		<input checked="" type="checkbox"/> II

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
要支援1		
要支援2		

各種加算の状況		
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	無・有	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	無・有	
科学的介護推進体制加算	無・有	
協力医療機関連携加算	無・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・有	
認知症専門ケア加算	無・有	I
		II
生産性向上推進体制加算	無・有	I
		II
サービス提供体制強化加算	無・有	I
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・有	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	I
		II

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	指定口座からの引き落としの場合、施設利用費及び管理共益費の支払いについては、次月分の請求金額を当月27日(但し、休日の場合は翌営業日)に引落します。当社指定口座への振込の場合、次月分を当月25日(但し、休日の場合は翌営業日)までに次月分の請求金額を支払うものとします。その他の費用は、原則として当月分の請求金額を次月に引落しまたは振込みいただきます。						
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	222,400円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					その他
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	
	222,400	110,600		33,300		78,500	
算定根拠 ※11	管理費	施設の維持管理費、リース費、その他経費、水光熱費、厨房管理費(管理共益費)					
	介護費用						

	食費	食材費（朝食253円・昼食370円・夕食487円）／日 ※各食軽減税率適用
	光熱水費	専用居室及び共用部分の水道光熱費として管理共益費に含まれます。
	家賃相当額	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）
	その他	生活サポート費：33,000円／月 （入居後に自立・要支援になった場合のみ徴収）
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、理美容代、買物代行、医師の往診、協力医療機関以外の医療機関への搬送外出の際の付き添い、レクリエーション費、健康診断費等 詳細は「介護サービス等の一覧表」を参照 ※居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願いします。	
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額（施設利用費）、前払金	

介護保険に係る利用料
※13
(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
要介護1	174,307円	17,431円
要介護2	195,854円	19,586円
要介護3	218,366円	21,837円
要介護4	239,270円	23,927円
要介護5	261,460円	26,146円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
退院・退所時連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
退去時情報提供加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> ・有	I
		II
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> ・有	I
		II
個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		II
ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> ・有	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 type="checkbox"/> ・有	
科学的介護推進体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
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"/>	I
		II
認知症専門ケア加算	<input 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 type="checkbox"/> ・有	I
		II
		III
介護職員等処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		II

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
要支援1		
要支援2		

各種加算の状況		
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	無・有	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	無・有	
科学的介護推進体制加算	無・有	
協力医療機関連携加算	無・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・有	
認知症専門ケア加算	無・有	I
		II
生産性向上推進体制加算	無・有	I
		II
サービス提供体制強化加算	無・有	I
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・有	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	I
		II

(4) 共通事項

前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容(りそな銀行による保全) 無の場合の理由()
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	有の場合の保険名(介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損保)
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、協力医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) サービスの提供方法

入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	② 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし

(2) サービス等の内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	小規模修繕、管理・入居相談業務
	食費	朝・昼・夕食（行事食等含む）、配膳
	その他	
（介護予防）特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	株式会社キノシタフーズ（厨房業務） 朝・昼・夕食（行事食等含む）の調理・提供	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	<p>施設及び本社において、下記のとおり随時苦情をお受けします。受付けた苦情に対しては、個人情報取り扱いに関する苦情の窓口も同様とします。</p> <p>管理者（責任者）：井上 容子 電話：045-583-6355 本社窓口：介護ご意見110番 電話0120-100-537 行政機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 連絡先：045-329-3447 ・はまふくコール 連絡先：045-263-8084 	
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	<p>入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは119番通報による医療機関への搬送等を行います。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行うなどの適正な対応を行います。事故については、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。</p>	

事故発生の防止のための指針	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体財産に損害が生じた場合、当社に過失が認められるものについては速やかに損害賠償の手配を行い、誠意をもって対応します。ただし、地震・津波等の天災、戦争・暴動や入居者の故意によるもの等は除きます。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	2025年10月16日
		実施内容	利用者アンケート調査
	<input type="checkbox"/> 無		
	備考		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 有	実施日	
		実施内容	
	<input type="checkbox"/> 無		
	備考		
運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役 職員を除く参加者数、主な議題等）	運営懇談会については、1年に1回の定期懇談会を実地する。家族・施設職員により構成され、主な議題として、利用者の状況報告、行事等の報告等		

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 介護を行う場所等

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	全室介護専用居室の為、各居室にて介護可能。	
入居後住みに替居	居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）	該当なし

え室 る又 場は 合施 設	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	適正な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者及び身元引受人等の同意を得て、かつ身元引受人の意見を聴き、一定の観察期間を設けて、居室を変更して頂くことがあります。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11号に基づくものとする。居室の利用権は、当初の居室から新しい居室に変更となります。（他の施設へ転居する場合は除きます）住み替える居室によっては個室の他、相部屋になる場合や、居室内にトイレや洗面所がないなどの構造や仕様の変更が発生する場合があります。
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	当社が運営する施設への住み替えは可能です。手続き等については、上記「従前の居室から別の居室へ住み替える場合」に準ずるものとします。

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	キノメディッククリニック川崎
	診療科目	内科、外科
	所在地	神奈川県川崎市川崎区藤崎 3-6-1
	距離及び所要時間	約 6.2 km、車で約 22 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
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	ひのわクリニック鶴見
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横浜市鶴見区鶴見中央 5-14-25
	距離及び所要時間	約 1.5km、車で約 13 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
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	みんなの荏田クリニック
	診療科目	内科、老年精神科、皮膚科、眼科、神経内科
	所在地	神奈川県横浜市都筑区荏田南 3-29-21 2 階
	距離及び所要時間	約 10.5 km、車で約 26 分
	協力内容	訪問診療・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	日航ビル歯科室
	所在地	神奈川県川崎市川崎区日進町 1 番地川崎日航ホテルビル 6 階
	距離及び所要時間	約 4 km、車で約 18 分

	協力内容	訪問歯科診療
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	コンパス内科歯科クリニック都筑センタ ー南
	所在地	神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央 45-14 村田ビル 3F
	距離及び所要時間	約 8.9 km、車で約 29 分
	協力内容	訪問歯科診療
入居者が医療を要する場 合の対応（入居者の意思 確認、医師の判断、医療 機関の選定、費用負担、 長期に入院する場合の対 応等）	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・医療費用の負担については利用者負担とする。 ・長期入院を要する利用者がある場合には、施設利用費、管理共益費の支払いにより居室利用状態を継続することができる。 	

7 入居状況等 (年 月 日現在)

入居者数及び定員	人（定員 88 人）		
入居者の状況	男 性	人、	女 性 人
	自 立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援 1 人 要支援 2 人
	要介護	人	(内訳) 要介護 1 人 要介護 2 人 要介護 3 人 要介護 4 人 要介護 5 人
平均年齢	歳（男性 歳、女性 歳）		

注）介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等 (年 月 日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時～翌16時) (最少人数)	備 考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従 業 者 の 内 訳	管理者				
	生活相談員	()			
	直接処遇職員	()			
	介護職員	()			
	看護職員	()			
	機能訓練指導員	()			
	理学療法士	()			
作業療法士	()				

	その他	()				
	計画作成担当者	()				
	医師	()				
	栄養士	()				業務委託
	調理員	()				業務委託
	事務職員	()				
	その他職員	()				
	合計	()				

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務				1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
	兼務に係る資格等	1 あり				資格等の名称				
		2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	4	0	4	24	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数	3	2	6	12	0	0	0	0	0	0
業務に応じた職員の経験年数	1年未満									
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし						

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数		—	0

要介護者の人数		75.7	81.4
指定基準上の直接処遇職員の人 数 ※16		26	28
配置している直接処遇職員の人 数 ※17	30.3	27.6	
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	1.3:1	2.7:1	
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		
従業員の勤務体制の概要	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 ~ 翌朝10:00	
	看護職員	早番 : ~ : 日勤 9:00 ~ 18:00 遅番 : ~ : 夜勤 : ~ :	

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

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

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	原則として65歳以上の要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	<p>【連帯保証人】 入居者は連帯保証人を定めるものとします。 ・連帯保証人は、入居契約の履行及び入居契約書に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うものとします。 ・連帯保証人の負担は、入居契約書の主表に記載する極度額を限度とします。 ・連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者が死亡したときに確定するものとします。ただし事業者は、当該確定前であっても債務の支払いを求めることができます。</p> <p>【身元引受人】 入居者は身元引受人を定めるものとします。</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人は、事業者と相談の上、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 ・事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。 ・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 <p>(上記は主な内容であるため、詳細は入居契約書第40条「連帯保証人」及び第41条「身元引受人」を参照下さい)</p>	
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/>	可	
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19		<p>【事業者からの契約解除】 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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・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 ・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 ・入居者等による事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき <p>(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>【入居者からの契約解除】 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行なうことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める届出書を事業者に提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 第52条(反社会的勢力の排除)の各号の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき 	
前 お け 度	退去先別の人数	自宅等	3人
		社会福祉施設	7人
		医療機関	6人

		死亡者	15人
		その他	人
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 長期入院、在宅復帰、特養入所
体験入居の期間及び費用負担等	体験入居費用：1泊当たり14,400円 体験入居期間：原則7泊8日以上2週間まで 備考：夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料）		

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開

※20 市指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 _____

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名 _____

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	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）
1. 介護サービス						
①巡回						
・昼間 9時～17時	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	3時間に1回	—	—	3時間に1回	—
・夜間 17時～9時	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	3時間に1回	—	—	3時間に1回	—
②食事介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	必要時適宜	—
③排泄						
・排泄介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	必要時適宜	—
・おむつ交換	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	必要時適宜	—
・おむつ代	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	実費	—	実費
④入浴等						
・清拭※1	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	体調不良時適宜	—	—	必要時適宜	—
・巡視（安全確認）	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	—	—
・見守り入浴	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	1,320円/回	—	—
・一般浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	2回/週 身体状況等により一般浴又は特浴介助	2,750円/回
・特浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	週3回目以降	4,400円/回
⑤身辺介助						
・体位交換	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	必要時適宜	—
・居室からの移動	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	必要時適宜	—
・衣類の着脱	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	必要時適宜	—
・身だしなみ介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	—	—
⑥機能訓練	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	○	—	—	○	—
⑦通院の介助						
・協力医療機関	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	○	—	—	○	—
・協力医療機関以外※交通費は実費	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	3,300円/30分	—	2,728円/30分
⑧緊急時対応						
・ナースコール	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	○	—	—	○	—
・緊急搬送時対応	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 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		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）
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
・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
・クリーニング	有・無	—	—	実費	—	—	実費
・リネン交換※4	有・無	1回/週	—	—	1回/週	週2回目以降	660円/回
・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
・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
・ゴミ回収	有・無	○	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
③理美容	有・無	—	—	実費	—	—	実費
④代行							
・買物（Webのみ）	有・無	1回/週	週2回目以降	660円/回	1回/週	週2回目以降	660円/回
・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
・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
・バイタルチェック	有・無	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
・移送サービス	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	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）
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※5	有・無	—	—	4,400円/1時間	—	4,400円/1時間
・レクリエーション	有・無	○	イベント費・材料費等	実費	○	イベント費・材料費等 実費

※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 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。

横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

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

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。