

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2019年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	SOMPOケア株式会社
代表者名	代表取締役 遠藤 健
所在地	東京都品川区東品川四丁目12番8号
電話番号/FAX番号	03-6455-8560/03-5783-4170
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com
資本金(基本財産)	39億2,516万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	SOMPOホールディングス株式会社 100%
設立年月日	平成9年5月26日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)103,020百万円 (費用)98,186百万円 (損益)4,833百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、居宅サービス事業

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

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

2 施設概要

施設名	SOMPOケア ラヴィーレ若葉台	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 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 指定介護保険特定施設 (番号:1475602213、指定年月日:平成30年7月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	2.5:1 以上
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 提携ホーム利用可(ご入居者様、保証人の希望により弊社が運営する他のホームへの住み替え可) 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	平成30年7月1日	
施設の管理者氏名	服部 貴浩	
所在地	川崎市麻生区黒川580番地1	
電話番号/FAX番号	044-980-4165/044-980-5430	
メールアドレス	lv_wakabadai@sompocare.com	

交通の便 ※3	京王相模原線「若葉台」駅 徒歩2分 (147m)																													
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com																													
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 1638.73㎡																													
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) 平成27年5月1日～平成52年4月30日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ 有 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上4階建 (耐火)・準耐火・その他) 延床面積 2,625.85㎡ (うち有料老人ホーム 2,625.85㎡) 建築年月日 平成27年 3月 27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 60室 定員 60人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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>60室</td> <td>18.90㎡～19.50㎡</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	60室	18.90㎡～19.50㎡	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	60室	18.90㎡～19.50㎡																											
	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 2階 (160.95㎡)																											
	浴室	一般浴槽	設置階 2階1箇所 (3.77㎡)																											
			2階1箇所 (4.66㎡)																											
			2階1箇所 (4.66㎡)																											
			2階1箇所 (9.15㎡)																											
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 (㎡)																											
ストレッチャー浴		設置階 1階 (13.11㎡)																												
便所		設置箇所 1階1箇所 (7.93㎡)																												
		2階1箇所 (6.69㎡)																												
		2階1箇所 (8.16㎡)																												
		2階1箇所 (1.53㎡)																												
		3階1箇所 (6.83㎡)																												
		4階1箇所 (6.83㎡)																												
洗面設備		設置箇所 1階 2箇所																												
		2階 9箇所																												
		3階 1箇所																												
		4階 1箇所																												

	医務室(健康管理室)	設置階 2階 (18.90㎡)
	談話室	設置階 階 ()
	面談室	設置階 1階 (17.65㎡)
	事務室	設置階 1階 (23.52㎡)
	洗濯室	設置階 2階 (17.60㎡)
		3階 (3.15㎡)
		4階 (4.04㎡)
	汚物処理室	設置階 2階 (13.01㎡)
		3階 (10.54㎡)
		4階 (10.54㎡)
	看護・介護職員室	設置階 2階 (3.98㎡)
		3階・4階 (各5.07㎡)
	機能訓練室	設置階 2階 (36.17㎡) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無・有 ()
	健康・生きがい施設	設置階 1階 カフェ (33.79㎡)
		2階 理美容室 (17.64㎡)
	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 全館 (各居室・設備、廊下)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.80m~1.80m)
消防用設備等	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(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	<p>緊急通報装置等の種類及び設置箇所</p> <ul style="list-style-type: none"> 各居室及び共用施設(浴室、共同トイレ、食堂)にナースコールを設置。 エレベーター内には非常電話を設置し、エレベーター各階ドアには、挟まれ防止センサーを設置しています。 各階の共用部分にモニターカメラを設置。 <p>安否確認の方法・頻度等</p> <ul style="list-style-type: none"> 安否確認は介護状態に応じ、1~4時間毎に巡回して行っています。 	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

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

- ※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。
- ※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。
- ※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	月払い方式	<input 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 type="checkbox"/> 1 減額なし（管理費）	<input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費）	<input type="checkbox"/> 3 不在期間が16日以上の場合に限り、半額請求（水光熱費）。
利用料金の改定	条件	事業所が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等と勘案した場合。		
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴いたうえで、費用の額を改定いたします。		

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	「前払金」は入居時一括払い。 「月額利用料」は毎月月末までに支払うこととする。													
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有（ ー 円、家賃相当額の ー か月分）													
前払金 (介護費用の前払金除く)	<p>1 法第29条第6項に規定される前払金 標準前払金（入居日に満75歳以上の方に適用） (1室あたり／非課税)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>居室タイプ</th> <th>価格</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aタイプ</td> <td>5,500,000円</td> </tr> <tr> <td>Bタイプ</td> <td>6,000,000円</td> </tr> <tr> <td>Cタイプ</td> <td>6,500,000円</td> </tr> <tr> <td>Dタイプ</td> <td>7,000,000円</td> </tr> <tr> <td>Eタイプ</td> <td>7,500,000円</td> </tr> </tbody> </table> <p><入居日に満75歳未満の方の前払金> 標準前払金（「標準前払金」とは、入居日におけるご入居者の満年齢が満75歳以上の方に適用される前払金額です。）に以下の金額を加算した金額を適用します。 日割額（想定居住期間5年の家賃相当額÷1,826日）を入居日から起算して、ご入居者の満75歳の誕生日前日までの日数を乗じた額。※目安の額は別紙参照</p> <p>2 上記以外の前払金 なし</p>		居室タイプ	価格	Aタイプ	5,500,000円	Bタイプ	6,000,000円	Cタイプ	6,500,000円	Dタイプ	7,000,000円	Eタイプ	7,500,000円
	居室タイプ	価格												
Aタイプ	5,500,000円													
Bタイプ	6,000,000円													
Cタイプ	6,500,000円													
Dタイプ	7,000,000円													
Eタイプ	7,500,000円													
想定居住期間又は償却期間	5年（1,826日）													

算定の基礎（内訳）	<p><標準前払金> (1ヶ月分の家賃相当額) × 60ヶ月 (想定居住期間) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額) より設定</p> <p><入居日に満 75 歳未満の方の前払金の算定方法> 前払金 = 標準前払金 + (日割額 × 入居日から満 75 歳の誕生日前日までの日数)</p>						
解約時の返還金（算定方法等）	<p>入居契約書第32条に定める各事由に基づき契約終了したとき、入居日から契約終了日までの日数（以下「入居日数」という）が5年（1,826日）未満の場合には、次の計算式によって算出した額を返還金として、事業者は第44条に定める返還金受取人に返還します。 なお、千円未満の端数がでた場合にはその端数は切り捨てます。 返還金 = (標準前払金 - 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額) × (1,826日 - 入居日数) / 1,826日</p> <p>但し、入居日の翌日から3ヶ月以内に解約（死亡退去も含む）の申出がなされた場合は、設置者は、前払金から利用日数に応じた施設利用料を差し引いた全額を、返還金受取人に返還いたします。なお、算出した施設利用料に千円未満の端数があるときは、その端数を切り上げます。 施設利用料 = (標準前払金 - 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額) ÷ 1,826日 × (利用日数) ※満75歳未満の方は別紙参照</p>						
返還の対象とならない額の有無	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1,925,000円～2,625,000円 (標準前払金の35%の額))						
初期償却の開始日	入居日とします。						
介護費用の前払金	— 円 ～ — 円						
算定の基礎（内訳）	—						
解約時の返還金（算定方法等）	—						
返還の対象とならない額の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有 (円)						
初期償却の開始日	—						
月額利用料	195,537円（税抜）						
年齢に応じた金額設定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料（円）	内 訳（円）					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	195,537	129,037	0	61,500	5,000	0	0
算定根拠 ※11	管理費	共用部分の設備維持・水光熱費、事務費、事務・管理部門に係る人件費等経費から算定					
	介護費用	—					

	食費	1日あたりの食費×30日により算定（1人あたり） 1日2,050円（内訳/ 朝食550円、昼食850円、夕食650円（税抜）） 3日前までに欠食の届出があった場合、食事ごと返金致します。但し、緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食分より返金いたします。
	光熱水費	居室電気代 一律3,800円（税抜）（1人あたり） 居室水道代 一律1,200円（税抜）（1人あたり）
	家賃相当額	前払金として一括受領します。
	その他	入居後に自立と認定され継続して入居をし、入居者の選択により要支援・要介護者と同等のサービスを受ける場合の費用。なお、個別サービスを受ける場合は、介護サービス等一覧表（自立の欄）をご参照ください。 基礎サービス費65,000円（税抜）（1人あたり）
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12		<p>【共通】 おむつ代、日用品費、新聞・雑誌等購読費、クリーニング・理美容、個人的な外出の付添い費用及び交通費、買物等代行、医療機関利用時の医療費自己負担分、クラブ・レクリエーションの材料費、月額利用料の口座引落とし手数料</p> <p>【自立の方】 掃除・洗濯等生活援助、身体介護、通院・入退院等の付添い費用 30分1,500円（税抜）及び交通費、薬取り 1回300円（税抜）</p> <p>【要支援・要介護の方】 個人の選択による個別的なサービス 週3回目以降の入浴 1回 1,500円（税抜）、協力医療機関以外の通院・入退院等の付添い費用30分1,500円（税抜）及び交通費（公共交通機関利用実費）、協力医療機関以外の薬取り 1回 300円（税抜）、入院中の援助30分1,500円（税抜）</p> <p>※その都度ホームで立て替え、月末締めで翌月請求します。</p>

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ヶ月30日、自己負担の例)

	月額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	195,908円	19,591円	39,182円	58,773円
要介護2	218,527円	21,853円	43,706円	65,559円
要介護3	242,540円	24,254円	48,508円	72,762円
要介護4	264,805円	26,481円	52,961円	79,442円
要介護5	288,464円	28,847円	57,693円	86,540円

上記の額には*加算の額は含んでおりません。
個別に対応をした場合に別途加算します。

*加算	日額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
個別機能訓練加算	128円	13円	26円	39円
看取り介護加算				
(2~3日前)	1,543円	155円	309円	463円
(死亡日)	7,289円	729円	1,458円	2,187円
(4~30日前)	13,721円	1,373円	2,745円	4,117円

各種加算の状況

身体的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・ <u>有</u>)	
入居継続支援加算	(無・ <u>有</u>)	
生活機能向上連携加算	(無・ <u>有</u>)	
個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u>)	
夜間看護体制加算	(無・ <u>有</u>)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・ <u>有</u>)	
医療機関連携加算	(無・ <u>有</u>)	
口腔衛生管理体制加算	(無・ <u>有</u>)	
栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u>)	
看取り介護加算	(無・ <u>有</u>)	
認知症専門ケア加算	(無・ <u>有</u>)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u>)	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		<u>(III)</u>
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>
		II
		III
		IV
		V

・介護予防特定施設入居者生活介護（1ヶ月30日、自己負担の例）

	月額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	69,390円	6,939円	13,878円	20,817円
要支援2	114,135円	11,414円	22,827円	34,241円

上記の額には*加算の額は含んでおりません。

個別に対応をした場合に別途加算します

*加算	日額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
個別機能訓練加算	128円	13円	26円	39円

各種加算の状況

身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)		
生活機能向上連携加算	(無・有)		
個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u>)		
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)		
医療機関連携加算	(無・ <u>有</u>)		
口腔衛生管理体制加算	(無・ <u>有</u>)		
栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u>)		
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)	
		(II)	
サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u>)	(I) イ	
		(I) ロ	
		(II)	
		<u>(III)</u>	
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>	
		II	
		III	
		IV	

*実際の自己負担額の割合は、介護保険負担割合証に記載の割合となります。

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	「月額利用料」は毎月月末までに支払うこととする。
敷金	<u>無</u> ・有（ 円、家賃相当額の か月分）
月額利用料	287,197円～320,537円（税抜）
年齢に応じた金額設定	<u>無</u> ・有
要介護状態に応じた金額設定	<u>無</u> ・有

	月額利用料（円）	内 訳（円）					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
料金プラン ※ 10	287,197	129,037	0	61,500	5,000	91,660	0
	295,537	129,037	0	61,500	5,000	100,000	0
	303,867	129,037	0	61,500	5,000	108,330	0
	312,197	129,037	0	61,500	5,000	116,660	0
	320,537	129,037	0	61,500	5,000	125,000	0
算定根拠 ※11	管理費	共用部分の設備維持・水光熱費、事務費、事務・管理部門に係る人件費等経費から算定					
	介護費用	—					
	食費	1日あたりの食費×30日により算定（1人あたり） 1日2,050円（内訳/ 朝食550円、昼食850円、夕食650円（税抜）） 3日前までに欠食の届出があった場合、食事ごと返金致します。但し、緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食分より返金いたします。					
	光熱水費	居室電気代 一律3,800円（税抜）（1人あたり） 居室水道代 一律1,200円（税抜）（1人あたり）					
	家賃相当額	近傍の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定。					
	その他	入居後に自立と認定され継続して入居をし、入居者の選択により要支援・要介護者と同等のサービスを受ける場合の費用。なお、個別サービスを受ける場合は、介護サービス等一覧表（自立の欄）をご参照ください。 基礎サービス費65,000円（税抜）（1人あたり）					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※ 1 2	<p>【共通】 おむつ代、日用品費、新聞・雑誌等購読費、クリーニング・理美容、個人的な外出の付添い費用及び交通費、買物等代行、医療機関利用時の医療費自己負担分、クラブ・レクリエーションの材料費、月額利用料の口座引落とし手数料</p> <p>【自立の方】 掃除・洗濯等生活援助、身体介護、通院・入退院等の付添い費用 30分1,500円（税抜）及び交通費、薬取り 1回300円（税抜）</p> <p>【要支援・要介護の方】 個人の選択による個別的なサービス 週3回目以降の入浴 1回 1,500円（税抜）、協力医療機関以外の通院・入退院等の付添い費用30分1,500円（税抜）及び交通費（公共交通機関利用実費）、協力医療機関以外の薬取り 1回 300円（税抜）、入院中の援助30分1,500円（税抜）</p> <p>※その都度ホームで立て替え、月末締めで翌月請求します。</p>						

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ヶ月30日、自己負担の例)

	月額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要介護1	195,908円	19,591円	39,182円	58,773円
要介護2	218,527円	21,853円	43,706円	65,559円
要介護3	242,540円	24,254円	48,508円	72,762円
要介護4	264,805円	26,481円	52,961円	79,442円
要介護5	288,464円	28,847円	57,693円	86,540円

上記の額には*加算の額は含んでおりません。

個別に対応をした場合に別途加算します。

*加算	日額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
個別機能訓練加算	128円	13円	26円	39円
看取り介護加算				
(2~3日前)	1,543円	155円	309円	463円
(死亡日)	7,289円	729円	1,458円	2,187円
(4~30日前)	13,721円	1,373円	2,745円	4,117円

各種加算の状況

身体的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・ <u>有</u>)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u>)	
夜間看護体制加算	(無・ <u>有</u>)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・ <u>有</u>)	
口腔衛生管理体制加算	(無・ <u>有</u>)	
栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u>)	
看取り介護加算	(無・ <u>有</u>)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u>)	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		<u>(III)</u>
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>
		II
		III
		IV
		V

・介護予防特定施設入居者生活介護（1ヶ月30日、自己負担の例）				
	月額	自己負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	69,390円	6,939円	13,878円	20,817円
要支援2	114,135円	11,414円	22,827円	34,241円
上記の額には*加算の額は含んでおりません。 個別に対応をした場合に別途加算します				
	日額	自己負担額		
*加算		(1割)	(2割)	(3割)
個別機能訓練加算	128円	13円	26円	39円
各種加算の状況				
身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)			
生活機能向上連携加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
個別機能訓練加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
若年性認知症入居者受入加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
医療機関連携加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
口腔衛生管理体制加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
栄養スクリーニング加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)			
認知症専門ケア加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	(I)		
		(II)		
サービス提供体制強化加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	(I) イ		
		(I) ロ		
		(II)		
		<input type="checkbox"/> (III)		
介護職員処遇改善加算	(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	<input type="checkbox"/> I		
		II		
		III		
		IV		
*実際の自己負担額の割合は、介護保険負担割合証に記載の割合となります。				

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	神奈川県が発表する消費者物価指数及び、人件費等を勘案し運営懇談会において十分な説明を行い同意を得た上で、費用の額を改定いたします。
前払金の返還金の保全措置	<p>保全措置の内容</p> <p>無・<input checked="" type="checkbox"/> (みずほ信託銀行株式会社との保全信託契約締結)</p> <p>無の場合の理由()</p>
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/></p> <p>有の場合の保険名</p> <p>(介護事業者総合賠償責任保険 損害保険ジャパン日本興亜株式会社)</p>
消費税の対象外とする利用料等	前払金、家賃相当額、介護保険サービス利用に係る自己負担

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 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 金額はすべて税抜金額となっております。別途消費税が加算されます。
- ※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。
- ※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。
- ※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。
- ※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。
食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。
光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。
- ※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。
- ※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	介護は自立支援、リハビリ、残存機能の活用、自己決定の尊重が基本です。 生きる喜びを食卓から取り戻し、長生きがご褒美と感じられる暮らし、毎日をお元気に長く、健やかに過ごしていただけるホームを目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	サービス提供内容に関する特色としては、4大-0（ゼロ）；（おむつ-0、経管食-0、特殊浴-0、車椅子-0）への取り組みを継続して行なっている事があげられます。 これらの項目につき、極力減らすようにサービスを心掛け行うことは、自立支援、リハビリ、残存能力の活用、自己決定の尊重に資するものと考えております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 介護サービスの内容

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	事務・管理部門人件費、共用施設設備維持管理費
	食費	食材費、厨房管理費
	その他	—

(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による												
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による												
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">食事サービス</td> </tr> <tr> <td>委託先</td> <td>SOMP Oケアフーズ株式会社</td> </tr> <tr> <td>委託内容</td> <td>献立の作成、朝・昼・夕・おやつの調理、食器等の洗浄、他</td> </tr> </table>	食事サービス		委託先	SOMP Oケアフーズ株式会社	委託内容	献立の作成、朝・昼・夕・おやつの調理、食器等の洗浄、他						
食事サービス													
委託先	SOMP Oケアフーズ株式会社												
委託内容	献立の作成、朝・昼・夕・おやつの調理、食器等の洗浄、他												
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>施設及び本部</p> <table border="1"> <tr> <td>施設担当者</td> <td>管理者・生活相談員</td> <td>TEL 044-980-4165</td> </tr> <tr> <td>本部担当者</td> <td>お客様相談窓口</td> <td>TEL 0120-65-1192</td> </tr> </table> <p>施設及び本部での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <table border="1"> <tr> <td>麻生区高齢・障害課</td> <td>TEL 044-965-5148</td> </tr> <tr> <td>川崎市高齢者事業推進課事業者指導係</td> <td>TEL 044-200-2910</td> </tr> <tr> <td>神奈川県国民健康保険団体連合会</td> <td>TEL 0570-022110（苦情専用）</td> </tr> </table> <p>この他、入居契約書の定めにより、事業者の主たる事務所を管轄する地方裁判所に提訴することができます。</p>	施設担当者	管理者・生活相談員	TEL 044-980-4165	本部担当者	お客様相談窓口	TEL 0120-65-1192	麻生区高齢・障害課	TEL 044-965-5148	川崎市高齢者事業推進課事業者指導係	TEL 044-200-2910	神奈川県国民健康保険団体連合会	TEL 0570-022110（苦情専用）
施設担当者	管理者・生活相談員	TEL 044-980-4165											
本部担当者	お客様相談窓口	TEL 0120-65-1192											
麻生区高齢・障害課	TEL 044-965-5148												
川崎市高齢者事業推進課事業者指導係	TEL 044-200-2910												
神奈川県国民健康保険団体連合会	TEL 0570-022110（苦情専用）												
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	サービスの提供に当たり事故、体調の急変等が生じた場合は、協力医療機関等において対応いたします。また、医療機関は予め、ご入居者・ご家族の希望により選択できます。また、事故、体調の急変等が生じた場合は、速やかに保証人等届出いただいた緊急連絡先に事故・急変の状況、受診の経過・結果等をご連絡します。												
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>												
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	サービスの提供にあたって、万一、事故が発生した場合、不可抗力による場合を除き速やかにご入居者に対して相当因果関係にある範囲で損害を賠償します。但し、ご入居者に重大な過失がある場合は賠償額を減ずることもあります。												
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"/> ・ 有 入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> ・ 有												
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>実施日</td> <td>3か月に1回</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td colspan="3">無</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日	3か月に1回	結果の開示	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	無						
<input checked="" type="checkbox"/>	実施日		3か月に1回										
	結果の開示	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無											
無													

第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 有 2 無
	無		

※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	介護居室
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)	—
入を居住後に替居え室る又場合は合施設	<p><u>一般居室から介護居室への住み替え</u> 該当なし</p> <p><u>介護居室から他の介護居室への住み替え</u> i 長期にわたり手厚い介護が必要となる等、ホーム側の都合で住替える場合には、 ① 事業者の指定する医師の意見を聴く ② 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③ 変更先の場所の概要、介護の内容、費用の負担等についてご入居者及び保証人等に説明を行う。 ④ 保証人の意見を聴く ⑤ ご入居者・保証人の同意を文書で得る。</p> <p>以上の手続きを経て、住み替え前の介護居室の利用権をご入居者の同意を得て変動させ、新たな介護居室の利用権を設定します。この場合、居室の専有面積の減少等による前払金の減額は行いませんが、新たな追加費用は在りません。</p> <p>ii ご入居者または保証人の希望による居室変更の場合には、事業者はご入居者および保証人と協議のうえ変更先を決定します。 ① 変更前と変更後の居室において前払金および月額費用が同額である場合、居室変更同意書を事業者に提出するものとします。 ② 変更前と変更後の居室において、前払金および月額費用に差額がある場合、事業者の計算により精算をし退去手続きのうえ、再度変更先の居室について入居契約を締結いたします。</p>

	提携ホームへ住み替える場合（同上）	ご入居者、保証人が希望したとき、医師の判断により他ホームへ移行できるものとするが、その際には、居住中のホームの退去手続きの上、当該ホームの正規の料金で再契約するものとし、未償却の前払金がある場合は精算を行います。
--	-------------------	--

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	医療法人社団 寿恵会 経堂3丁目クリニック
	診療科目	内科、他
	所在地	東京都世田谷区経堂3-20-22
	距離及び所要時間	ホームより18km、車にて49分
	協力内容	訪問診療、健康指導、緊急時の対応、他の機関に入院を要する場合の紹介
	名 称	医療法人社団 聖桜会 須田メディカルクリニック
	診療科目	内科、他
	所在地	神奈川県川崎市多摩区南生田4-20-2
	距離及び所要時間	ホームより7.6km、車にて24分
	協力内容	訪問診療、健康指導、緊急時の対応、他の機関に入院を要する場合の紹介
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人 桜樹会 カオス歯科
	所在地	神奈川県相模原市南区相模大野五丁目13番15号1階
	距離及び所要時間	ホームより13.5Km、車にて38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）	<p>病気または怪我により診断、治療が必要な場合、ご入居者の意思を確認し、医師の判断により、職員が下記のサービスを提供します。また、急に身体の具合が悪くなった場合は、職員がその知らせにより的確かつ迅速に応急処置にあたります。状況により医師と連絡をとり協力医療機関等での救急入院が受けられるように計らいます。</p> <p>① 通院可能な場合は、ご入居者のかかりつけの医師・病院、施設の協力医療機関・歯科医療機関等への通院介助。</p> <p>② 入院治療が必要となった場合、ご入居者のかかりつけの医師・病院、施設の協力医療機関・歯科医療機関等への入院支援。</p> <p>③ その他のサービス 通院、入院に際し、介護・看護職員による医療機関までの付添い、投薬支援等。</p>	
	<p>ホームの協力医療機関、又はご入居者が選択する医療機関において治療を受ける費用については、医療保険制度で支給される以外の費用はご入居者負担となります。なお、食費については、入院期間が3日を超えた分を返還いたします。ただし、事前に欠食届が提出されている場合、並びに緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食分より返金いたします。入院中の居室の利用権は存続し、維持・管理を行うため、管理費の返還は行いません。</p>	

7 入居状況等

(2019年7月1日現在)

入居者数及び定員	52人(定員 60人)			
入居者の状況	男性	12人	女性 40人	
	自立	0人		
	要介護	42人	(内訳)	要介護1 17人
				要介護2 2人
				要介護3 8人
			要介護4 8人	
			要介護5 7人	
要支援	10人	(内訳)	要支援1 5人	
			要支援2 5人	
平均年齢	87.9歳(男性 89.5歳、女性 87.4歳)			
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)	年2回以上 主な議題(サービス提供、運営の状況報告、ご入居者及び保証人の 要望・意見)			

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

(2019年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌10時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1	/			
	生活相談員	1			苦情対応担当者	
	直接処遇職員	26(14)		20.7		
	介護職員	22(10)		17.2	1	
	看護職員	6(4)		3.5		
	機能訓練指導員	2(1)				
	理学療法士					
	作業療法士	2(1)				
	その他					
	計画作成担当者	2(1)				介護支援専門員
	医師	—				
	栄養士	—				SOMPOケアフーズ(株)へ委託
	調理員	—				
	事務職員	2(2)				
	その他職員	8(7)				
合計	42(24)			1		

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注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。

注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。

注4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

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

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

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

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	8.4	12.7	10.3
要介護者の人数	37.2	41.3	42.7
指定基準上の直接処遇職員 の人数 ※16	14	15	15
配置している直接処遇職員 の人数 ※17	17.7	22.7	21.2
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	2.3 : 1	1.9 : 1	2.3 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間40時間で除して算出 (但し看護職員は週勤務時間32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	11:00	～	20:00
		夜勤	17:00	～	翌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	一人（一人）	介護職員実務者研修修了者	1人（一人）
介護福祉士	10人（一人）	介護職員初任者研修修了者	2人（一人）
介護支援専門員	一人（一人）	資格なし	9人（一人）

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）	入居時、原則60才以上の方で伝染性疾患のない要支援、要介護等の方。反社会的勢力に該当せず、原則として確実な保証人がある方（前払金、家賃相当額、月々の生活費を支弁できる方）
身元引受人等の条件及び義務等	原則として保証人1名を定めるものとします。保証人は、反社会的勢力に該当せず、ご入居者と連帯して利用料の支払いについての責任を負うとともに契約が解除されたときは、ご入居者の身柄を引き取るものとします。
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>【施設からの契約解除】</p> <p>1. 事業者は、ご入居者または保証人に対し、下記の1つに該当するときは居室の明け渡しにつき90日以上の猶予期間を定め、通知書にて解除の通告を致します。またその通告に先立ち、ご入居者及び、ご入居者が正常に判断出来ないとい医療的に認められた時は保証人に対し弁明の機会を設け、入居契約を解除することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な方法により入居したとき。 2) 家賃相当額、管理費、その他の費用等、毎月事業者に支払うべき金額の支払いを3ヶ月以上怠ったとき。 3) 家賃相当額、管理費、その他の費用等、毎月事業者に支払うべき金額の支払いをしばしば遅延し、その遅延が、事業者とご入居者の間の信頼関係を破壊するものと考えられるとき。 4) 前払金を期日までに支払わなかったとき。 5) その他前三号に準じる事業者に対して支払うべき金

	<p>額の不払いがあったとき。</p> <p>6) 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき。</p> <p>7) 長期の不在により、入居契約を継続する意思がないものと事業者が認めたとき。</p> <p>8) ご入居者の健康状態や判断能力が著しく悪化し、継続的に医療行為が必要と協力医療機関の医師又は主治医が診断したとき。</p> <p>9) ご入居の皆様や施設職員に生命の危害を及ぼすか、その危害の切迫する恐れがあり、有料老人ホームの通常の介護の接遇では防止できないとき。</p> <p>10) 入居契約に定める禁止事項、承諾条項、通知事項、協議事項等に違反したとき。</p> <p>11) その他、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき。</p> <p>2. 事業者は解除通告に伴う予告期間中に、ご入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合にはご入居者や保証人等、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します。</p> <p>3. 第1項第8号又は第9号によって事業者が契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>1) 協力医療機関の医師又は主治医の意見を聴く。</p> <p>2) 一定の観察期間をおく。</p> <p>4. ご入居者は、第1項の定めにより事業者がこの契約を解除したときは、通知書に定める猶予期間内に事業者に対し、居室を明け渡すものとします。</p> <p>5. 前四項の定めにかかわらず、事業者は、ご入居者又は保証人が次の各号のいずれかに該当したときは何らの催告を要せず、この契約を直ちに解除することができる。</p> <p>1) 入居契約書（反社会的勢力に関する表明・保証）に反する事実が判明したとき、又は、反していると事業者が合理的に判断したとき</p> <p>2) 入居契約書第23条第2項各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>6. 事業者は、前項に基づきこの契約を解除した場合に、ご入居者又は保証人に損害が生じても何らこれを賠償する責任を負わない。</p> <p>【入居契約者による契約の解除】</p> <p>1. ご入居者がこの契約を解除しようとするときは、30日以上予告期間をもって事業者の定める契約解除届を事業者に提出するものとし、契約解除の日までに、事業者に対し居室を明け渡すものとします。</p> <p>2. ご入居者が契約解除届を提出することなく居室を退去したときは、事業者がご入居者の退去の事実を知った翌日から、30日経過した日をもって、入居契約は解除されたものとします。</p>
--	--

		<p>【前払金の返還金】 事業者からの契約解除、入居契約者による契約解除又は契約の終了により、入居契約が解除され、予告期間が満了したときに入居契約における返還金受取人に返還金を返還します。 返還金は、居室明け渡しの翌日から起算して、90日以内に返還します。</p>	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	5人
		社会福祉施設	0人
		医療機関	0人
		死亡者	9人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0人
入居者側の申し出 (解約事由の例) ADLが改善され自宅での生活が可能となったため。予てより申込みをしていた社会福祉施設に転居したため。病気療養のため長期入院が必要となったため。		5人	
体験入居の期間及び費用負担等		期間 6泊7日を限度とする。 費用 1泊2日 (3食間食付) 6,000円 (税抜) 保証金 10,000円 (その他費用を精算後、返金) その他費用 (オムツ代・日用雑貨品等、実費)	

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

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開

※20 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「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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

年 月 日 説明者署名 _____ ㊟

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

年 月 日 署 名 _____ ㊟

別紙 <入居日に満 75 歳未満の方の前払金について>

【目安額】

(単位：円)

入居日	【満 74 歳】	【満 70 歳】	【満 65 歳】	【満 60 歳】	標準前払金	想定居住期間	想定居住期間	日割額…④
居室 タイプ	①+④×365 日(満 75 歳 誕生日まで の利用日数)	①+④×1,825 日(満 75 歳誕 生日までの利 用日数)	① + ④ × 3,650 日(満 75 歳誕生日 までの利用 日数)	① + ④ × 5,475 日(満 75 歳誕生日ま での利用日 数)	標準前払金 (満 75 歳以 上の方に適 用される前 払金額) ...① ①=②+③	想定居住期間 を超えて契約 が継続する場 合に備えて受 領する額…②	想定居住期間 5 年(1826 日) の家賃相当額 (返還対象額) …③	④ = ③ ÷ 1826 日 小数点以下 切捨て
A	6,214,305	9,071,525	12,643,050	16,214,575	5,500,000	1,925,000	3,575,000	1,957
B	6,779,275	9,896,375	13,792,750	17,689,125	6,000,000	2,100,000	3,900,000	2,135
C	7,344,245	10,721,225	14,942,450	19,163,675	6,500,000	2,275,000	4,225,000	2,313
D	7,909,215	11,546,075	16,092,150	20,638,225	7,000,000	2,450,000	4,550,000	2,491
E	8,474,185	12,370,925	17,241,850	22,112,775	7,500,000	2,625,000	4,875,000	2,669

【前払金】(算定方法)

標準前払金①(「標準前払金」とは、入居日におけるご入居者様の満年齢が満 75 歳以上の方に適用される前払金額です。)に以下の金額を加算した金額を適用します。

日割額④(想定居住期間 5 年の家賃相当額③をその償却期間で除した額)を入居日から起算して、ご入居者様の満 75 歳の誕生日前日までの日数を乗じた額。

前払金 = 標準前払金① + (日割額④ × 入居日から満 75 歳の誕生日前日までの日数)

【償却期間】(想定居住期間)

償却期間 = 1,826 日(標準前払金償却期間) + 入居日から満 75 歳の誕生日前日までの日数

【返還金】(算定方法等)

入居日に前払金より想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額②を償却します。残りの想定居住期間の家賃相当額は償却期間で均等償却します。

入居契約書第 32 条に定める各事由に基づき契約終了したとき、入居日から契約終了日までの日数(以下「入居日数」という)が償却期間未満の場合には、次の計算式によって算出した額を返還金として、事業者は第 44 条に定める返還金受取人に返還します。尚、千円未満の端数がでた場合にはその端数は切り捨てます。

返還金 = (前払金 - 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額) × (償却期間 - 入居日数) / 償却期間

ただし、入居日の翌日から 3ヶ月以内に解約(死亡退去も含む)の申出がなされた場合は、設置者は、前払金から利用日数に応じた施設利用料を差し引いた全額を、返還金受取人に返還いたします。なお、算出した施設利用料に千円未満の端数があるときは、その端数を切り上げます。

施設利用料 = (前払金 - 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額) ÷ 償却期間 × (利用日数)

別紙 〈加算の概要〉

【夜間看護体制加算】（要支援は除く）

ホームに常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定め、看護職員と24時間連絡できる体制を整え、ご入居者様の健康上の管理等を必要に応じて行う体制を確保します。なお入居の際に「重度化した場合における対応に係る指針」をご入居者様又はそのご家族様等に内容を説明し、同意をいただきます。

●10単位/日

【看取り介護加算】（要支援及び短期利用は除く）（要夜間看護体制加算算定）

医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したご入居者様について、その旨を本人又はそのご家族様等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、ご入居者様等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、ご入居者様等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、ご入居者様がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援します。なお入居の際に「看取りに関する指針」をご入居者様又はそのご家族様等に内容を説明し、同意をいただきます。

●死亡日前2日～3日 680単位/日、死亡日前4日～30日 144単位/日、死亡当日 1,280単位/日

【医療機関連携加算】（短期利用は除く）

看護職員が、ご入居者様ごとに健康の状況を継続的に記録し、協力医療機関又はご入居者様の主治医に対して、ご入居者様の健康の状況について月に1回以上情報を提供します。

加算の開始時にご入居者様又はそのご家族様に同意をいただきます。

●80単位/月

【個別機能訓練加算】（短期利用は除く）

ご入居者様に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、ご入居者様ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、専従の機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の有資格者）が計画的に機能訓練を行います。

●12単位/日

【退院・退所時連携加算】（要支援は除く）

医療提供施設を退院・退所され、特定施設にご入居されるご入居者様の受け入れをさせて頂いた場合で、退院・退所された日から30日間のうち、特定施設入居者生活介護を算定している期間において算定させていただきます。

●30単位/日

【生活機能向上連携加算】

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、ホームを訪問し、ホームの職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成します。個別機能訓練計画に基づき、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働し、計画的に機能訓練を実施します。

●200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は「100単位/月」となります。

【若年性認知症入居者受入加算】

ホームにご入居された若年性認知症入居者様ごとに個別の担当者を定めさせていただきます。

●120 単位／月

【口腔衛生管理体制加算】

歯科医師、または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、ホーム介護職員に対し、口腔ケアに係る技術的助言と指導を、月に1回以上行います。

●30 単位／月

【栄養スクリーニング加算】

ご入居者様に対し、利用開始時および利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行わせて頂き、その情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含みます）を、担当の介護支援専門員に文書で共有させていただきます。

●5 単位／回

※6月に1回を限度として算定させていただきます

【認知症専門ケア加算】（短期利用は除く）

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の方（以下「対象者」という。）に対して、以下の基準に従い、専門的な認知症ケアを行います。

・認知症専門ケア加算Ⅰ

①ホームにおけるご入居者様の50%以上が対象者で、「認知症介護実践リーダー研修」を修了している者を対象者20人未満で1人以上、19人を超えて10人増すごとに1人追加配置しホームの職員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催しチームとして専門的な認知症ケアを行います。

●（3 単位／日）

・認知症専門ケア加算Ⅱ

①の基準を満たし、且つ「認知症介護指導者研修」を修了している者を1人以上配置し、ホームの認知症ケアの指導等を実施します。介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し実施します。

●（4 単位／日）

（ⅠまたはⅡのいずれかを算定）

【サービス提供体制強化加算】

前年度の（3月を除く）ホームの職員体制が以下の要件を満たされた場合に加算できます。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。

●（18 単位／日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ

ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。

●（12 単位／日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

ホームの看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること。

●（6 単位／日）

・サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

ご入居者様に直接サービス提供を行う職員の総数（生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員）のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上であること。

●（6単位／日）

（Ⅰイ、Ⅰロ、Ⅱ、Ⅲのいずれか算定）

【介護職員処遇改善加算】

事業主が介護職員の資質向上や雇用管理の改善をより一層推進し、介護職員が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境を整備するとともに、介護職員自身が研修等を積極的に活用することにより、介護職員の社会的・経済的な評価が高まっていく好循環を生み出していくことが重要であることを踏まえ、事業主の取組がより一層促進されるよう拡充された加算です。（要件によりⅠ～Ⅴを算定します。）

（Ⅰ）1ヶ月のサービス合計単位数に8.2%乗じて加算します。

（Ⅱ）1ヶ月のサービス合計単位数に6.0%乗じて加算します。

（Ⅲ）1ヶ月のサービス合計単位数に3.3%乗じて加算します。

（Ⅳ）（Ⅲ）により算出した単位数に0.9を乗じる。

（Ⅴ）（Ⅲ）により算出した単位数に0.8を乗じる。

【入居継続支援加算】

医療的なニーズを満たし、ご入居者様が安心して生活を継続できるように、以下のいずれの基準にも適合する場合、加算できます。

①介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。

②たんの吸引等を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。

●36単位／日

【短期利用特定施設入居者生活介護】（要支援は除く）

地域の在宅介護の高齢者にホームの入居定員の10%以下の範囲内の空室を、30日以内で短期利用していただきます。

●要介護1 534単位／日、要介護2 599単位／日、要介護3 668単位／日、要介護4 732単位／日、要介護5 800単位／日

介護サービス等の一覧表

●それぞれのご入居者の状態に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご入居者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。
この一覧表は一般的な場合の目安です。それぞれのご入居者の状態に応じて、変更される場合があります。

介護を行う場所	自 立		要支援1		要支援2	
	介護居室		介護居室		介護居室	
	前払金及び月額 利用料を含む サービス	その都度徴収す るサービス	介護保険給付、 前払金及び月額 利用料を含む サービス	その都度徴収す るサービス	介護保険給付、 前払金及び月額 利用料を含む サービス	その都度徴収す るサービス
<介護サービス>						
○巡回 ・昼間 9:00～18:00 ・夜間 18:00～9:00	—	20:00,0:00,3:00	3時間毎及び必 要に応じ随時 4時間毎及び必 要に応じ随時		3時間毎及び必 要に応じ随時 4時間毎及び必 要に応じ随時	
○食事介助	食堂での見守り	介助 1回1,000円	必要時		必要時	
○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代		1日 3,000円 1日 5,000円 別紙オムツ価格表	必要に応じ随時 必要に応じ随時		必要に応じ随時 必要に応じ随時	別紙オムツ価格表
○入浴 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助	浴室使用週2回	浴室使用料週3 回目から1回400 円 1回 3,000円 1回 3,000円 1回 4,000円	週 2回 未入浴時 必要時 —	*週3回目から 1回1,500円(浴 室使用のみ1回 400円)	週 2回 未入浴時 必要時 —	*週3回目から 1回1,500円(浴 室使用のみ1回 400円)
○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ・日常生活行動障害対応※	— — — —	移動介助 1日3,000円 助言等1回 500円 助言等1回 500円 1日 5,000円	— 必要時 必要時 必要時 必要時		— 必要時 必要時 必要時 必要時	
○機能訓練	—	1日 3,000円	ケアプランによる		ケアプランによる	
○通院の介助	—	30分1,500円、 以降30分毎 1,000円	協力医療機関通 院 付添	*協力医療機関 以外の通院、30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円	協力医療機関通 院 付添	*協力医療機関 以外の通院、30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円
○緊急時対応 ・ナースコール	24時間対応		24時間対応		24時間対応	
<生活サービス>						
○家事 ・清掃 ・洗濯 ・洗濯(業者依頼分) ・リネン交換		1回 1,500円 1回 1,500円 実費 1回 800円	週3回及び必要時 週2回及び必要時 週1回及び必要時	*利用者の希望 で提供した場合 実費	週3回及び必要時 週2回及び必要時 週1回及び必要時	*利用者の希望 で提供した場合 実費
○居室配膳・下膳		1回 200円	必要時		必要時	
○理美容		実費		実費		実費
○代行 ・買物 ・役所手続き ・薬取りサービス		30分1,500円、 以降30分毎 1,000円 30分1,500円、 以降30分毎 1,000円 1回 300円	週1回 指定日 協力医療機関	*指定日以外30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円 *30分1,500円、 以降30分毎 1,000円 協力医療機関以 外 1回 300円	週1回 指定日 協力医療機関	*指定日以外30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円 *30分1,500円、 以降30分毎 1,000円 協力医療機関以 外 1回 300円
○日用雑貨費用	実費	実費	実費	実費	実費	実費
<健康管理サービス> ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・訪問診療 ・往診	必要に応じ随時 必要に応じ随時	*年2回 医療費自己負担 医療費自己負担	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 医療費自己負担 医療費自己負担	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 医療費自己負担 医療費自己負担
<入退院時、入院中のサービス> ・医療費 ・移送サービス ・入院中の生活援助		医療費自己負担 実費	医療費自己負担 協力医療機関移 送	医療費自己負担 *協力医療機関 以外実費	医療費自己負担 協力医療機関移 送	医療費自己負担 *協力医療機関 以外実費
		30分1,500円、 以降30分毎 1,000円(6時～ 8時及び18時～ 22時25%増、22 時～6時50%増)		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円(6時～ 8時及び18時～ 22時25%増、22 時～6時50%増)		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円(6時～ 8時及び18時～ 22時25%増、22 時～6時50%増)
<その他のサービス>	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費

*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます。

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。
※認知症等により、特別な対応が必要になった場合
金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

介護サービス等の一覧表

	要介護1		要介護2		要介護3	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室	
	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>						
○巡回						
・昼間 9:00～18:00	3時間毎及び必要に応じ随時		1時間毎及び必要に応じ随時		1時間毎及び必要に応じ随時	
・夜間 18:00～9:00	4時間毎及び必要に応じ随時		3時間毎及び必要に応じ随時		3時間毎及び必要に応じ随時	
○食事介助	必要時		必要時		必要時	
○排泄						
・排泄介助	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ交換	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ代		別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表
○入浴						
・清拭	週 2回	*週3回目から1回1,500円(浴室使用のみ1回400円)	週 2回	*週3回目から1回1,500円	週 2回	*週3回目から1回1,500円
・一般浴介助	未入浴時 必要時		未入浴時 必要時		未入浴時 必要時	
・特浴介助	—		—		—	
○身辺介助						
・体位交換	—		必要時		必要時	
・居室からの移動	必要時		必要時		必要時	
・衣類の着脱	必要時		必要時		必要時	
・身だしなみ介助	必要時		必要時		必要時	
・日常生活行動障害対応※	必要時		必要時		必要時	
○機能訓練	ケアプランによる		ケアプランによる		ケアプランによる	
○通院の介助	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円
○緊急時対応						
・ナースコール	24時間対応		24時間対応		24時間対応	
<生活サービス>						
○家事						
・清掃	週3回及び必要時		週3回及び必要時		週3回及び必要時	
・洗濯	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費
・洗濯(業者依頼分)						
・リネン交換	週1回及び必要時		週1回及び必要時		週1回及び必要時	
○居室配膳・下膳	必要時		必要時		必要時	
○理美容		実費		実費		実費
○代行						
・買物	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円
・役所手続き		*30分1,500円、以降30分毎1,000円		*30分1,500円、以降30分毎1,000円		*30分1,500円、以降30分毎1,000円
・薬取りサービス	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円
○日用雑貨費用		実費		実費		実費
<健康管理サービス>						
・健康診断	必要に応じ随時	年2回	必要に応じ随時	年2回	必要に応じ随時	年2回
・健康相談	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・生活指導						
・訪問診療		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・往診		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
<入退院時、入院中のサービス>						
・医療費		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・移送サービス	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費
・入院中の生活援助		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)
<その他のサービス>						
レク 毎日	レク 毎日		レク 毎日		レク 毎日	
クラブ活動	クラブ活動	*材料費実費	クラブ活動	*材料費実費	クラブ活動	*材料費実費

*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※認知症等により、特別な対応が必要になった場合

金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

介護サービス等の一覧表

介護を行う場所	要介護4		要介護5	
	介護居室		介護居室	
	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>				
○巡回 ・昼間 9:00～18:00 ・夜間 18:00～9:00	1時間毎及び必要に応じ随時 2時間毎及び必要に応じ随時		1時間毎及び必要に応じ随時 2時間毎及び必要に応じ随時	
○食事介助	必要時		必要時	
○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	必要に応じ随時 必要に応じ随時	別紙オムツ価格表	必要に応じ随時 必要に応じ随時	別紙オムツ価格表
○入浴 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助	週 2回 未入浴時 必要時 必要時	*週3回目から1回1,500円	週 2回 未入浴時 必要時 必要時	*週3回目から1回1,500円
○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ・日常生活行動障害対応※	必要時 必要時 必要時 必要時 必要時		必要時 必要時 必要時 必要時 必要時	
○機能訓練	ケアプランによる		ケアプランによる	
○通院の介助	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円
○緊急時対応 ・ナースコール	24時間対応		24時間対応	
<生活サービス>				
○家事 ・清掃 ・洗濯 ・洗濯（業者依頼分） ・リネン交換	週3回及び必要時 週2回及び必要時 週1回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費	週3回及び必要時 週2回及び必要時 週1回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費
○居室配膳・下膳	必要時		必要時	
○理美容		実費		実費
○代行 ・買物 ・役所手続き ・薬取りサービス	週1回 指定日 協力医療機関	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円 *30分1,500円、以降30分毎1,000円 協力医療機関以外 1回 300円	週1回 指定日 協力医療機関	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円 *30分1,500円、以降30分毎1,000円 協力医療機関以外 1回 300円
○日用雑貨費用	実費	実費	実費	実費
<健康管理サービス> ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・訪問診療 ・往診	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 医療費自己負担 医療費自己負担	必要に応じ随時 必要に応じ随時	年2回 医療費自己負担 医療費自己負担
<入退院時、入院中のサービス> ・医療費 ・移送サービス ・入院中の生活援助	協力医療機関移送	医療費自己負担 *協力医療機関以外実費	協力医療機関移送	医療費自己負担 *協力医療機関以外実費
		*30分1,500円、以降30分毎1,000円（6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増）		*30分1,500円、以降30分毎1,000円（6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増）
<その他のサービス>	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費	レク 毎日 クラブ活動	*材料費実費

*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※認知症等により、特別な対応が必要になった場合

金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

川崎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。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	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。	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	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 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	
15	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(夜間対応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。

参考「オムツ価格表」

種類	1袋の販売価格	1枚の販売価格
オムツ	1,619 円 ~ 4,280 円	73.6 円 ~ 164.6 円
パンツ型	1,440 円 ~ 4,663 円	63.0 円 ~ 169.6 円
パッド型	731 円 ~ 2,263 円	18.1 円 ~ 112.8 円
軽失禁パッド型	343 円 ~ 1,341 円	13.1 円 ~ 68.8 円

価格は2017年1月1日現在の販売価格になります。

価格はメーカーの商品の改廃、市場価格の変動により変更させていただく場合があります。

販売は1袋単位の販売になります。

表示の販売価格は廃棄料を含みます。

買物代行サービスにて購入いたしました市販品につきましては、購入代金と廃棄料の合計額のご請求になります。

また、お持込のオムツにつきましても廃棄料は別途ご請求になります。

詳細はホームへお尋ねください。

廃棄料については下記の表にて算出させていただきます。

1枚当り廃棄料単価 × 1袋の入数 = 1袋あたりの廃棄料

オムツ廃棄料

種類	サイズ	1枚あたり廃棄料
テープ型	S	20円
テープ型	M	25円
テープ型	L	30円
テープ型	LL以上	35円
パンツ型	S	20円
パンツ型	M	25円
パンツ型	L	30円
パンツ型	LL以上	35円
パット型	200cc~	20円
軽失禁パッド型	~199cc	8円