

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 令和元年7月1日

1 事業主体概要

| | |
|------------------------|--|
| 事業主体名 | 株式会社ソラリス |
| 代表者名 | 代表取締役 小林 幸広 |
| 所在地 | 川崎市川崎区渡田新町1-9-3 |
| 電話番号/FAX番号 | 044-211-3323/044-211-3324 |
| ホームページアドレス | https://www.taiyocare.com |
| 資本金(基本財産) | 資本金500万円 |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1 | 株式会社太陽ホールディングス (100.0%) |
| 設立年月日 | 平成20年11月11日 |
| 直近の事業収支決算額 ※2 | (収益)130,626,667円(費用)97,843,231円(損益)32,783,437円 |
| 会計監査人との契約 | ☑・有() |
| 他の主な事業 | 無 |

※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 | ソラリス渡田 | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 | 1 介護付(一般型・外部サービス利用型) ②住宅型 3 健康型 |
| | 居住の権利形態 | ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| | 入居時の要件 | 1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 ④ 自立・要支援・要介護 |
| | 介護保険 | 1 指定介護保険特定施設 (番号)、指定年月日) 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 | 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 | : 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 | 平成23年10月1日 | |
| 施設の管理者氏名 | 小林 久人 | |
| 所在地 | 川崎市川崎区渡田新町1-9-3 | |
| 電話番号/FAX番号 | 044-211-3323/044-211-3324 | |
| メールアドレス | taiyocarecenter@ktf.biglobe.ne.jp | |
| 交通の便 ※3 | JR南武線 川崎新町駅より徒歩9分 | |

| ホームページアドレス | https://www.taiyocare.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 328.08㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) 年 月 日～ 年 月 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 木造 地上2階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 299.93㎡ (うち有料老人ホーム223.64㎡) 建築年月日 平成22年2月10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 24室 定員 24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>24室</td> <td>5.78㎡～ 9.63㎡</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 | 24室 | 5.78㎡～ 9.63㎡ | 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 | 24室 | 5.78㎡～ 9.63㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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) | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽</td> <td>設置階 (8.67㎡)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>リフト浴</td> <td>設置階 (㎡)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">(介護浴槽)</td> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 (㎡)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所</td> <td>5箇所</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所</td> <td>2箇所</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階</td> <td>1階</td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td>設置階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>機能訓練室</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>他の共用施設との兼用</td> <td>無・有 ()</td> </tr> <tr> <td>健康・生きがい施設</td> <td>設置階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>エレベーター ※5</td> <td></td> <td>1基(うちストレッチャー搬入可 0基)</td> </tr> <tr> <td>スプリンクラー</td> <td>設置箇所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>居室のある区域の廊下幅</td> <td>両手すり設置後の有効幅員</td> <td>(. m～ . m)</td> </tr> </table> | | | 食堂 | 設置階 | (㎡) | 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 (8.67㎡) | 浴室 | リフト浴 | 設置階 (㎡) | (介護浴槽) | ストレッチャー浴 | 設置階 (㎡) | | | 便所 | 設置箇所 | 5箇所 | 洗面設備 | 設置箇所 | 2箇所 | 医務室(健康管理室) | 設置階 | (㎡) | 談話室 | 設置階 | (㎡) | 面談室 | 設置階 | (㎡) | 事務室 | 設置階 | 1階 | 洗濯室 | 設置階 | (㎡) | 汚物処理室 | 設置階 | | 看護・介護職員室 | 設置階 | | 機能訓練室 | 設置階 | (㎡) | | 他の共用施設との兼用 | 無・有 () | 健康・生きがい施設 | 設置階 | (㎡) | エレベーター ※5 | | 1基(うちストレッチャー搬入可 0基) | スプリンクラー | 設置箇所 | | 居室のある区域の廊下幅 | 両手すり設置後の有効幅員 | (. m～ . m) |
| 食堂 | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 (8.67㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | リフト浴 | 設置階 (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (介護浴槽) | ストレッチャー浴 | 設置階 (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 便所 | 設置箇所 | 5箇所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗面設備 | 設置箇所 | 2箇所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医務室(健康管理室) | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 談話室 | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 面談室 | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務室 | 設置階 | 1階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗濯室 | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 汚物処理室 | 設置階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護・介護職員室 | 設置階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 機能訓練室 | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 他の共用施設との兼用 | 無・有 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康・生きがい施設 | 設置階 | (㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| エレベーター ※5 | | 1基(うちストレッチャー搬入可 0基) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| スプリンクラー | 設置箇所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室のある区域の廊下幅 | 両手すり設置後の有効幅員 | (. m～ . m) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・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 | 緊急通報装置等の種類及び設置箇所 安否確認の方法・頻度等 携帯電話にて対応 | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 | 選択方式 |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 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 | | |
| | 手続き方法 | | |

(2) 前払い方式

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| 費用の支払方法 ※9 | 入居一時金は入居時一括支払い。 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。 | | |
| 敷金 | 無・有（ 円、家賃相当額の か月分） | | |
| 前払金 （介護費用の前払金を除く） | 法第29条第6項に規定される前払金 円 ～ 円 | | |
| 想定居住期間又は償却期間 | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|-----|------|----|------|-------|-----|
| 算定の基礎（内訳） | | | | | | | |
| 解約時の返還金（算定方法等） | | | | | | | |
| 返還の対象とならない額の有無 | 無・有（ 円） | | | | | | |
| 初期償却の開始日 | | | | | | | |
| 介護費用の前払金 | 円 ～ 円 | | | | | | |
| 算定の基礎（内訳） | | | | | | | |
| 解約時の返還金（算定方法等） | | | | | | | |
| 返還の対象とならない額の有無 | 無・有（ 円） | | | | | | |
| 初期償却の開始日 | | | | | | | |
| 月額利用料 | 円 ～ 円 | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | 無・有 | | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 無・有 | | | | | | |
| 料金プラン ※10 | 月額利用料 | 内 訳 | | | | | |
| | | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 算定根拠 ※11 | 管理費 | | | | | | |
| | 介護費用 | | | | | | |
| | 食費 | | | | | | |
| | 光熱水費 | | | | | | |
| | 家賃相当額 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 月額利用料に含まれない実費負担等 ※12 | | | | | | | |

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 (割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要介護1 | 円 | 円 |
| 要介護2 | 円 | 円 |
| 要介護3 | 円 | 円 |
| 要介護4 | 円 | 円 |
| 要介護5 | 円 | 円 |

各種加算の状況

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

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 (割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要支援1 | 円 | 円 |
| 要支援2 | 円 | 円 |

各種加算の状況

| 身体的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) | |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | (無・有) | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (無・有) | |
| 栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (Ⅰ) |
| | | (Ⅱ) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (Ⅰ)イ |
| | | (Ⅰ)ロ |
| | | (Ⅱ) |
| | | (Ⅲ) |

| | | |
|------------|-------|-----|
| 介護職員処遇改善加算 | (無・有) | I |
| | | II |
| | | III |
| | | IV |
| | | V |

(3) 月払い方式

| | | | | | | | |
|-------------------------|---|-------------------------|------|--------|--------|--------|-----|
| 費用の支払方法 ※9 | 敷金は入居時一時払い、月額利用料その他は毎月の請求による月払い | | | | | | |
| 敷金 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (159,000円、家賃相当額の3か月分) | | | | | | |
| 月額利用料 | 117,000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 | | | | | |
| | | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| | 117,000 | 9,000 | — | 33,000 | 22,000 | 53,000 | |
| | | | | | | | |
| 算定根拠 ※11 | 管理費 | 建物内設備及びエレベーターの維持、修繕費用 | | | | | |
| | 介護費用 | | | | | | |
| | 食費 | 食材料費、調理人件費 | | | | | |
| | 光熱水費 | 水道光熱費 | | | | | |
| | 家賃相当額 | 建物建設費の償却費、土地建物の維持費及び修繕費 | | | | | |
| その他 | 共有設備に係る消耗品費 | | | | | | |
| 月額利用料に含まれない実費負担等 ※12 | おむつ代、清掃、洗濯、被服クリーニング、理美容、医療費、医療機関への移送・同行に係る交通費、行事食の通常食との差額、金銭管理、介護保険適用外のサービス | | | | | | |

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 (割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要介護1 | 円 | 円 |
| 要介護2 | 円 | 円 |
| 要介護3 | 円 | 円 |
| 要介護4 | 円 | 円 |
| 要介護5 | 円 | 円 |

各種加算の状況

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

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 (割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要支援1 | 円 | 円 |
| 要支援2 | 円 | 円 |

各種加算の状況

| 身体的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) | |
| 個別機能訓練加算 | (無・有) | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | (無・有) | |
| 医療機関連携加算 | (無・有) | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (無・有) | |
| 栄養スクリーニング加算 | (無・有) | |
| 認知症専門ケア加算 | (無・有) | (Ⅰ) |
| | | (Ⅱ) |
| サービス提供体制強化加算 | (無・有) | (Ⅰ) イ |
| | | (Ⅰ) ロ |
| | | (Ⅱ) |
| | | (Ⅲ) |

| | | | | |
|--|--|--|-----|--|
| | | | I | |
| | | | II | |
| | | | III | |
| | | | IV | |
| | | | V | |

(4) 共通事項

| | |
|----------------------------------|---|
| 改定ルール（勘案する要素及び改定手続等） | 神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案して、入居者と協議の上行う。 |
| 前払金の返還金の保全措置 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 保全措置の内容（ ） 無の場合の理由（ 敷金のみ の為 ） |
| 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（ 施設所有(管理)者賠償責任保険 あいおいニッセイ同和損害保険(株) ） |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 入居金、敷金、家賃相当額 なお、それ以外の費用は消費税登を含んだ金額です。 |
| 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 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

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

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

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

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 明るく健康で生きがいのある施設を目指す |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者様の要請を考慮する 利用者様に尊敬と感謝の念をもつ |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3なし |

| | |
|----------------|--|
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 共用設備に係る消耗品、管理 |
| | 食費 | 三食の提供、配膳 |
| | その他 | 共有設備に係る消耗品費（ゴミ袋、台所用品、コインランドリー使用料、トイレトペーパー、シャンプー、電球など） |
| (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 | 委託先 | 有限会社太陽 居宅内容 居室配膳、下膳、調理 |
| 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 | 本社 | <ul style="list-style-type: none"> ・社長－小林幸広 TEL 044-211-3323 本社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。 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 TEL 045-329-3447 ・川崎市健康福祉局長寿社会部高齢事業推進課 TEL 044-200-2454 |
| 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） | 事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。 | |
| 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当たり、事故が発生し入居者の生命、財産に損害が生じた場合には、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 |
| | 入居者基金への加入 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 |
| 利用者アンケート調査、意見 | 有 | 実施日 |

| | | | |
|---------------------|---|--------|---------|
| 箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | 結果の開示 | 1 有 2 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 | | 居室。但し、介護サービスは訪問介護による。 |
| 入を居住後に替居え室又は合施設 | 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) | |
| | 従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上) | |
| | 提携ホームへ住み替える場合(同上) | |

6 医療

| | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|
| 協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人社団 友輝会 バイクリニック |
| | 診療科目 | 内科、麻酔科、整形外科、在宅医療 |
| | 所在地 | 川崎市川崎区本町 1-8-2 トラストビル 3F |
| | 距離及び所要時間 | 約 1.5km 車で 5分 |
| | 協力内容 | 月 2 回往診 |
| 協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| | 距離及び所要時間 | |
| | 協力内容 | |

| | |
|--|---|
| 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"> ・医療機関への移送・同行については基本的にはご家族に対応していただきますが、ご家族の対応が困難な場合に関しては、別途事業所を紹介し、その事業所に対応していただきます。（医療機関への移送・同行に係る費用はその事業所へお支払いいただきます） ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合いいただき、希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料のうち家賃相当額及び管理費をお支払い下さい。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 |
|--|---|

7 入居状況等

（令和元年7月1日現在）

| | | | | |
|--|--|--------|--------|--------|
| 入居者数及び定員 | 23人（定員 24人） | | | |
| 入居者の状況 | 男性 | 17人 | 女性 6人 | |
| | 自立 | 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 | | | | |
| 要支援 | 人 | (内訳) | 要支援1 人 | |
| | | 要支援2 人 | | |
| 平均年齢 | 歳（男性 歳、女性 歳） | | | |
| 運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等） | 年2回開催 第1回－上半期の施設運営状況及びその他議題について 苦情及び事故の対応状況について 第2回－月額利用料の改定、下半期の施設運営状況及びその他議題について 苦情及び事故の対応状況について | | | |

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

（令和元年7月1日現在）

| | 職員数 | 常勤換算後の | | 夜間勤務職員数 （時～翌時） （最少人数） | 備考 （資格・委託等） |
|------|--------|--------|--------|-----------------------------|----------------|
| | | 人数 | うち自立対応 | | |
| 従業者の | 管理者 | 1 () | / | | |
| | 生活相談員 | () | | | |
| | 直接処遇職員 | () | | | |
| | 介護職員 | () | | | |

| | | | | | | | |
|--------|---------|---------|--|--|--|--|----------|
| 内 訳 | 看護職員 | () | | | | | |
| | 機能訓練指導員 | () | | | | | |
| | 理学療法士 | () | | | | | |
| | 作業療法士 | () | | | | | |
| | その他 | () | | | | | |
| | 計画作成担当者 | () | | | | | |
| | 医師 | () | | | | | |
| | 栄養士 | () | | | | | |
| | 調理員 | 2 (2) | | | | | (有)太陽へ委託 |
| | 事務職員 | () | | | | | |
| | その他職員 | () | | | | | |
| | 合計 | 3 (2) | | | | | |

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日常生活に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

| | | 他の職務との兼務 | | 1 あり | | 2 なし | | | | | |
|--|---------------|--------------|------|------|--------|-------|------|---------|-----|---------|-----|
| | | 兼務に係る 資格等 | 1 あり | | 資格等の名称 | | 2 なし | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| 数 業 務 に 応 じ た 従 事 し 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 | | | | | 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 | | | |
| 要介護者の人数 | | | |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16 | | | |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※17 | | | |
| 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 | : | : | : |
| 常勤換算方法の考え方 | 常勤職員の週勤務時間 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 | : | ~ : : |
| | 日勤 | : | ~ : : |
| | 遅番 | : | ~ : : |
| | 夜勤 | : | ~ : : |
| | 看護職員 早番 | : | ~ : : |
| | 日勤 | : | ~ : : |
| | 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) | 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) | 独身者、高齢者、身体に障害をお持ちの方など。 |
| 身元引受人等の条件及び義務等 | 身元引受人(保証人)は、本契約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います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。 |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | 否・ <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 | (施設からの契約解除) 1 事業者は、入居者が次の各号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 |

| | | | | |
|-------------------|---------|--|----------|---|
| | | <p>することが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> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月額利用料その他の支払を正当な理由がなくしばしば遅延するとき</p> <p>三 入居契約書に記載されている禁止条項の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の予告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等の弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除予告に伴う予告期間中に、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、入居者や身元引受人等その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 1の四によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの契約解除)</p> <p>1 入居者は事業者に対して、別途定める解約届を退去日の30日前までに提出することにより、本契約を解除することができます。</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みなします。</p> <p>(入居一時金の返還について)</p> <p>「3 利用料 解約時の返還金」のとおり計算し、契約終了日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 | 人 | |
| | | 社会福祉施設 | 人 | |
| | | 医療機関 | 人 | |
| | | 死亡者 | 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) | 人 |
| | | 入居者側の申し出 | | 人 |

| | | |
|----------------|---------------------------------------|----------|
| | | (解約事由の例) |
| 体験入居の期間及び費用負担等 | 期間は最大2泊3日 費用は1泊2日 5,250円(食費3食分を含む) | |

※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 ・ <u>写し交付</u>) | 2 非公開 |
| | 入居契約書の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>) | 2 非公開 |
| | 管理規程の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>) | 2 非公開 |
| | 財務諸表の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付) | 2 非公開 |
| | 事業収支計画の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<u>閲覧</u> ・ 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 _____

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 | その都度徴収するサービス | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | その都度徴収するサービス | |
| 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 時～時 | 有・無 | 希望により | 希望により | 夜間2回以上 行う場合は、 | 希望により | 希望により | 夜間2回以上 行う場合は、 | 希望により | 希望により | 夜間2回以上 行う場合は、 |
| ・夜間 時～時 | 有・無 | 対応 | 対応 | 実費 | 対応 | 対応 | 実費 | 対応 | 対応 | 実費 |
| ②食事介助 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ③排泄 | | | | | | | | | | |
| ・排泄介助 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・おむつ交換 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・おむつ代 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ④入浴等 | | | | | | | | | | |
| ・清拭 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・一般浴介助 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・特浴介助 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| ⑤身辺介助 | | | | | | | | | | |
| ・体位交換 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・居室からの移動 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・衣類の着脱 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・身だしなみ介助 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ⑥機能訓練 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ⑦通院の介助 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ⑧緊急時対応 | | | | | | | | | | |
| ・ナースコール | 有・無 | 有 | — | — | 有 | — | — | 有 | — | — |
| 2. 生活サービス | | | | | | | | | | |
| ①家事 | | | | | | | | | | |
| ・清掃 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・洗濯 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ②居室配膳・下膳 | 有・無 | 適宜対応 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | 適宜対応 | — |
| ③理美容 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ④代行 | | | | | | | | | | |
| ・買物 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・役所手続 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| 3. 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| ・健康診断 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・健康相談 | 有・無 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| ・生活指導 | 有・無 | 適宜対応 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | 適宜対応 | — |
| ・医師の往診 | 有・無 | — | 月2回 | 実費 | — | 月2回 | 実費 | — | 月2回 | 実費 |
| 4. 入退院時、入院中のサービス | | | | | | | | | | |
| ・医療費 | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・移送サービス | 有・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| 5. その他サービス | | | | | | | | | | |
| ・金銭管理 | 有・無 | — | — | 月額1,500円 | — | — | 月額1,500円 | — | — | 月額1,500円 |

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。

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) | | 選択してください | <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 | 選択してください | 選択してください | <input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。 | |
| 3 | 浴室 | 選択してください | 選択してください | <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> スロープがない。 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。 | |
| 4 | 便所 | 選択してください | 選択してください | <input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input checked="" 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 | 選択してください | 選択してください | <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) | 選択してください | 選択してください | <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 | 選択してください | | | |
| 8 | 面談室 | 選択してください | | | |
| 9 | 汚物処理室 | 選択してください | 選択してください | <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 | 選択してください | 選択してください | (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 | 選択してください | 選択してください | <input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり等がない。 | |
| 12 | スプリンクラー | 選択してください | | | |
| 13 | 緊急通報装置 | 選択してください | 選択してください | (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 | | 選択してください | <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 checked="" type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input checked="" 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 | | 選択してください | <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。