

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	スマリンフィルケア株式会社
代表者名	代表取締役 間庭 和夫
所在地	東京都千代田区内神田一丁目2番2号
電話番号/FAX番号	電話 03-3518-8588 / FAX 03-3233-8812
ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp
資本金(基本財産)	1億円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	住友林業株式会社
設立年月日	平成16年5月6日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)3,968百万円 (費用)4,502百万円 (損益)▲533百万円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	通所介護

※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	エスペランサ川崎	
施設の類型及び表示事項	類型	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	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 <input type="checkbox"/> 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1475001663、指定年月日 平成19年7月1日) 介護専用型・ <input type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり

	<p>2.5： 1以上</p> <p>要介護認定を受けている方に対して、現在及び将来にわたって、要介護者2.5人に対して職員1人以上の割合（年度ごとの平均値）で介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護サービスの職員配置基準（3：1以上）を上回る手厚い体制であり、保険外に別途費用を受領できるとされています。</p> <p>なお、職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また常時要介護者2.5人に職員が1人お世話するものではありません。</p>																											
介護に関わる職員体制																												
提携ホームの利用等	<p>1 <input type="checkbox"/> 提携ホーム利用可（入居者の希望により当社が運営する施設へ住み替えができる場合があります。）</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 提携ホーム移行型（ ）</p>																											
開設年月日	平成19年7月1日																											
施設の管理者氏名	渡邊 公彦																											
所在地	神奈川県川崎市川崎区榎町2-2																											
電話番号／FAX番号	044-244-9300																											
メールアドレス																												
交通の便 ※3	京急「川崎駅」徒歩8分（640m）																											
ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp																											
敷地概要 ※4	<p>権利形態 所有 ・ 借地</p> <p>（借地の場合の契約形態） 通常借地契約・定期借地契約</p> <p>（借地の場合の契約期間） 年 月 日～ 年 月 日</p> <p>（通常借地契約における自動更新条項の有無） 無・有</p> <p>敷地面積404.48㎡</p>																											
建物概要	<p>権利形態 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家</p> <p>（借家の場合の契約形態） <input type="checkbox"/> 通常借家契約・定期借家契約</p> <p>（借家の場合の契約期間） 平成19年6月29日～令和9年6月28日</p> <p>（通常借家契約における自動更新条項の有無） 無・<input type="checkbox"/> 有</p> <p>建物の構造 鉄筋コンクリート造</p> <p>地下-階地上7階建 (<input type="checkbox"/> 耐火・準耐火・その他)</p> <p>延床面積 1,802.00㎡（うち有料老人ホーム1,802.00㎡）</p> <p>建築年月日 平成19年6月29日建築</p> <p>改築年月日 年 月 日改築</p> <p>建築確認の用途指定 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・その他（ ）</p>																											
居室、一時介護室の概要	<p>居室総数 40室 定員 40人（一時介護室を除く）</p> <p>（内訳）</p> <table border="1"> <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>40室</td> <td>16.13㎡～16.65㎡</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	40室	16.13㎡～16.65㎡	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	40室	16.13㎡～16.65㎡																									
	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 4階 (32.86㎡) 5階 (32.86㎡) ※両階とも機能訓練コーナー兼用
	浴室	一般浴槽	設置階 2階 (22.34㎡) 3階 (個浴 3.20㎡) 6階 (個浴 3.20㎡)
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 (㎡)
		ストレッチャー浴	設置階 2階 (8.00㎡) 一般浴槽と同一場所に設置 (カーテンでの仕切りあり)
	便所		設置箇所 各居室、1、4、5階に共用
	洗面設備		設置箇所 各居室、1、4、5階に共用
	医務室(健康管理室)		設置階 2階 (16.65㎡)
	談話室		設置階 7階 (11.10㎡)
	面談室		設置階 1階 (12.30㎡)
	事務室		設置階 1階
	洗濯室		設置階 2階 (8.84㎡)
	汚物処理室		設置階 2階 (8.84㎡)
	看護・介護職員室		設置階 4階 (5.17㎡)
			5階 (5.17㎡)
			7階 (5.17㎡)
	機能訓練室		設置階 4階 (32.86㎡)
			5階 (32.86㎡) 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		1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)
居室のある区域の廊下幅		両手すり設置後の有効幅員 (1.8m~1.8m)	
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 各居室(ベット横)に会話可能なケアコールを設置。各居室(トイレ横)及び共用部分(浴室、トイレ)にコールを設置 安否確認の方法・頻度等 要介護の方は2時間に1回。その他必要に応じ適宜見回り。		
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	入居者の希望により当社が運営する施設へ住み替えができる場合があります。		

- ※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	<u>選択方式</u>
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 <u>日割り計算で減額</u>		
		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	消費者物価指数及び人件費、物価の変動時		
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴いて同意を得た上で行う。		

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居日までに弊社指定の銀行口座へお振込み下さい
敷金	<u>無</u> ・ 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 4,560,000円 ～17,400,000円
想定居住期間又は償却期間	48ヶ月～120ヶ月
算定の基礎（内訳）	<p>■特別プラン 月額単価（145,000円）の全額を前払金として受領 月額単価（145,000円）×想定居住期間（48ヶ月～120ヶ月）により算出</p> <p>■基本プラン 月額単価（145,000円）の一部（95,000円）を前払金として受領し、残額（50,000円）を月額利用料として受領 月額単価（95,000円）×想定居住期間（48ヶ月～120ヶ月）により算出</p> <p>〔月額単価の説明〕 近傍同種家賃を参照し算出</p> <p>〔想定居住期間の説明〕 当社既存施設を元に統計的に算定し、居住継続率が概ね50%になるところから算出</p>

解約時の返還金（算定方法等）	<p>【入居金償却期間内の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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は、前払金の非返還対象分とし、入居日の翌日に償却するとともに、残金を各月毎に均等に償却期間月数で償却。 ・ 償却期間は想定居住期間 ・ 返還金は本契約終了の翌日から起算して90日以内に返還 <p>算定式 （前払金－想定居住期間を超えて契約継続に備えて事業者が受領する額）÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>償却期間月数 65歳～69歳 120ヶ月 70歳～79歳 96ヶ月 80歳～89歳 72ヶ月 90歳以上 48ヶ月</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居日より3月以内に退去した場合は前払金全額を返還します。但し、この場合、一日あたりの利用料、及び原状回復費用（必要な場合）を徴収します。 <p>算定式 前払金の1日当たりの利用料 「（前払金÷想定居住期間の月数）÷30」</p>						
	返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/> （想定居住期間を超えて事業者が受領する額を入居日の翌日に事業者は取得する）					
初期償却の開始日	入居日の翌日に事業者は取得する						
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	170,640円（うち消費税12,640円） ～ 220,640円（うち消費税12,640円）						
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	内 訳					その他
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	

	特別プラン 159,840 うち消費税 12,640	84,240 うち消費税 6,240	0	64,800 うち消費税 4,800	21,600 うち消費税 1,600	0	
	基本プラン 220,640 うち消費税 12,640	84,240 うち消費税 6,240	0	64,800 うち消費税 4,800	21,000 うち消費税 1,600	50,000 非課税	
算定根拠 ※11	管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費					
	介護費用	-					
	食費	1日当たり 2,160円（うち消費税160円）×30日で積算 1日2,160円（うち消費税160円） （内訳）朝食540円（うち消費税40円） 昼食756円（うち消費税56円） 夕食864円（うち消費税64円） ※外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合は、厨房維持管理費を除く朝食 275円・昼食 386円・夕食 443円を返金させていただきます。					
	光熱水費	入居者等が居室で使用する水道、電気の使用料については 光熱水費として既定の額をお支払いいただきます。 電話料及びNHK受信料これらに類する公共料金については、これを供給する事業者の料金規程及び支払い方法によります。					
	家賃相当額	近傍同種家賃を参照し算出。なお、プランによって一部または全額を前払金充当					
	その他	75,600円（うち消費税5,600円） 自立者の別途負担（要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス等にかかる人件費として）					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	〔要介護者・要支援者〕 介護保険の本人負担分 〔自立・要介護者・要支援者共通〕 医療費、オムツ、理美容、小旅行実費、希望による清拭、週4回以上の洗濯、週2回以上の清掃、被服クリーニング、市外通院の介助、市外への入退院時移送、週2回以上の買い物代行、月2回以上の役所手続き、年3回以上の定期健康診断、行事食の通常食との差額						

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	171,734円	17,174円
要介護2	192,638円	19,264円
要介護3	214,828円	21,483円
要介護4	235,411円	23,542円
要介護5	257,280円	25,728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・有)	
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・有)	
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
		<u>(II)</u>
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	(III)
		<u>I</u>
		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 (1割の場合)
要支援1	57,888円	5,789円
要支援2	99,374円	9,938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・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・ <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・有)	
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
		<u>(II)</u>
		(III)

介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V

(3) 月払い方式

費用の支払方法※9	契約締結日まで一括払い						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (600,000円、家賃相当額の4.1か月分)						
月額利用料	315,640円 (うち消費税12,640円)						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" 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
	315,640 うち消費税 12,640	84,240 うち消費税 6,240	0	64,800 うち消費税 4,800	21,600 うち消費税 1,600	145,000 非課税	0
算定根拠 ※11	管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費					
	介護費用						
	食費	1日当たり 2,160円 (うち消費税160円) ×30日で積算 1日2,160円 (うち消費税160円) (内訳) 朝食540円 (うち消費税40円) 昼食756円 (うち消費税56円) 夕食864円 (うち消費税64円) ※外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合は、厨房維持管理費を除く朝食283円・昼食396円・夕食453円を 返金させていただきます。					
	光熱水費	入居者等が居室で使用する水道、電気の使用料については光熱水費として既定の額をお支払いいただきます。電話料及び NHK受信料これらに類する公共料金については、これを供給する事業体の料金規程及び支払い方法によります。					
	家賃相当額	当社における入居金プランと月払プランにおける退去率と一定期間の空室発生リスク等を踏まえ、長期にわたって安定的な経営ができるように設定しております。					
その他	75,600円 (うち消費税5,600円) 自立者の別途負担 (要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス等 にかかる人件費として)						

<p>月額利用料に含まれない実費負担等 ※12</p>	<p>〔要介護者・要支援者〕 介護保険の本人負担分 〔自立・要介護者・要支援者共通〕 医療費、オムツ、理美容、小旅行実費、希望による清拭、週4回以上の洗濯、週2回以上の清掃、被服クリーニング、市外通院の介助、市外への入退院時移送、週2回以上の買い物代行、月2回以上の役所手続き、年3回以上の定期健康診断、行事食の通常食との差額</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か月30日の例)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>月額</th> <th>利用者負担額 (1割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>171,734円</td> <td>17,174円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>192,638円</td> <td>19,264円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>214,828円</td> <td>21,483円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>235,411円</td> <td>23,542円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>257,280円</td> <td>25,728円</td> </tr> </tbody> </table>	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合)	要介護1	171,734円	17,174円	要介護2	192,638円	19,264円	要介護3	214,828円	21,483円	要介護4	235,411円	23,542円	要介護5	257,280円	25,728円	
	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合)																	
	要介護1	171,734円	17,174円																	
	要介護2	192,638円	19,264円																	
	要介護3	214,828円	21,483円																	
	要介護4	235,411円	23,542円																	
	要介護5	257,280円	25,728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・有)																		
	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・有)																		
	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																	
			<u>(II)</u>																	
			(III)																	
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か月30日の例)																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>月額</th> <th>利用者負担額 (1割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>57,888円</td> <td>5,789円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>99,374円</td> <td>9,938円</td> </tr> </tbody> </table>	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合)	要支援1	57,888円	5,789円	要支援2	99,374円	9,938円											
区分	月額	利用者負担額 (1割の場合)																		
要支援1	57,888円	5,789円																		
要支援2	99,374円	9,938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・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・ <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・有)																			
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																		
		<u>(II)</u>																		
		(III)																		

			<input type="checkbox"/> I
			<input type="checkbox"/> II
			<input type="checkbox"/> III
			<input type="checkbox"/> IV
			<input type="checkbox"/> V

介護職員処遇改善加算

(無・有)

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	消費者物価指数及び人件費、物価の変動を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて同意を得た上で行う。
前払金の返還金の保全措置	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <p>保全措置の内容(不動産信用保証株式会社が行う「前払金保証事業」に拠出し、保全を実施。 。保証金については保全措置の対象外とします。) 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"/> 有</p> <p>有の場合の保険名 三井住友海上火災保険株式会社 (総合賠償責任保険、団体総合生活補償保険)</p>
消費税の対象外とする利用料等	前払金、家賃相当額 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。
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）	<p><input type="checkbox"/> 無・有</p> <p>有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照</p>

※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	介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿い、同時に利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、必要とされるサービス提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	機能維持のための訓練に注力し、自立支援に向けた取組みを行なっています。

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) 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	共用施設の管理、補修、フロントにおける各種取次ぎサービス、入退院時の手続き介助、生活相談					
	食費	1日3食（定食方式）、おやつ 食堂内配膳（必要時居室配膳・下膳）、栄養管理					
	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	委託先：イフスコヘルスケア株式会社 委託内容：厨房業務全般						
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	<table border="1"> <tr> <td>施設担当者 (ホーム長) 渡邊 公彦</td> <td>044-244-9300</td> </tr> <tr> <td>本社窓口 (担当責任者) 管理本部長 北村 謙一</td> <td>03-3518-8588</td> </tr> </table>		施設担当者 (ホーム長) 渡邊 公彦	044-244-9300	本社窓口 (担当責任者) 管理本部長 北村 謙一	03-3518-8588	
	施設担当者 (ホーム長) 渡邊 公彦	044-244-9300					
	本社窓口 (担当責任者) 管理本部長 北村 謙一	03-3518-8588					
	「苦情解決細則」に従い担当者に連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。 また、施設及び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。						
	<table border="1"> <tr> <td>公益社団法人 全国有料老人ホーム協会</td> <td>03-3548-1077</td> </tr> <tr> <td>神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係</td> <td>045-329-3447</td> </tr> <tr> <td>川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課</td> <td>044-200-2454</td> </tr> </table>		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	03-3548-1077	神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係	045-329-3447	川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課
公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	03-3548-1077						
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係	045-329-3447						
川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課	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、協力医療機関の24時間電話窓口への連絡若しくは119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、ホーム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"/>		
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、財産に損害が発生した場合には、速やかに誠実に対応します。但し、地震、戦争、暴動等の天災、人災、あるいは入居者の故意、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。 （引受会社） 三井住友海上火災保険株式会社 ・損害保険（死亡・後遺障害、入院・通院保険） （引受会社） 三井住友海上火災保険株式会社 ・総合賠償責任（業務上の事故に伴う賠償責任）		
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 無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
	入居者基金への加入 <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日	平成31年1月27日
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/>		

※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	入居されている介護居室において介護します。	
入居を居住後、住後、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）	—

<p>え室 る又 場は 合施 設</p>	<p>従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）</p>	<p>介護居室等から他の介護居室への住み替え</p> <p>1. 事業者からの申出による住み替えの場合</p> <p>事業者は、入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。この場合、事業者は居室の住み替え等により、入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、次の各号の手続きを行います。</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②入居者の意思を確認する</p> <p>③入居者の身元引受人の意見を聴く</p> <p>④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</p> <p>⑤住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人に説明を行う。</p> <p>⑥入居者の同意を得る。</p> <p>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。この場合、居室の清掃費及び原状回復費はございません。</p> <p>前払金の精算については、現居室の償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の償却残額に合わせるものとします。現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。ただし、現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが多い場合は、その差額は頂きません。</p> <p>2. 入居者からの申出による住み替えの場合</p> <p>事業者は、入居者から目的施設内におけるサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、サービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <p>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。また、居室の変更による契約プランの変更は致しません。この場合、入居者は居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。</p> <p>前払金の精算については、現居室の前払金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の前払金償却残額に合わせるものとします。現居室の前払金償却残額より、住み替え後居室の前払金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現居室の前払金償却残額より、住み替え後居室の前払金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。</p>
--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	提携ホームへ住み替える場合（同上）	<p>事業者は、入居者から事業者が運営する他の施設へのサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、事業者が運営する他の施設へのサービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <p>変更にあたっては、目的施設における全ての契約を解約し、変更を希望される施設で新たな契約を締結して頂く事で、居室の利用権は現施設における居室から、新しい施設における居室に変更となります。</p> <p>この場合、入居者は、居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。前払金の精算については、現施設における居室の前払金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後施設における居室の前払金償却残額に合わせるものとします。現施設における居室の前払金償却残額より、住み替え後施設における居室の前払金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現施設における居室の前払金償却残額より、住み替え後施設における居室の前払金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。償却年数については、住み替え後施設における居室の償却年数に合わせるものとし、住み替え後施設における居室の償却年数から、現施設における居室での居住年数（契約締結時年齢）を差し引いた年数を、住み替え後施設における居室の償却年数とします。ただし、この申出が、申出時に先に定める償却期間を超えている場合、住み替え変更の申出はお受けできません。</p>
--	-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	医療法人社団檜会 川崎中原クリニック
	診療科目	内科、循環器科、ヒフ科
	所在地	川崎市中原区西加瀬 17-8 エクセレントビュー元住吉 1階
	距離及び所要時間	約 1.6 km 車で 30分
	協力内容	入居者の受診、治療、定期健康診断、健康相談指導 等
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団黎明会 おおもりの訪問クリニック
	診療科目	内科
	所在地	東京都大田区山王 3-27-6 大森ラルタビル 4階
	距離及び所要時間	約 8 km 車で 30分
	協力内容	入居者の受診、治療、定期健康診断、健康相談指導 等
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称 診療科目	医療法人社団招福会川崎七福診療所 内科 循環器科
	所在地	神奈川県川崎市川崎区小田 1-1-2 ソルスティス京町ビル 4F

	距離及び所要時間 協力内容	約 2.3 km 車で 8 分 入居者の受診、治療、定期健康診断、 健康相談指導 等
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団葵会 AOI 国際病院
	診療科目	内科 外科
	所在地	神奈川県川崎市川崎区田町 2-9-1
	距離及び所要時間	約 4.4 km 車で 14 分
	協力内容	医療提供
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団藤栄会 日航ビル歯科室
	診療科目	歯科・小児歯科・歯科口腔外科 審美歯科・訪問歯科
	所在地	川崎市川崎区日新町 1 日航ビル 6 階
	距離及び所要時間	約 1.2 km 徒歩 20 分
	協力内容	週 1 回歯科治療 口腔衛生指導
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>[通院] 協力医療機関への通院同行は月額使用料に含みます。 （自立者の通院介助は実費負担）</p> <p>[入院] ・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、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は管理費、光熱水費、家賃相当額をお支払いください。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は前払金及び月額利用料に含みます。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また週 1 回の清掃を行います。</p>	

7 入居状況等

(令和 元年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	40 人（定員 40 人）		
入居者の状況	男 性	9 人、女 性	3 人
	自 立	0 人	
	要介護	人	(内訳) 要介護 1 5 人 要介護 2 9 人 要介護 3 11 人 要介護 4 7 人 要介護 5 3 人

	要支援 人	(内訳) 要支援1 3人 要支援2 2人
平均年齢	88.2歳 (男性 83.2歳、女性 89.6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)	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回実施 ・過去1年間の開催状況 	
	開催日	参加人数
	主な議題及び主な意見	
平成30年 8月19日	7	<ul style="list-style-type: none"> ① 施設状況報告 ② ご意見箱、満足度アンケートについて ③ 今後の行事予定について ④ 健康管理と感染症対策について ⑤ 介護サービスについて ⑥ 食事について ⑦ 質疑応答
平成31年 1月27日	11	<ul style="list-style-type: none"> ① 施設状況報告 ② ご意見箱、満足度アンケートについて ③ 行事予定について ④ 健康管理と感染対策 ⑤ 介護サービス全般について ⑥ 食事提供について ⑦ 質疑応答

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			
従業者の内訳	管理者	1 ()	/			
	生活相談員	1 ()				
	直接処遇職員	20 (6)		18.1	0	
	介護職員	16 (4)		15.0	0	
	看護職員	4 (2)		3.1	0	
	機能訓練指導員	1 (1)				
	理学療法士	1 (1)				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	1 ()				
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	()				
	事務職員	1 ()				
その他職員	2 (2)					

合 計	27 (9)				
-----	----------	--	--	--	--

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 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		兼務に係る資格等		1 あり							
				資格等の名称							
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 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		1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
業務に 応じた 従事した 職員の 経験 人数	1年未満	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	4	1	0	0	0	1	1	0
	3年以上 5年未満	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	6.0	2.0	2.0
要介護者の人数	28.0	34.0	35.0
指定基準上の直接処遇職員 の人数 ※16	11.9	11.5	11.5
配置している直接処遇職員 の人数 ※17	12.5	14.1	14.1

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	2.4 : 1	2.3 : 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		
従業員の勤務体制の概要	介護職員 早番	8 : 00～17 : 00	
	日勤	9 : 00～18 : 00	
	遅番	10 : 30～19 : 30	
	夜勤	17 : 00～ 9 : 30	
	看護職員 日勤	9 : 00～18 : 00	

※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	0 人 (0人)	介護職員実務者研修修了者	3 人 (0人)
介護福祉士	8 人 (2人)	介護職員初任者研修修了者	4 人 (0人)
介護支援専門員	0 人 (0人)	資格なし	0 人 (0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)	概ね65歳以上で自立の方。 要支援及び要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人を1名定めていただきます。身元引受人は、本契約に基づく入居者の債務について、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"/>
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	〔事業者の契約解除事由〕 1. 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより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。 (1) 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 (2) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき (3) 入居契約書第3条 (目的施設の終身利用契約) 第4項の規定に違反したとき (4) 入居契約書第20条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反したとき

		<p>(5) 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>・前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>(1) 契約解除の通告について、90日の予告期間をおく</p> <p>(2) 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>(3) 解除通告に伴う予告期間中に入居者の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. 第1項5号によって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第1号及び第2号に掲げる手続きを行います。</p> <p>(1) 医師の意見を聴く</p> <p>(2) 一定の観察期間を置く</p> <p>4. 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>(1) 入居契約書第45条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>(2) 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>(3) 入居契約第20条（禁止又は制限される行為）第1項第6号から第8号までの各号に掲げる行為を行ったとき</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、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、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解約届を事業者に届け出るものとします。</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> <p>(1) 第45条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>(2) 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</p> <p>〔前払金の返還〕について</p> <p>「3. 利用料 解約時の返還金」の通り計算し、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>	
度 年 前	退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	0人

		医療機関	0人	
		死亡者	8人	
		その他	0人	
	生前解約の状況	施設側の申し出		0人
			(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		3人	
		(解約事由の例) 医療依存度が高くなったため		
体験入居の期間及び費用負担等		・体験入居（最長7泊8日、3食付） 1泊12,960円（うち消費税960円） ・長期体験入居（最長30泊31日、3食付） 1泊16,200円（うち消費税1,200円） 介護保険は適用外となります。		

※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（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	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 _____

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 時～ 時	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		(希望により) 2時間ごと		2時間ごと及び適宜			2時間ごと及び適宜		
・夜間 時～ 時	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		(希望により) 2時間ごと		2時間ごと及び適宜			2時間ごと及び適宜		
②食事介助										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		1回につき	1,080円	一部または全面介助			一部または全面介助		
③排泄										
・排泄介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				排泄の都度一部介助			排泄の都度全面介助		
・おむつ交換	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				就寝時に装着し起床時に着脱			随時全面介助		
・おむつ代	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			実費			実費			実費
④入浴等										
・清拭	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		1回につき	1,080円	入浴不可の場合及び入浴日以外で必要に応じ実施	左記以外希望により1回につき	1,080円	入浴不可の場合及び入浴日以外で必要に応じ実施	左記以外希望により1回につき	1,080円
・一般浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				週3回入浴時見守りもしくは一部介助			週3回入浴時一部または全面介助		
・特浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無									
⑤身辺介助										
・体位交換	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				必要に応じ適宜対応			毎日3回及び随時のおむつ交換時		
・居室からの移動	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				杖、または歩行器で移動を介助			車椅子での移動を介助		
・衣類の着脱	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				毎日朝・夜・及び入浴時適宜一部介助			毎日朝・夜・及び入浴時適宜全面介助		
・身だしなみ介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				毎日朝・夜・及び入浴時適宜一部介助			毎日朝・夜・及び入浴時適宜全面介助		
⑥機能訓練										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				サービス計画に基づいて実施			サービス計画に基づいて実施		
⑦通院の介助										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		1時間につき	1,080円	協力医療機関	1時間につき	1,080円	協力医療機関	1時間につき	1,080円
⑧緊急時対応										
・ナースコール	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		24時間対応		24時間対応			24時間対応		
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃（日常清掃）	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		週1回	左記以外30分につき 648円	週1回	左記以外30分につき 648円		週1回	左記以外30分につき 648円	
・洗濯（私物・シーツ）	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		週3回	左記以外1回につき 216円	週3回	左記以外1回につき 216円		週3回	左記以外1回につき 216円	
・被服クリーニング	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		取次ぎ	実費	取次ぎ	実費		取次ぎ	実費	
②居室配膳・下膳										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無				必要に応じ随時			必要に応じ随時		
③理美容										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			実費			実費			実費
④代行										
・買物	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		週1回指定日	左記以外1時間につき 1,080円	週1回指定日	左記以外1時間につき 1,080円		週1回指定日	左記以外1時間につき 1,080円	
・役所手続	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		月1回指定日	左記以外1時間につき 1,080円	月1回指定日	左記以外1時間につき 1,080円		月1回指定日	左記以外1時間につき 1,080円	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		年2回	左記以外 実費	年2回	左記以外 実費		年2回	左記以外 実費	
・健康相談	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		随 時		随 時			随 時		
・生活指導	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		必要に応じ随時		必要に応じ随時			必要に応じ随時		
・医師の往診	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			診療費は実費			診療費は実費			診療費は実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>			実費			実費			実費
・移送サービス	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		協力医療機関へは同行、付添介助適宜対応	左記以外同行、付き添い介助1時間につき 1,080円	協力医療機関へは同行、付添介助適宜対応	左記以外同行、付き添い介助1時間につき 1,080円		協力医療機関へは同行、付添介助適宜対応	左記以外同行、付き添い介助1時間につき 1,080円	
5. その他サービス										
・レクリエーション										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			実費			実費			実費
・行事食										
	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			あらかじめお知らせします 通常食との差額			あらかじめお知らせします 通常食との差額			あらかじめお知らせします 通常食との差額

※ 入院等により欠食したとき、前々日までに届けをいただいた場合、厨房維持管理費を除き朝食275円・昼食386円・夕食443円返金させていただきます。

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て、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。

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

利用可能期間	最短 2日 ～ 最長 30日
サービスの 内容	ご本人の自立度に応じた介助を行います。 (入浴、食事、レクリエーション、体操、排泄介助等)

2 利用料

費用の支払方法							
1日あたりの利用料	10,500円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有						
料金プラン	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
		2,808		2,160	720	4,833	
算定根拠	管理費	月額利用料を30日で割ったもの					
	介護費用						
	食費	月額利用料を30日で割ったもの					
	光熱水費	月額利用料を30日で割ったもの					
	家賃相当額	月額利用料を30日で割ったもの					
	その他						
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	オムツ・嗜好品・医療費等 介護自己負担						
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						
		日 額	利用者負担額 (1割の場合)				
	要介護1	5,724円	572円				
	要介護2	6,421円	642円				
	要介護3	7,160円	716円				
	要介護4	7,847円	784円				
	要介護5	8,576円	857円				
	○各種加算の状況						
	夜間看護体制加算	(無・有)					
	サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I) イ				
(I) ロ							
<input checked="" type="checkbox"/> (II)							
(III)							
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	I					
		II					
		III					
		IV					
		V					

3 その他

利用(契約)に際しての 留意点、特記事項等	
--------------------------	--

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。