

作成日 令和元年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ベストライフ		
代表者名	代表取締役 長井 力		
所在地	東京都新宿区西新宿2-6-1 新宿住友ビルディング29階		
電話番号／FAX番号	03-5908-2020 / 03-5908-2200		
ホームページアドレス	http://bestlife.jp		
資本金(基本財産)	4,500万円		
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	株式会社ベストライフホールディングス 100%		
設立年月日	平成13年12月10日		
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)	33,800,985,245	円
	(費用)	30,095,864,018	円
	(損益)	3,705,121,227	円
会計監査人との契約	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ()		
他の主な事業	居宅介護支援事業		

※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		ベストライフ鷺沼
施設の類型 及び 表示事項	類型	①介護付 <u>一般型</u> 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川崎市指定介護保険特定施設 (番号 1475500268 指定年月日 平成13年4月1日) 介護専用型 <u>混合型</u> ・混合型(外部サービス利用型)・ 地域密着型 <u>介護予防</u> ・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	3:1以上
	提携ホームの利用等	①提携ホーム利用可 (入居者の都合により、当社の運営する他施設への移動を希望される場合、居室が空いていれば可能です。ただし、退去の手続きを行った上で、新たに移動先施設の入居契約手続きが必要です。この際、移動先施設の前払金が別途に必要となります。また、移動前の施設の前払金の返還は退去手続きが完了した月の2ヶ月後の月末に返還されます。認知症等、特別な身体状況により、適切な介護サービス提供のため、当社の運営する他施設へ移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この時、新たな前払金は発生しませんが、月額利用料及び利用システム、サービス等は住み替え先のものが適用されます。) 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	平成13年3月3日	
施設の管理者氏名	上野 紀子	
所在地	〒216-0004 神奈川県川崎市宮前区鷺沼1-3-6	
電話番号/FAX番号	044-871-6650 / 044-871-6670	
メールアドレス	saginuma@bestlife.jp	
交通の便 ※3	東急田園都市線「鷺沼駅」正面口から徒歩5分(約400m)	
ホームページアドレス	—	

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 734.28 m ²																											
建物概要	権利形態 所有 ・ <u>借家</u> (借家の場合の契約形態) <u>通常借家契約</u> 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2000年11月1日～2020年10月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ <u>有</u> 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下1階 地上5階建 (耐火) <u>準耐火</u> ・その他) 延床面積 1,467.92 m ² (うち有料老人ホーム 1,467.92 m ²) 建築年月日 昭和63年 3月24日建築 改築年月日 平成13年 3月 2日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u> ・その他()																											
居室、一時介護室の概要	居室総数 41 室、定員 46 人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" data-bbox="563 824 1353 1167"> <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>41 室</td> <td>15.12 m² ～ 30.24 m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>5 室</td> <td>m² ～ 30.24 m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m² ～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m² ～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>1 室</td> <td>m² ～ 6.92 m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m² ～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m² ～ m²</td> </tr> </tbody> </table>		居室定員	室数	面積	居室	個室	41 室	15.12 m ² ～ 30.24 m ²	うち2人定員	5 室	m ² ～ 30.24 m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	一時介護室	個室	1 室	m ² ～ 6.92 m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
	居室定員	室数	面積																									
居室	個室	41 室	15.12 m ² ～ 30.24 m ²																									
	うち2人定員	5 室	m ² ～ 30.24 m ²																									
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																									
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																									
一時介護室	個室	1 室	m ² ～ 6.92 m ²																									
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																									
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																									
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" data-bbox="536 1211 1414 1800"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 地下1階 (64.05 m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">浴室</td> <td>一般浴槽 設置階 地下1階 (26.60 m²)</td> </tr> <tr> <td>リフト浴 設置階 地下1階 (26.60 m²) ※一般浴槽にリフト設備設置</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴 設置階 階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 各居室、地下1階に共用</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 各居室、地下1階に共用</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 4階 (16.08 m²)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階 階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 地下1階 (11.60 m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">洗濯室</td> <td>設置階 地下1階 (4.59 m²)</td> </tr> <tr> <td>2～4階 (2.75 m²)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階 1階 (4.08 m²)</td> </tr> </table>	食堂	設置階 地下1階 (64.05 m ²)	浴室	一般浴槽 設置階 地下1階 (26.60 m ²)	リフト浴 設置階 地下1階 (26.60 m ²) ※一般浴槽にリフト設備設置	ストレッチャー浴 設置階 階 (m ²)	便所	設置箇所 各居室、地下1階に共用	洗面設備	設置箇所 各居室、地下1階に共用	医務室(健康管理室)	設置階 階 (m ²)	談話室	設置階 4階 (16.08 m ²)	面談室	設置階 階 (m ²)	事務室	設置階 地下1階 (11.60 m ²)	洗濯室	設置階 地下1階 (4.59 m ²)	2～4階 (2.75 m ²)	汚物処理室	設置階 1階 (4.08 m ²)				
食堂	設置階 地下1階 (64.05 m ²)																											
浴室	一般浴槽 設置階 地下1階 (26.60 m ²)																											
	リフト浴 設置階 地下1階 (26.60 m ²) ※一般浴槽にリフト設備設置																											
	ストレッチャー浴 設置階 階 (m ²)																											
便所	設置箇所 各居室、地下1階に共用																											
洗面設備	設置箇所 各居室、地下1階に共用																											
医務室(健康管理室)	設置階 階 (m ²)																											
談話室	設置階 4階 (16.08 m ²)																											
面談室	設置階 階 (m ²)																											
事務室	設置階 地下1階 (11.60 m ²)																											
洗濯室	設置階 地下1階 (4.59 m ²)																											
	2～4階 (2.75 m ²)																											
汚物処理室	設置階 1階 (4.08 m ²)																											

	看護・介護職員室	設置階 地下1階 (12.65 m ²)
	機能訓練室	設置階 3階 (16.08 m ²) 他の共用施設との兼用 (無)・有
	健康・生きがい施設	設置階 階 (m ²)
	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 全館 (各居室、共用部)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.6m)
消防用設備等	消火器	無・(有)
	自動火災報知設備	無・(有)
	火災通報設備	無・(有)
	スプリンクラー	無・(有)
	防火管理者	無・(有)
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・(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 ・各居室及び共用施設 (浴室、共用トイレ) に緊急コールを設置 安否確認の方法・頻度等 ・介護職員巡回による安否確認を実施	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6		
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容		

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

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

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

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	月払い方式	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	人件費、物価の変動等に基づく	
	手続き方法	入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定する	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	前払金（入居前一括納入）＋月額利用料（毎月27日までに次月分納入）		
敷金	☒・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 Aタイププランa 330万円（非課税） Bタイププランc 660万円（非課税） ※原則、契約期間中のプラン変更はできません。 ※契約時90歳以上の方に前払金割引制度有 契約時90歳以上の方が前払金割引制度を利用した場合 Aタイププランa 230万円（非課税） Bタイププランc 560万円（非課税） ※原則、契約期間中のプラン変更はできません。		
想定居住期間又は償却期間	想定居住期間は5年間の実日数とします。 （うるう年毎に1日加算します）		
算定の基礎（内訳）	近隣施設の前払金水準、立地条件、建物設備、居室面積等を勘案し決定		
解約時の返還金 （算定方法等）	$前払金 \times 70\% \div (\text{想定居住期間の日数}) \times (\text{想定居住期間} - \text{入居期間})$ ※ 想定居住期間は5年間の実日数とします。 （うるう年毎に1日加算します） ※ 退去による前払金の返還は、契約終了日（居室明け渡し日）の2ヶ月後の月末に返還とします。 ※ 契約を解除し退去した時点で返還金算定式により返還金が算定されます。		
返還の対象とならない額の有無	無・☒（前払金の30%） ※ 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として		
初期償却の開始日	※ 入居日の翌日が前払金償却の起算日となります。		
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	無・有（　　円）		
初期償却の開始日			
月額利用料	Aタイププランa 145,750円（消費税別） 税込151,750円 Bタイププランc（1名入居） 193,250円（消費税別） 税込199,250円 Bタイププランc（2名入居） 268,250円（消費税別） 税込280,250円 ※詳細は月額利用料表を参照		
年齢に応じた金額設定	無・☒		
要介護状態に応じた金額設定	☒・有		

	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
料金プラン ※10	Aタイプ プランa 145,750円(消費税別) 税込151,750円	20,000円 (消費税別)	/	55,000円 (消費税別)		70,750円	/
	Bタイプ プランc (1名入居) 193,250円(消費税別) 税込199,250円	20,000円 (消費税別)	/	55,000円 (消費税別)		118,250円	/
	Bタイプ プランc (2名入居) 268,250円(消費税別) 税込280,250円	40,000円 (消費税別)	/	110,000円 (消費税別)		118,250円	/
算定根拠 ※11	管理費	一人当たり 20,000円 (消費税別) 管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 なし					
	食費	一人当たり 55,000円 (消費税別) 用途：食材費及び業務委託費の一部として ※業務委託費は欠食の有無に関わらず、 月額31,000円 (消費税別) となります。 ※食材費は1日三食800円(消費税別)とな ります。800円 (消費税別) ×喫食日数を 当月分の食材費として頂戴します。 ※1日三食ともお召し上がりにならない場合に限り 1日分の食材費は発生致しません。 ※食事を召し上がらない場合は2日前までに 事務員に申し出て下さい。					
	光熱水費	※専用居室内の光熱水費は別途実費負担 (個別メーターによる)					
	家賃相当額	当該施設の設備に要した費用、管理事務費、地代に 相当する額等を基礎として、近傍同種の受託家賃か ら算定					
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 行事費 月額1,000円 用途：レクリエーション費用等 自立の方、要介護認定を受けていない方で生活サ ポートを希望される場合、月額利用料の他、 20,000円 (消費税別) で生活サポートをさせてい ただきます。 生活サポートの主な内容：日用品の買物代行、 居室清掃、洗濯等 ※上記、各費用は三月以内の契約解除の場合 でも返還されません。					

月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護保険1～3割負担金額、医療費、電気水道代、電話設置費用、電話代、日用品、オムツ等の介護用品、行事費等の費用は別途負担となります。																																																		
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)	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>1割負担額</th> <th>2割負担額</th> <th>3割負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>171,734 円</td> <td>17,174円</td> <td>34,347円</td> <td>51,521円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>192,638 円</td> <td>19,264円</td> <td>38,528円</td> <td>57,792円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>214,828 円</td> <td>21,483円</td> <td>42,966円</td> <td>64,449円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>235,411 円</td> <td>23,542円</td> <td>47,083円</td> <td>70,624円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>257,280 円</td> <td>25,728円</td> <td>51,456円</td> <td>77,184円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	1割負担額	2割負担額	3割負担額	要介護1	171,734 円	17,174円	34,347円	51,521円	要介護2	192,638 円	19,264円	38,528円	57,792円	要介護3	214,828 円	21,483円	42,966円	64,449円	要介護4	235,411 円	23,542円	47,083円	70,624円	要介護5	257,280 円	25,728円	51,456円	77,184円																				
	区 分	月 額	1割負担額	2割負担額	3割負担額																																														
	要介護1	171,734 円	17,174円	34,347円	51,521円																																														
	要介護2	192,638 円	19,264円	38,528円	57,792円																																														
	要介護3	214,828 円	21,483円	42,966円	64,449円																																														
	要介護4	235,411 円	23,542円	47,083円	70,624円																																														
	要介護5	257,280 円	25,728円	51,456円	77,184円																																														
	<p>各種加算の状況</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>身体的拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2">(減算型・<input checked="" type="radio"/>基準型)</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td colspan="2">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="radio"/>無・有)</td> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> <td>(Ⅰ) イ</td> </tr> <tr> <td>(Ⅰ) ロ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>(Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">(無・<input checked="" type="radio"/>)</td> <td><input checked="" type="radio"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅳ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅴ)</td> </tr> </tbody> </table>	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="radio"/> 基準型)		退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		入居継続支援加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		生活機能向上連携加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)		認知症専門ケア加算	<input checked="" type="radio"/> 無・有)	(Ⅰ)	(Ⅱ)	サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)	(Ⅰ) イ	(Ⅰ) ロ	<input checked="" type="radio"/> Ⅱ	(Ⅲ)	介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)	<input checked="" type="radio"/> Ⅰ	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(Ⅳ)	(Ⅴ)
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="radio"/> 基準型)																																																	
	退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																	
入居継続支援加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
生活機能向上連携加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)																																																		
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="radio"/> 無・有)	(Ⅰ)																																																	
		(Ⅱ)																																																	
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)	(Ⅰ) イ																																																	
		(Ⅰ) ロ																																																	
		<input checked="" type="radio"/> Ⅱ																																																	
		(Ⅲ)																																																	
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="radio"/>)	<input checked="" type="radio"/> Ⅰ																																																	
		(Ⅱ)																																																	
		(Ⅲ)																																																	
		(Ⅳ)																																																	
		(Ⅴ)																																																	

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)	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	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	要支援1	57,888 円	5,789円	11,578円	17,367円
	要支援2	99,374 円	9,938円	19,875円	29,813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・ <u>有</u>)			
	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・ <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>)			
	認知症専門ケア加算	<u>無</u> ・有)	(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)			

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	入居者宛に費用項目と明細をつけ毎月27日までに請求します。施設はこれに基づき銀行口座から自動引落しします。						
敷金	☑・有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	Aタイプ プランb 184,250 円(消費税別) 税込190,250円 Bタイプ プランd (1名入居) 270,250 円(消費税別) 税込276,250円 Bタイプ プランd (2名入居) 345,250 円(消費税別) 税込357,250円 ※原則、契約期間中のプラン変更はできません。						
年齢に応じた金額設定	☑・有						
要介護状態に応じた金額設定	☑・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
	Aタイプ プランb 184,250円(消費税別) 税込190,250円	20,000円 (消費税別)	/	55,000円 (消費税別)		109,250円	/
	Bタイプ プランd (1名入居) 270,250円(消費税別) 税込276,250円	20,000円 (消費税別)	/	55,000円 (消費税別)		195,250円	/
Bタイプ プランd (2名入居) 345,250円(消費税別) 税込357,250円	40,000円 (消費税別)	/	110,000円 (消費税別)		195,250円	/	

算定根拠 ※11	管理費	一人当たり 20,000円 (消費税別) 管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 なし
	食費	一人当たり 55,000円 (消費税別) 用途：食材費及び業務委託費の一部として ※業務委託費は欠食の有無に関わらず、 月額31,000円 (消費税別) となります。 ※食材費は1日三食800円 (消費税別) となります。 800円 (消費税別) ×喫食日数を 当月分の食材費として頂戴します。 ※1日三食ともお召し上がりにならない場合に限り 1日分の食材費は発生致しません。 ※食事を召し上がらない場合は2日前までに 事務員に申し出て下さい。
	光熱水費	※専用居室内の光熱水費は別途実費負担 (個別メーターによる)
	家賃相当額	当該施設の設備に要した費用、管理事務費、地代に 相当する額等を基礎として、近傍同種の受託家賃か ら算定
	その他	・ 行事費 月額1,000円 用途：レクリエーション費用等 ・ 自立の方、要介護認定を受けていない方で生活サ ポートを希望される場合、月額利用料の他、 20,000円 (消費税別) で生活サポートをさせてい ただきます。 生活サポートの主な内容：日用品の買物代行、 居室清掃、洗濯等 ※上記、各費用は三月以内の契約解除の場合 でも返還されません。
月額利用料に含まれない実 費負担等 ※12	介護保険1～3割負担金額、医療費、電気水道代、電話設置費用、電話 代、日用品、オムツ等の介護用品、行事費等の費用は別途負担となり ます。	

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	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	要介護1	171,734 円	17,174円	34,347円	51,521円
	要介護2	192,638 円	19,264円	38,528円	57,792円
	要介護3	214,828 円	21,483円	42,966円	64,449円
	要介護4	235,411 円	23,542円	47,083円	70,624円
	要介護5	257,280 円	25,728円	51,456円	77,184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 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	入居継続支援加算	(<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有)			
	生活機能向上連携加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	個別機能訓練加算	(<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有)			
	夜間看護体制加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	若年性認知症入居者受入加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	医療機関連携加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	口腔衛生管理体制加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	栄養スクリーニング加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	看取り介護加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有	(I)		
(II)					
サービス提供体制強化加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)	(I) イ			
		(I) ロ			
		<input checked="" type="radio"/> (II)			
		(III)			
介護職員処遇改善加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)	<input checked="" type="radio"/> (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	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	57,888 円	5,789円	11,578円	17,367円
要支援2	99,374 円	9,938円	19,875円	29,813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="radio"/> 基準型)		
生活機能向上連携加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)		
個別機能訓練加算	(<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有)		
若年性認知症入居者受入加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)		
医療機関連携加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)		
口腔衛生管理体制加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)		
栄養スクリーニング加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)		
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有)	(I)	
		(II)	
サービス提供体制強化加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)	(I) イ	
		(I) ロ	
		<input checked="" type="radio"/> II	
		(III)	
介護職員処遇改善加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)	<input checked="" type="radio"/> 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）	人件費、物価の変動等に基づき、入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定します。
前払金の返還金の保全措置	①・有 保全措置の内容（ ）
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	有の場合の保険名 無・①（介護福祉事業者向け賠償責任保険 てん補限度額 2億円）
消費税の対象外とする利用料等	前払金、賃料
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）	無・① 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	契約者または入居者の相互扶助によって介護付施設の低額利用を実現し、将来起こり得る事態に備えて契約者または入居者の相互で助け合い、不安のない老後生活を目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者の希望や心身の状態を鑑み、介護支援専門員が作成したケアプランに基づきサービスを行います。
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	管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費【その他】クリーニング取次、宅配便・郵便物の取次、レクリエーション等
	食費	1日3食(定食方式) 食堂内配膳を基本とします。
	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	株式会社アスモフードサービス 委託内容：給食調理業務委託
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	施設及び本社	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設担当者 TEL:044-871-6650 ・ 本社窓口 TEL:03-5908-2020 ※ 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。 第三者機関、行政等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) TEL:0570-022110(苦情専用) ・ 川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課 TEL:044-200-2454(直通)
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)	災害、負傷及び集団感染等が発生した場合には、消防署、保健所及び協力医療機関等と連携しながら必要な措置を講じます。また事故の内容や措置状況等については、速やかに入居者の家族等に連絡致します。	
事故発生の防止のための指針	無・ 有	
損害賠償(対応方針及び損害保険契約の概要等)	施設職員の過失により事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に障害が発生した場合は、損害保険などの手配を行い、誠実に対応します。但し、天災などの不可抗力は除きます。 賠償責任保険：介護福祉事業者向け賠償責任保険 施設職員の過失による事故の損害賠償 補限度額 2億円	

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="radio"/>		
	入居者基金への加入 <input checked="" type="radio"/> ・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="radio"/>	実施日	平成13年4月1日
		結果の開示	1 有 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/>		

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

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

5 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	全室専用介護居室の為、各居室にて介護します。	
入居住後に居室を又場は施設	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)	一時的に介護が必要になった場合、医師の意見を踏まえ、本人又は身元引受人の同意を得た上で一時介護室で介護します。この時、追加費用は必要ありません。また、介護居室の利用権は継続されます。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	認知症等、特別な身体状況により、その居室にて介護が不可能になったと事業者が判断した場合、当施設内で介護居室を移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この際、追加費用は発生しません。但し、入居者及び身元引受人からの申し出の場合、理由の如何に関わらず、入居されていた居室の解約手続きを行った上で、新たな居室の入居手続きを行う必要があります。この際、別途費用が発生します。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	入居者の都合により、当社の運営する他施設への移動を希望される場合、居室が空いていれば可能です。但し、退去の手続きを行った上で、新たに移動先施設の入居契約手続きが必要です。この際、移動先施設の前払金が別途に必要となります。また、移動前の施設の返還金の返還は退去手続きが完了した月の2ヶ月後の月末に返還されます。認知症等、特別な身体状況により、適切な介護サービス提供のため、当社の運営する他施設へ移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この時、新たな前払金は発生しませんが、月額利用料及び利用システム、サービス等は住み替え先のものが適用されます。

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 明芳会 横浜新都市脳神経外科病院
	診療科目	脳神経外科、循環器内科、整形外科、麻酔科、リハビリテーション科、内科
	所在地	神奈川県横浜市青葉区荏田町433
	距離及び所要時間	約3.5km、車で約10分
	協力内容	外来受診、入院等緊急時対応、 入居時及び定期健康診断
	名 称	医療法人 愛生会 有馬病院
	診療科目	内科、消化器・胃腸科、外科、整形外科、 リハビリテーション科
	所在地	神奈川県川崎市宮前区有馬3-10-7
	距離及び所要時間	約1.2km、車で約3分
	協力内容	外来受診、入院等緊急時対応
	名 称	医療法人社団 健伸会 中原すみれクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県川崎市中原区今井南町28-50 阿部ビル1階
距離及び所要時間	約11.4km、車で約22分	
協力内容	訪問診療、主治医意見書作成	
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 長伸会 くすのきデンタルクリニック
	所在地	東京都稲城市矢野口1541 アーバンシャトル102
	距離及び所要時間	約15.8km、車で約25分
	協力内容	訪問歯科
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(送迎)は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院— ・ 入居者及びご家族とお話しいいただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院期間中は、月額利用料のうち賃料、管理費、業務委託費をお支払い下さい。 ・ 協力医療機関への入退院の移送・同行(送迎)に係る費用は、月額利用料に含みます。 ・ 入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・ 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。 	

※協力医療機関は変更になる場合があります。

7 入居状況等

(令和元年7月1日現在)

入居者数及び定員	32人 (定員 46人)			
入居者の状況	男性	7人	女性 25人	
	自立	0人		
	要介護	27人	(内訳) 要介護1	6人
			要介護2	4人
要介護3			1人	
要介護4			11人	
要支援	5人	(内訳) 要支援1	1人	
		要支援2	4人	
平均年齢	88.66歳 (男性 83.0歳、女性 90.4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)	運営懇談会 年2回 主な議題 (施設の運営状況、計画、専用介護居室・共用施設の利用、入居者及び身元引受人の要望、意見等)			

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	常勤換算後の人数		夜間勤務職員数 (16:30~翌9:30) (最少人数)	備考 (資格・委託等)		
			うち 自立対応				
管理者	1人 (0人)	/	/	—	介護職兼務		
生活相談員	2人 (0人)			—	計画作成担当者・介護職兼務		
直接処遇職員	12人 (0人)			10.2人	0.0人	1人	
介護職員	9人 (0人)			7.7人		1人	管理者・生活相談員・事務兼務
看護職員	3人 (0人)			2.5人		0人	
従業者の内訳	機能訓練指導員			※1人 (0人)		—	看護職兼務
	理学療法士			0人 (0人)		—	
	作業療法士			0人 (0人)		—	
	その他			1人 (0人)		—	
計画作成担当者	※1人 (0人)					—	生活相談員兼務
医師	0人 (0人)					—	
栄養士	業務委託					—	献立作成を委託
調理員	業務委託					—	調理全般を委託
事務職員	1人 (0人)					—	介護職兼務
その他職員	0人 (0人)					—	
合計	13人 (0人)			1人			

- 注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。
- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務					① あり 2 なし					
	兼務に係る 資格等	① あり									
		資格等の名称	初任者研修								
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		0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
前年度1年間の退職 者数		0人	0人	3人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
数業 に務 応に 従た 事 職し た の 経 人 験 数 年	1年未満	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	1年以上 3年未満	1人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	3年以上 5年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	5年以上 10年未満	2人	0人	2人	0人	2人	0人	1人	0人	1人	0人
	10年以上	0人	0人	3人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
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	4.9人	5.1人	5人
要介護者の人数	30人	23.2人	25.3人
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	10人	8人	8人
配置している直接処遇職員の人数 ※17	12.9人	12人	10.2人
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	2.0:1	2.6:1
常勤換算方法の考え方	常勤の週勤務時間(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	16:30 ~ 翌9:30	
	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	0人 (0人)	介護職員実務者研修修了者	0人 (0人)
介護福祉士	4人 (0人)	介護職員初任者研修修了者	3人 (0人)
介護支援専門員	0人 (0人)	資格なし	2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

<p>入居者の条件（年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)</p>	<p>概ね60歳以上の方。健康な方及び日常生活で介護の必要な方、共同生活を円滑に過ごせる方。 感染症の方は入居できません。但し医師により、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合にはこの限りではありません。</p>
<p>身元引受人等の条件及び義務等</p>	<p>身元引受人・返還金受取人をそれぞれ1名定めて頂きます。利用料等の支払いについて入居者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解約された時に、入居者を引き取ることとなります。</p>
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<p>⊖・可</p>
<p>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>	<p>(事業者からの契約解除)※入居契約書第28条より</p> <p>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することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居契約書等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。 二 月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞するとき。 三 入居契約書(禁止事項)の規定に違反したとき。 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。 五 四の原因が認知症等、特別の身体状況によるものであり、環境を整えば継続的に施設介護が可能であると判断できた場合には身元引受人と相談の上、認知症受け入れ可能な施設への移動を可とします。 六 建物及び、その付帯設備を故意又は重大な過失により破損、滅失せしめたとき。 <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> <ul style="list-style-type: none"> 一 本条第1項第一、三、四、五号によって契約を解除する場合には、契約解除の通告について90日の予告期間をおく。 二 本条第1項第二号(料金支払いの遅滞)によって契約を解除する場合には、契約解除の通告について90日の予告期間をおく。 三 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。 四 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と協議し、移転先の確保について協力する。 <p>3 本条第1項第四号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> <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く。 二 一定の観察期間をおく。

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>(入居者からの解約)</p> <p>入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に書面による解約の申し入れを行うことにより、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推定します。</p> <p>3 契約終了日(居室明け渡し日)の2ヶ月後の月末に、事業者は前払金の返還を行うものとします。</p> <p>4 契約解除の申し出による退去で、申し出月の退去または申し出月翌月の退去の際の賃料、管理費、業務委託費は月の途中退去等に関わらず1ヶ月分をいただきます。</p> <p>5 予告期間のない契約解除の場合には申し出月以後1ヶ月分の賃料、管理費、業務委託費をいただきます。</p> <p>(三月以内の契約解除)</p> <p>プランa、cは、入居日の翌日から起算して三月以内に契約解除の申し出があった場合(死亡退去を含む)、前払金から、(家賃等の月額を30で除した額)×(入居日から契約終了日までの日数)に相当する額を控除した額を返還します。又、既に受領済みの月額利用料は、入居日(前払金の入金日)から契約終了日(居室明け渡し日)までの利用料を控除した額を返還します。この場合の契約解除とは、三月以内に契約解除手続きが完了し、居室を明け渡した場合となります。介護保険1～3割負担金額は利用日分の日割計算となります。契約解除の申し出は、書面によるものとします。この場合の家賃等とは、賃料、管理費、食費とします。退去による前払金の返還は、契約終了日(居室明け渡し日)の2ヶ月後の月末に返還とします。</p>									
		退去先別の人数	<table border="1"> <tr><td>自宅等</td><td>0人</td></tr> <tr><td>社会福祉施設</td><td>1人</td></tr> <tr><td>医療機関</td><td>2人</td></tr> <tr><td>死亡者</td><td>15人</td></tr> <tr><td>その他</td><td>0人</td></tr> </table>	自宅等	0人	社会福祉施設	1人	医療機関	2人	死亡者	15人
自宅等	0人										
社会福祉施設	1人										
医療機関	2人										
死亡者	15人										
その他	0人										
退前 去年 者度 の に お お 況 け る	生前解約の状況	<table border="1"> <tr><td>施設側の申し出</td><td>(解約事由の例)</td><td>0人</td></tr> <tr><td>入居者側の申し出</td><td>(解約事由の例) 他の有料老人ホームを申し込まれたため</td><td>3人</td></tr> </table>	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) 他の有料老人ホームを申し込まれたため	3人			
	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) 他の有料老人ホームを申し込まれたため	3人									
体験入居の期間及び費用負担等	1泊2日10,400円(消費税別)。3泊4日から7泊8日を限度とし、体験入居契約を締結します。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	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 県指針上、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」

「月額利用料表」

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。

令和 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。

令和 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（㊦・無）

区分	自立			要支援、要介護1～2			要介護3～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 9時～17時	㊦・無	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—
・夜間 時～時	㊦・無	必要に応じて	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—
②食事介助	㊦・無	—	—	食事の都度一部介助	—	—	食事の都度全面介助	—	—
③排泄									
・排泄介助	㊦・無	—	—	トイレでの排泄の都度一部介助	—	—	毎日4回及び随時全面介助	—	—
・おむつ交換	㊦・無	—	—	就寝時装着し、起床時着脱及び随時対応	—	—	就寝時装着し、起床時着脱及び随時対応	—	—
・おむつ代	㊦・無	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
④入浴等									
・清拭	㊦・無	—	—	体調不良により入浴できない場合	—	—	体調不良により入浴できない場合	—	—
・一般浴介助	㊦・無	—	—	週2回入浴時介助	—	—	週2回入浴時介助	—	—
・特浴介助	㊦・無	—	—	週2回入浴時介助	—	—	週2回入浴時介助	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	㊦・無	—	—	—	—	—	毎日4回及び随時おむつ交換	—	—
・居室からの移動	㊦・無	—	—	杖又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	㊦・無	—	—	毎日朝・夜及び必要時に一部介助	—	—	毎日朝・夜及び必要時に全面介助	—	—
・身だしなみ介助	㊦・無	—	—	毎日朝・夜及び入浴時に一部介助	—	—	毎日朝・夜及び入浴時に全面介助	—	—
⑥機能訓練	㊦・無	—	—	身体状況に応じた訓練	—	—	身体状況に応じた訓練	—	—
⑦通院の介助	㊦・無	適宜 (協力医療機関)	—	実費 (協力医療機関以外)	—	実費 (協力医療機関以外)	適宜 (協力医療機関)	—	実費 (協力医療機関以外)
⑧付き添い	㊦・無	—	—	実費 (個別要望による場合)	—	実費 (個別要望による場合)	—	—	実費 (個別要望による場合)
⑨緊急時対応									
・緊急コール	㊦・無	24時間対応 (1日4回)	—	—	24時間対応 (1日4回)	—	24時間対応 (1日4回)	—	—

区分	自立			要支援、要介護1～2			要介護3～5			
	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）	
2. 生活サービス										
①家事										
・居室清掃	有・無	☆週2回	—	—	週2回	—	—	週2回	—	—
・洗濯	有・無	☆週2回	—	—	週2回	—	—	週2回	—	—
・リネン交換	有・無	☆週1回	—	—	週1回	—	—	週1回	—	—
②居室配膳・下膳										
・入居者の嗜好に応じた特別な食事	有・無	状態により食事の都度 治療食の提供 (看護師、医師の指示による)	—	—	状態により食事の都度 治療食の提供 (看護師、医師の指示による)	—	—	状態により食事の都度 治療食の提供 (看護師、医師の指示による)	—	—
③理美容										
・理美容	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
④代行										
・買物（通常の利用区域）	有・無	☆週1回	—	—	週1回	—	実費 (左記以上の買物代行)	週1回	—	実費 (左記以上の買物代行)
・役所手続	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤生活相談										
・生活相談	有・無	生活相談員により随時	—	—	生活相談員により随時	—	—	生活相談員により随時	—	—
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無	—	年2回の機会提供	実費	—	—	年2回の機会提供	実費	—	—
・健康相談	有・無	看護師による相談	医師による相談	往診時、実費	看護師による相談	医師による相談	往診時、実費	看護師による相談	医師による相談	往診時、実費
・生活指導、栄養指導	有・無	看護師による指導	—	—	看護師による指導	—	—	看護師による指導	—	—
・医師の往診	有・無	—	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	実費	—	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	実費	—	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	実費
・生活リズムの記録（排便・睡眠等）	有・無	—	—	—	身体記録表への記録	—	—	身体記録表への記録	—	—
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有・無	—	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	実費	—	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	実費	—	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担	実費
・移送サービス	有・無	協力医療機関への入退院時の同行(送迎)	協力外医療機関への同行(送迎)、付き添い介助	実費	協力医療機関への入退院時の同行(送迎)	協力外医療機関への同行(送迎)、付き添い介助	実費	協力医療機関への入退院時の同行(送迎)	協力外医療機関への同行(送迎)、付き添い介助	実費
・入退院時の同行（協力医療機関）	有・無	適宜	—	—	適宜	—	—	適宜	—	—
・入退院時の同行（協力医療機関以外）	有・無	—	同行(送迎)、付き添い介助	実費	—	同行(送迎)、付き添い介助	実費	—	同行(送迎)、付き添い介助	実費
・入院中の見舞い訪問	有・無	適宜	—	—	適宜	—	—	適宜	—	—
5. その他サービス										
	有・無									

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。

※実際のサービスは、ご利用者の希望に基づき、計画作成担当者が作成した特定施設サービス計画によって行います。
上記の表はあくまでもサービスの項目であり、実際にどのような介護をどの程度ご利用になるかは、計画作成担当者との相談のうえ、決定してください。
※上記の表に記載する以外の追加料金の発生はありません。
※介護保険給付サービスの料金は、厚生労働省の定めた告示によります。
※☆印は別途生活サポートをご利用になった場合に提供されるサービスです。

別添2

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 1 日 ~ 最長 30 日
サービスの 内容	重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である

2 利用料

費用の支払方法	入居前一括納入						
1日あたりの利用料	6,694 円 (消費税別)						
年齢に応じた金額設定	☎・有						
要介護状態に応じた金額設定	☎・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
	6,694円 (消費税別)	700円 (消費税別)	/	1,925円 (消費税別)	105円 (消費税別)	3,964円	/
算定根拠	管理費	管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	※欠食分の食費は1日あたりの利用料から差し引かれます。 内訳： 朝食530円 (消費税別) 昼食715円 (消費税別) 夕食680円 (消費税別) ※欠食の申し出は2日前までをお願いします。 2日前を過ぎた申し出の場合、欠食とはなりません。					
	光熱水費	専用居室内の光熱水費 105円/日 (消費税別)					
	家賃相当額	当該施設の設備に要した費用、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として、近傍同種の受託家賃から算定					
	その他	-					
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	介護保険1~3割負担金額、医療費、電気水道代、電話設置費用、電話代、日用品、オムツ等の介護用品等の費用は別途負担となります。						

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				
	区 分	月 額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	要介護1	5,724 円	573円	1,145円	1,718円
	要介護2	6,421 円	643円	1,285円	1,927円
	要介護3	7,160 円	716円	1,432円	2,148円
	要介護4	7,847 円	785円	1,570円	2,355円
	要介護5	8,576 円	858円	1,716円	2,573円
	○各種加算の状況				
	夜間看護体制加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)			
	サービス提供体制強化加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)	(I) イ		
			(I) ロ		
			<input checked="" type="radio"/> (II)		
			(III)		
	介護職員処遇改善加算	(無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有)	<input checked="" type="radio"/> (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	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" 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	不適合	<input checked="" 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	不適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input checked="" 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。	・介護職員巡回による安否確認を実施
11	エレベーター	有	不適合	<input checked="" 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	不適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下	/	不適合	<input checked="" 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。)

・前払金の保全措置を講じていない。(旧老人福祉法の定義に該当しないため(改正老人福祉法附則第17条))

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

月額利用料表

① 通常、お支払い頂く月額利用料は下記の通りです。

Aタイプ(プラン a)

(単位:月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費 (30日の場合)	合計 (30日の場合)	介護保険1～3割負担金額
自立～要介護 5	70,750 円	20,000 円	55,000 円	145,750 円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。
				消費税別	
		消費税別	消費税別	151,750 円	
				消費税込	

Aタイプ(プラン b)

(単位:月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費 (30日の場合)	合計 (30日の場合)	介護保険1～3割負担金額
自立～要介護 5	109,250 円	20,000 円	55,000 円	184,250 円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。
				消費税別	
		消費税別	消費税別	190,250 円	
				消費税込	

Bタイプ(プラン c 1名入居)

(単位:月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費 (30日の場合)	合計 (30日の場合)	介護保険1～3割負担金額
自立～要介護 5	118,250 円	20,000 円	55,000 円	193,250 円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。
				消費税別	
		消費税別	消費税別	199,250 円	
				消費税込	

Bタイプ(プラン c 2名入居)

(単位:月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費 (30日の場合)	合計 (30日の場合)	介護保険1～3割負担金額
自立～要介護 5	118,250 円	40,000 円	110,000 円	268,250 円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。
				消費税別	
		消費税別	消費税別	280,250 円	
				消費税込	

Bタイプ(プラン d 1名入居)

(単位:月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費 (30日の場合)	合計 (30日の場合)	介護保険1～3割負担金額
自立～要介護 5	195,250 円	20,000 円	55,000 円	270,250 円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。
				消費税別	
		消費税別	消費税別	276,250 円	
				消費税込	

Bタイプ(プラン d 2名入居)

(単位:月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費 (30日の場合)	合計 (30日の場合)	介護保険1～3割負担金額
自立～要介護 5	195,250 円	40,000 円	110,000 円	345,250 円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。
				消費税別	
		消費税別	消費税別	357,250 円	
				消費税込	

※一人当たりの食費内訳(30日計算)

項目	業務委託費	食材費 (1日3食)	合計 (30日の場合)
金額	31,000 円	800 円	55,000 円
	消費税別	消費税別	消費税別

※業務委託費は欠食の有無に関わらず、月額31,000円(消費税別)となります。

※食材費は1日三食800円(消費税別)となります。800円(消費税別)×喫食日数を当月分の食材費として頂戴します。

※1日三食ともお召し上がりにならない場合に限り1日分の食材費は発生致しません。

※食事を召し上がらない場合は2日前までに事務員に申し出て下さい。

② その他

※自立の方、要介護認定を受けていない方で生活サポート(日用品の買物代行、居室清掃、洗濯等)を希望される場合、別途20,000円(消費税別)で生活サポートをさせていただきます。

尚、1ヶ月間(1日～31日迄の1ヶ月単位)生活サポートをご利用にならなかった場合、生活サポート費はいただきません。それ以外の場合にはご利用になった日数・回数に関係なく1ヶ月分の生活サポート費をいただきます。

※賃料、管理費、食費は入居日(プランa、c:前払金の入金日、プランb、d:契約完了日)より発生し、入居日(プランa、c:前払金の入金日、プランb、d:契約完了日)起算の日割計算となります。生活サポート費はご入居日より発生します(日割計算は致しません)。但し、契約完了月の入居に限り利用日計算の日割計算となります。

※消費税は、管理費、食費、生活サポート費に課税されます。

※介護保険1～3割負担金額、医療費、電気水道代、電話設置費用、電話代、日用品、おむつ等の介護用品の費用は別途負担となります。

※介護保険1～3割負担金額は1ヶ月30日としての計算例です。

※「ベストライフ鷺沼」は川崎市指定介護保険特定施設です。介護保険1～3割負担金額は下記の通りです。

(参考)

(単位:円)

要介護認定	介護保険(総額) (30日計算)	介護保険負担金額(30日計算)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	57,888	5,789	11,578	17,367
要支援 2	99,374	9,938	19,875	29,813
要介護 1	171,734	17,174	34,347	51,521
要介護 2	192,638	19,264	38,528	57,792
要介護 3	214,828	21,483	42,966	64,449
要介護 4	235,411	23,542	47,083	70,624
要介護 5	257,280	25,728	51,456	77,184

※人件費、物価の変動等に基づき、入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定します。

※レクリエーション費等として、行事費をいただきます。(月額1,000円)