

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2019年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	東京海上日動ベターライフサービス株式会社
代表者名	取締役社長 中村 勇
所在地	東京都世田谷区用賀4-10-5
電話番号/FAX番号	03-5717-1810 / 03-5717-1822
ホームページアドレス	https://www.tnbls.co.jp/
資本金(基本財産)	資本金 100百万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	東京海上日動火災保険株式会社 (100%)
設立年月日	2006年2月1日
直近の事業収支決算額 ※2	2018年4月～2019年3月 (収益)8,317百万円 (費用)8,294百万円 (損益)23百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (PwCあらた有限責任監査法人)
他の主な事業	在宅介護サービス「みずたま介護ステーション」の運営 介護付有料老人ホーム「ヒルデモア/ヒュッテ」の企画・販売・運営 サービス付き高齢者向け住宅の運営 企業・法人向けソリューションサービスの提供

※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	ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジⅢ	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 指定介護保険特定施設 (番号1475501050、指定年月日 2008年3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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり

	介護に関わる職員体制	入居者数：職員＝3.0：1 以上 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3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（3.0：1以上）を満たしております。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ないます。また、常時要介護者3人に職員が1人お世話するものではありません。																								
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可(詳細はP13に記載します。) 2 提携ホーム移行型()																								
開設年月日	2008年3月1日																									
施設の管理者氏名	鈴木 孝征																									
所在地	〒216-0011 神奈川県川崎市宮前区犬蔵2-34-7																									
電話番号/ FAX番号	044-978-6300 / 044-978-6051																									
メールアドレス	compliance.bls@tnbls.co.jp																									
交通の便 ※3	東急田園都市線「たまプラーザ」駅 北口より徒歩約13分(約970m)																									
ホームページアドレス	https://www.hyldemoer.com/home/tama_3/																									
敷地概要 ※4	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 敷地面積 6,628.95㎡																									
建物概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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 鉄筋コンクリート造 地下2階 地上5階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火) ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 10,186.16㎡ (うち有料老人ホーム10,186.16㎡) 建築年月日 2008年 1月31日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()																									
居室、一時介護室の概要	居室総数 70室 定員 120人(一時介護室を除く) (内訳)																									
		<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="3">居室</td> <td>個室</td> <td>70室</td> <td>39.25㎡～48.71㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>50室</td> <td>46.97㎡～48.71㎡</td> </tr> <tr> <td>2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	70室	39.25㎡～48.71㎡	うち2人定員	50室	46.97㎡～48.71㎡	2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	70室	39.25㎡～48.71㎡																							
	うち2人定員	50室	46.97㎡～48.71㎡																							
	2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 B1階 (369.18 m ²)	
	浴室	一般浴槽	設置階 各居室 / B1階 (28.80m ² /48.62m ²)
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 B1階 (37.59 m ²)
		ストレッチャー浴	設置階 — (m ²)
	便所	設置箇所 各居室及び各階共用	
	洗面設備	設置箇所 各居室及び各階共用	
	医務室(健康管理室)	設置階 B1階 (8.34m ² /12.52m ²)	
	談話室	設置階 —	
	面談室	設置階 1階 (24.59 m ²)	
	事務室	設置階 1階 (38.93 m ²)	
	洗濯室	設置階 —	
	汚物処理室	設置階 B1階・1～5階	
	看護・介護職員室	設置階 1階 ケアステーション内 (応接室兼用) 各階 ケアコーナー	
	機能訓練室	設置階 B1階 (55.90 m ²) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無・有 ()	
	健康・生きがい施設	設置階 —	
	エレベーター ※5	4基(うちストレッチャー搬入可 2基)	
	スプリンクラー	設置箇所 全館(各居室・設備・廊下)	
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.84m)	
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	<p>【緊急通報装置等の種類及び設置箇所】</p> <p>各居室のベッドサイド、トイレ、浴室及び共用施設(浴室、共用トイレ)にナースコールを設置 各居室に流量センサーを設置、大小の各浴場はICカードによる入退管理を実施</p> <p>【安否確認の方法・頻度等】</p> <p>作成したケアプランに基づき、要介護状態にあわせ職員の居室訪問による巡視、食事時その他必要に応じた巡視等を実施</p>		
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—		
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—		

- ※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。
- ※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。
- ※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。
- ※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	月払い方式	<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 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	・神奈川県消費者物価指数および人件費の変更等を勘案し、改定が必要と判断した場合に実施できるものとします。		
	手続き方法	・運営懇談会の意見を聴いたうえ、改定するものとします。		

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	<ul style="list-style-type: none"> ・前払金は、入居時一括払い ・月額利用料（管理費）は、当月分を前月に口座振替 ・月額利用料（食費）、介護保険自己負担額及びその他サービス費用は、当月分を翌月に口座振替 		
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		
		Aタイプ (46.97㎡～48.71㎡)	Bタイプ (39.25㎡)
	65～70歳	7,930万円	6,580万円
	71～75歳	6,690万円	5,540万円
	76～80歳	5,770万円	4,780万円
	81～85歳	4,850万円	4,020万円
	86～90歳	4,130万円	3,420万円
91歳以上	3,340万円	2,770万円	
※二人入居の場合は、年齢の低い方の金額となります。			
想定居住期間又は償却期間	65～70歳	145ヶ月	
	71～75歳	122ヶ月	
	76～80歳	106ヶ月	
	81～85歳	89ヶ月	
	86～90歳	76ヶ月	
	91歳以上	61ヶ月	

算定の基礎（内訳）	<p>前払金として、居室および共用施設の家賃相当額を入居時に一括でお支払いいただきます。 前払金は以下の算定式により設定しております。</p> <p style="text-align: center;">（月額家賃相当額※1） × （想定居住期間※2） + （想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額※3）</p> <p>※1 周辺不動産の市場価格や居室・共用部の面積などを参考に Aタイプ：410,000円、Bタイプ：340,000円で算定しています。 ※2 「全国特定施設事業者協議会」が発行する居住継続率表を用いて、想定居住期間時点における居住継続率が50%以上となるよう年齢に応じて61～145ヶ月として設定しております。 ※3 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額として、前払金の約25%としております。</p>																					
解約時の返還金（算定方法等）	<p>返還金＝月額家賃相当額×償却期間－入居期間中の家賃相当額(※)</p> <p>(※) 入居期間中の家賃相当額＝(i)～(iii)の計算式により算出した金額の合計</p> <p>(i) (月額家賃相当額÷30)×入居日の属する月における入居日(当日を含む)から末日までの日数 (ii) (月額家賃相当額÷30)×契約終了日の属する月における1日から契約終了日(当日を含む)までの日数 (iii) 月額家賃相当額×上記(i)(ii)を除いた入居期間中の経過月数</p> <p>*二人入居の場合、お二人とも退去されたときに返還致します。</p>																					
返還の対象とならない額の有無	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/>（前払金の約25%）</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Aタイプ (46.97㎡～48.71㎡)</th> <th>Bタイプ (39.25㎡)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65～70歳</td> <td>1,985万円</td> <td>1,650万円</td> </tr> <tr> <td>71～75歳</td> <td>1,688万円</td> <td>1,392万円</td> </tr> <tr> <td>76～80歳</td> <td>1,424万円</td> <td>1,176万円</td> </tr> <tr> <td>81～85歳</td> <td>1,201万円</td> <td>994万円</td> </tr> <tr> <td>86～90歳</td> <td>1,014万円</td> <td>836万円</td> </tr> <tr> <td>91歳以上</td> <td>839万円</td> <td>696万円</td> </tr> </tbody> </table>		Aタイプ (46.97㎡～48.71㎡)	Bタイプ (39.25㎡)	65～70歳	1,985万円	1,650万円	71～75歳	1,688万円	1,392万円	76～80歳	1,424万円	1,176万円	81～85歳	1,201万円	994万円	86～90歳	1,014万円	836万円	91歳以上	839万円	696万円
	Aタイプ (46.97㎡～48.71㎡)	Bタイプ (39.25㎡)																				
65～70歳	1,985万円	1,650万円																				
71～75歳	1,688万円	1,392万円																				
76～80歳	1,424万円	1,176万円																				
81～85歳	1,201万円	994万円																				
86～90歳	1,014万円	836万円																				
91歳以上	839万円	696万円																				
初期償却の開始日	入居日																					
介護費用の前払金【該当なし】	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	<input type="checkbox"/> 一人入居 281,880円		<input type="checkbox"/> 二人入居 466,560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
	<input type="checkbox"/> 一人入居 281,880円	194,400円	—	87,480円	実費	—	—
<input type="checkbox"/> 二人入居 466,560円	291,600円		174,960円				
算定根拠 ※11	管理費	共用部・厨房等の維持管理費および事務管理部門の人員費等で算出しています。					
	介護費用	—					
	食費	朝食540円、昼食864円、夕食1,512円 ※事前予約制です。 ※喫食分のみご請求致します。所定の時刻までにキャンセルのお申し出の無い場合は費用が発生致します。 ※上記は1日3食を30日間召し上がった場合の料金です。					
	光熱水費	居室部分は実費負担となります。 (共用部は管理費に含まれています。)					
	家賃相当額	前払金としてお支払いいただきます。					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、週2回以上の清掃費、被服クリーニング費、理美容代、サークル活動における材料費、医療費、週3回以上の入浴介助を希望する場合の費用、職員同行を希望される場合の費用等、有料サービス一覧表を参照ください。						

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)	利用者負担額 (2割の場合)	利用者負担額 (3割の場合)
要介護1	196,840円	19,684円	39,368円	59,052円
要介護2	219,449円	21,945円	43,890円	65,835円
要介護3	243,461円	24,347円	48,693円	73,039円
要介護4	265,738円	26,574円	53,148円	79,722円
要介護5	289,397円	28,940円	57,880円	86,820円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)		
個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I)	
		(II)	
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ	
		(I) ロ	
		(II)	
		(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	

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 (1割の場合)	利用者負担 (2割の場合)	利用者負担 (3割の場合)
要支援1	70,173円	7,018円	14,035円	21,052円
要支援2	115,057円	11,506円	23,012円	34,518円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)		
個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I)	
		(II)	
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ	
		(I) ロ	
		(II)	
		(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	<ul style="list-style-type: none"> ・月額利用料（家賃相当額、管理費）は、当月分を前月に口座振替 ・月額利用料（食費）、介護保険自己負担額及びその他サービス費用は、当月分を翌月に口座振替 						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（Aタイプ：1,845,000円、Bタイプ：1,530,000円、家賃相当額の3か月分）						
月額利用料	<input checked="" type="checkbox"/> 一人入居 Aタイプ（46.97㎡～48.71㎡）：896,880円 Bタイプ（39.25㎡）：791,880円 <input checked="" type="checkbox"/> 二人入居 Aタイプ（46.97㎡～48.71㎡）：1,081,560円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					その他
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	
	<input checked="" type="checkbox"/> 一人入居 Aタイプ 896,880円	194,400円	-	87,480円	実費	615,000円	-
	<input checked="" type="checkbox"/> 一人入居 Bタイプ 791,880円					510,000円	
<input checked="" type="checkbox"/> 二人入居 Aタイプ 1,081,560円	291,600円		174,960円		615,000円		
算定根拠 ※11	管理費	共用部・厨房等の維持管理費および事務管理部門の人員費等で算出しています。					
	介護費用	-					
	食費	朝食540円、昼食864円、夕食1,512円 ※事前予約制です。 ※喫食分のみご請求致します。所定の時刻までにキャンセルのお申し出の無い場合は費用が発生致します。 ※上記は1日3食を30日間召し上がった場合の料金です。					
	光熱水費	居室部分は実費負担となります。 (共用部は管理費に含まれています)					
	家賃相当額	周辺不動産の市場価格および居室・共用部の面積等を参考に、居室の入れ替えに要する期間等を勘案して算定しています。					
	その他	-					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、週2回以上の清掃費、被服クリーニング費、理美容代、サークル活動における材料費、医療費、週3回以上の入浴介助を希望する場合の費用、職員同行を希望される場合の費用等、有料サービス一覧表を参照ください。						

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)	利用者負担額 (2割の場合)	利用者負担額 (3割の場合)
要介護1	196,840円	19,684円	39,368円	59,052円
要介護2	219,449円	21,945円	43,890円	65,835円
要介護3	243,461円	24,347円	48,693円	73,039円
要介護4	265,738円	26,574円	53,148円	79,722円
要介護5	289,397円	28,940円	57,880円	86,820円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
個別機能訓練加算	(無・ <input type="checkbox"/> 有)	
夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
看取り介護加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
退院・退所時連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
認知症専門ケア加算	(無・ <input type="checkbox"/> 有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(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

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 (1割の場合)	利用者負担 (2割の場合)	利用者負担 (3割の場合)
要支援1	70,173円	7,018円	14,035円	21,052円
要支援2	115,057円	11,506円	23,012円	34,518円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
個別機能訓練加算	(無・ <input type="checkbox"/> 有)	
医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
認知症専門ケア加算	(無・ <input type="checkbox"/> 有)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(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

(4) 共通事項

改定ルール (勘案する要素及び改定手続等)	<p>・神奈川県消費者物価指数および人件費の変動等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて改定するものとする。</p> <p>・月額利用料その他のサービスの対価等にかかる消費税の額は、税法の改正に伴い税率が変更された場合は自動的に変更されるものとし、当該変更の効力発生後の期間に対応する利用料等については変更後の税率により算定された消費税等を加算した利用料等を支払うものとします。</p>
前払金の返還金の保全措置	<p>保全措置の内容 (三菱UFJ信託銀行株式会社との信託契約に基づき、事業主体から受託した下記保全金額を信託財産として管理し、事業主体が所定の事由により本ホームの運営が困難になった場合には、信託財産の範囲内で保全金額の返還を行います 保全金額：前払金の返還金計算式により算出した返還金の合計額または500万円のいずれか低い金額) 無の場合の理由()</p> <p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</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 有の場合の保険名 賠償責任保険 (東京海上日動火災保険株式会社)</p>
消費税の対象外とする利用料等	<p>(前払金方式) 前払金 (月払い方式) 敷金、家賃相当額 上記以外の費用は消費税率8%を含んだ金額です</p>
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 checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照</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	高品質な介護サービスをベースに東京海上グループの総合力を活かし、①入居者個々のニーズに合致した生活、ケアプランの提供②介護予防、要介護度の進行を遅らせることを念頭においた生活リハビリの提供③医療機関との連携を図りながら日々の健康管理を行い、安心して暮らして頂ける住まいの提供を運営方針としています。
サービスの提供内容に関する特色	・職員体制 3:1以上 ※要支援・要介護の方3名に対し、週40時間勤務を1名と換算した介護・看護スタッフ1名以上 人と人のつながりを一番に考えた介護/看護を目指しています。 ・看護体制 日中常駐（夜間オンコール体制）
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（清掃） 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	共用施設等の維持管理、フロントにおける各種取次ぎサービス、入退院時の手続介助、生活相談等
	食費	1日3食の提供体制、配膳、常食、軟菜食（一口大、刻み食、ミキサー食）の提供、栄養相談
	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		施設管理業務：東京海上日動ファシリティーズ株式会社 施設内清掃業務：東急ビルメンテナンス株式会社
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	【ヒルデモア】	・ホーム内窓口 担当者 佐々木 喜章/ 鈴木 孝征 044-978-6300

	<p>・本社窓口 コンプライアンス・ホットライン 03-5717-1821/090-7200-4392 ホーム及び本社での解決が難しい場合は、次の行政機関等に相談することができます</p> <p>【行政機関等】</p> <p>・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 045-329-3447</p> <p>・川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課/介護保険課 044-200-2111 (代表)</p>					
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	<p>事故対応マニュアルに基づいて、応急措置を行い、協力医療機関の医師の指示を仰ぎ、119番通報による他の医療機関への搬入を行うと共に、管理者（職員）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。</p>					
事故発生の防止のための指針	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>有</p>					
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	<p>事業者は、事業者の故意または重過失により発生した本物件内の事故により入居者の生命、身体、または財産に損害が生じた場合は、入居者に対して速やかに損害を賠償します。ただし、地震・津波等の天災、戦争・暴動等の不可抗力に起因する事故について事業者は責任を負いません。また、入居者に過失がある場合には、事業者の賠償額を減ずることがあります。</p>					
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	<p>協会への加入 <input type="checkbox"/>無 ・ 有</p>					
	<p>入居者基金への加入 <input type="checkbox"/>無 ・ 有</p>					
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>2018年9月実施</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>1有 2無</td> </tr> </table>	実施日	2018年9月実施	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1有 2無
	実施日	2018年9月実施				
	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1有 2無				
無						
備考：意見箱（1階に常時設置）						
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 type="checkbox"/> 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	
入を居住後みに替居え室る又場は合施設	居室から一時介護室へ移る場合	—
	従前の居室から別の居室へ変更する場合(同上)	事業者は、入居者の心身の状態の変化に伴い、より適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を踏まえ入居者および身元引受人の同意を得た上で、入居者の居室を変更する場合があります。この場合には、原則追加費用はありません。
	提携ホームへ転居する場合(同上)	<p>・本ホーム(以下、Ⅲ)の入居者が、別添4「ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジⅠへの転居基準」に定める状態になった場合(但し、事業者はこの判断に際して事業者の指定する医師の意見を参考にするとともに、事業者の専門職等の意見を踏まえるものとし、事業者はⅢ入居者に対し入居者の要介護状態に適切に対応し得る、ヒルデモアたまプラーザ【ビレッジⅠ】(以下、Ⅰ)へ転居を求めることができるものとし、</p> <p>・事業者がⅢ入居者および身元引受人に対して前項の通知をしたとき、Ⅲ入居者は事業者との間で新たにⅠ入居契約を締結するものとし、Ⅰ入居契約の契約日の前日をもってⅢ契約が終了するものとし、ⅢおよびⅠの入居契約においてどちらも前払金方式を選択した場合は、下記の計算式に基づき前払金の差額を返還します。その際、Ⅰにおける入居時償却は行わず、Ⅰの償却満了日はⅢの償却満了日と同一となります。転居後の月額利用料はⅠの金額となります。</p> <p>相殺後前払金返還金 = P5「解約時の返還金」で求めた返還金 — Ⅰの入居日からⅠにかかる入居契約に基づく償却期間満了日までの家賃相当額(※※)</p> <p>(※※) Ⅰの入居日から償却期間満了日までの家賃相当額 = (iv) ~ (vi) の計算式により算出した金額の合計</p> <p>(iv) (Ⅰの月額家賃相当額 ÷ 30) × 転居先施設の入居日の属する月における入居日(当日を含む)から末日までの日数</p> <p>(v) (Ⅰの月額家賃相当額 ÷ 30) × 償却期間満了日の属する月における1日から償却期間満了日(当日を含む)までの日数</p> <p>(vi) Ⅰの月額家賃相当額 × 上記(iv) (v)を除いた期間中の経過月数</p> <p>・Ⅲ二人入居のうちお一人目が転居する場合は、前項の規定にかかわらず、新規にⅠ入居契約を締結するものとし、お二人目が転居する場合において、前項の規定を適用します。</p>

6 医療

協力医療機関（または嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団プラタナス 青葉アーバンクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横浜市青葉区市ヶ尾町 1169
	距離及び所要時間	約 4.6km、車で約 13 分
	協力内容	訪問診療
	名称	つづき歯科クリニック たまプラーザ
	診療科目	歯科
	所在地	神奈川県横浜市青葉区新石川2-1-15 たまプラーザテラス リンクプラザ 3階
	距離及び所要時間	約 1.3 km、車で約 6 分
協力歯科医療機関（または嘱託医）の概要及び協力内容	名称	むろき歯科医院
	所在地	神奈川県横浜市青葉区美しが丘1-11-1 上杉ビル第2 3階
	距離及び所要時間	約 1 km、車で約 5 分
	協力内容	通院による歯科診療
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	通院	・協力医療機関への通院同行に係る費用は、特定施設入居者生活介護等利用契約を結ばれている方は、介護保険給付サービスに含まれます。
	入院	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本とし、入居者及び家族と相談の上、希望される病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料の食費以外は通常通りの負担となります。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、特定施設入居者生活介護等利用契約を結ばれている方は、介護保険給付サービスに含まれます。 ・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。

7 入居状況等

(2019年 5月 31日現在)

入居者数及び定員	62人(定員 120人)			
入居者の状況	男性	18人	女性	44人
	自立	24人		
	要介護	15人	(内訳)	
			要介護1	11人
			要介護2	3人
要介護3			0人	
要支援	23人	(内訳)		
		要支援1	14人	
			要支援2	9人
平均年齢	87.1歳(男性 87.6歳、女性 87.0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"> ホーム全体開催 2018年9月9日 -34名(入居者、家族) (主な議題等) 2017年度事業報告、事業所現況報告、インシデント報告 入居者・家族からのご意見ご要望事項、その他 2019年3月9日 -31名(入居者、家族) 2019年3月16日 -21名(入居者、家族) (主な議題等) 事業所現況報告、インシデント報告 入居者・家族からのご意見ご要望事項、その他 			

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

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2019年 6月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (21時~翌7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	18(6)	16.4	1.0	2	
	介護職員	14(4)	12.9	1.0	2	計画作成担当者兼務
	看護職員	4(2)	3.5	-		
	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(1)				介護職員兼務
	医師	-(-)				
	栄養士	1(1)				
	調理員	23(14)				配膳係含む
	事務職員	4(0)				
その他職員	4(3)			1	宿直他	
合計	54(26)					

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						<input checked="" type="checkbox"/> あり (介護予防との兼務あり) <input type="checkbox"/> なし				
	兼務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 介護福祉士								
			<input 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	-	2	-	-	-	-	-	-	-	
前年度1年間の退職者数	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	
業務に 応じた 従事した 職員の 経験年 数	1年未満	1	1	3	1	-	-	-	-	-	
	1年以上 3年未満	-	-	2	-	1	-	-	1	-	
	3年以上 5年未満	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
	5年以上 10年未満	1	1	4	1	-	-	-	-	-	1
	10年以上	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 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	20.7	20.9	23.0	
要介護者の人数	25.0	23.1	16.0	
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	10.4	9.8	7.7	
配置している直接処遇職員の人数 ※17	17.2	15.1	15.5	
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	2:1	2:1	1.5:1	
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	12:00	～	21:00
	夜勤	16:30	～	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	-人 (-人)	介護職員実務者研修修了者	2人 (1人)
介護福祉士	10人 (8人)	介護職員初任者研修修了者	10人 (7人)
介護支援専門員	2人 (2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

<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>①65歳以上の自立の方および要介護認定者（介護保険制度下における要支援または要介護と認定され、介護サービスを受けられる方）で事業者の支援を受ければ共同生活を営むことができる心身の状況にあること</p> <p>②入居中の経済的な負担を負えること</p> <p>③身元引受人および返還金受取人を選任できること</p> <p>④必要な場合には事業者の指定する医師により診断を受けること</p> <p>⑤自傷行為、暴力行為等が頻繁に発生し、入居者および他の入居者の生命、人権を確保するための管理が必要な常態でないこと</p> <p>※入居前の診断等により常時医療的処置を要する方や伝染病、感染症及び暴力行為等により共同生活に支障を来たす方は、事業者よりお断りすることがあります。</p>
<p>身元引受人等の条件及び義務等</p>	<p>（身元引受人の条件・義務等）</p> <p>①入居契約において入居者が負うべき債務についての連帯保証</p> <p>②入居者の介護サービス提供計画書（ケアプラン）への同意に関する協力</p> <p>③入居者の治療、入院に関する手配の協力</p> <p>④契約終了時の入居者の身柄の引き取り</p> <p>⑤入居契約に定める家具等残置物の引き取り</p> <p>身元引受人の責任期間は、入居契約の契約日から明け渡し完了し、かつ費用精算が終了するまでの日とします。</p> <p>また身元引受人は、入居者の家族の代表として①～⑤を遵守するとともに、入居者の家族において、攻撃的若しくは威圧的言動等を繰り返す等の迷惑行為により、他の入居者及び事業者の従業員の心身に重大な影響を及ぼす恐れがあると事業者が判断した場合には、事業者と協力して早期の解決に努めていただきます。</p> <p>（返還金受取人）</p> <p>前払金等の返還金は、入居者が退去した場合は入居者もしくは入居者の法定代理人に、ご逝去による契約の終了の場合には返還金受取人として定められた者に返還します。</p>
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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><u>（施設からの契約解除）</u></p> <p>1. 事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ入居契約をこれ以上将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難と認められた場合、入居者および身元引受人に対し、90日（前払金方式の場合）または30日（月払い方式の場合）の予告期間を置いて通告をなし、入居契約を解除することができます。</p>

ただし、以下③に該当する場合でその程度が著しく、事業者において他の入居者及び事業者の従業員の安全または事業者の正常な運営の継続が困難であると認められる特段の事情がある場合には、事業者はその裁量により、この予告期間を合理的な範囲で短縮することができるものとします。

- 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、かつ虚偽記載により共同生活に支障が生じたとき
- ② 月額利用料そのほかの費用の支払いを正当な理由なく3ヶ月（前払金方式の場合）または2ヶ月（月払い方式の場合）遅滞したとき
- ③ 暴力を振るう、物を投げつける、騒音を立てる、合理的受忍限度を超えた攻撃的若しくは威圧的言動等を繰り返す、または必要性もなく事業者の従業員を長時間にわたり拘束しもしくは執拗に付きまとう等の迷惑行為により、事業者の平穩を著しく害し、他の入居者及び事業者の従業員の心身に重大な影響を及ぼし、または事業者の通常業務運営に重大な支障を生じさせ、またはその恐れがあり、通常の介護方法ではこれを防止することが著しく困難と事業者において判断したとき
- ④ 事業者の名誉・信用を著しく毀損する等の行為をおこなったとき

上記①～④に関しては、契約解除通告前に必ず入居者の方に弁明の機会を設け、契約解除後の移転先が見つからない場合には、その確保に協力します。

（入居者からの契約解除）

- ① 入居者は事業者に対して、30日の予告期間において通告をなし、事業者が定める書面を提出することにより、入居契約を解除することができます。この場合、入居者は正当な理由の無い限り、解約の撤回はできないものとします。
- ② 入居者が、前項に定める書面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日目をもって入居契約は解約されたものとみなします。

（3ヶ月以内の契約終了）

入居者が入居日より3ヶ月以内に書面により事業者に契約解除を申し出た場合は予告期間を必要としないものとします。

※前払金方式の場合

入居日より3ヶ月以内に契約が終了した場合は、P5「解約時の返還金」を準用しますが「返還金＝月額家賃相当額×償却期間－入居期間中の家賃相当額」の計算式については、「返還金＝前払金－入居期間中の家賃相当額」に読み替えるものとします（入居時償却はありません）。

前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	1人
		社会福祉施設等	11人
		医療機関	-人
		死亡者	2人
		その他	-人
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		入居者側の申し出	12人 (解約事由の例) 医療的、介護的介入が常態化し、手厚い介護が必要になった為など。
体験入居の期間及び費用負担等		入居にあたり、事前の面談のうえ原則6泊7日の体験入居をしていただきます(16,200円/泊。介護保険適用外)。 ※健康診断書、診療情報提供書等、必要書類をご用意いただきます。 ※体験入居期間は、事業者の判断により30泊31日まで延長することがあります。	

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

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

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「有料サービス一覧表」

別添3「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添4「ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジIへの転居基準」

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

年 月 日 説明者署名 _____

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

年 月 日 署名 _____

【別添1】ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジⅢ 介護サービス等の一覧表

2016.10.1以降

費用の区分	介護度			自立			要支援1・2			要介護1～5		
				管理費内で行うサービス	個別選択による有料サービス	料金	管理費および介護保険給付内で行うサービス	個別選択による有料サービス	料金	管理費および介護保険給付内で行うサービス	個別選択による有料サービス	料金
介護サービス	巡回	昼間(8:00～18:00)	—	—	—	—	必要時(4時間に1回程度)	—	—	必要時(2時間に1回程度)	—	—
		夜間(18:00～翌8:00)	—	—	—	—	必要時(4時間に1回程度)	—	—	必要時(2時間に1回程度)	—	—
	食事	食事介助	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
		水分補給	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
		治療食提供 特別食提供	—	—	実費 実費	—	—	—	実費 実費	—	—	実費 実費
	排泄	排泄誘導・介助	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
		おむつ交換・後処理 おむつ代	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
	入浴	清拭	—	—	—	—	—	個別の要望	実費	—	個別の要望	実費
		一般介護浴誘導・介助 特浴誘導・介助	—	—	—	—	個別サービス 計画書による	原則週3回以上 個別の要望	1,620円/30分 (1人対応の場合) ※4	—	個別サービス 計画書による	原則週3回以上 個別の要望
	身辺介助	体位交換	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
		居室からの移動	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
		衣類の着脱	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—
		身だしなみ介助 爪切り	—	—	—	—	朝・夕必要時 必要時	—	—	朝・夕必要時 必要時	—	—
機能訓練	個別的な生活リハビリ 集団でのレクリエーション	—	—	—	—	個別サービス計画による 開催時	—	—	個別サービス計画による 開催時	—	—	
	緊急時の対応	緊急通報装置	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	
		ナースコール	非常時のみ24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	
生活サービス	家事	簡易清掃(居室)	週1回	週2回以上	1,620円/30分	週2回	週3回以上	1,620円/30分	週2回	週3回以上	1,620円/30分	
		ゴミ回収	—	—	—	週3回	—	—	週3回	—	—	
		リネン交換	—	—	—	週1回又は必要時※3	個別の要望の場合	リネン洗濯代実費	週1回又は必要時※3	個別の要望の場合	リネン洗濯代実費	
	メンテナンス	その他家事援助等	—	予約制	1,620円/30分	—	—	個別の要望の場合	1,620円/30分	—	個別の要望の場合	1,620円/30分
		小修理・点検・電球交換等 エアコンフィルター清掃 窓拭き	随時 年2回 年2回	—	消耗品実費	随時	随時	消耗品実費	随時	随時	消耗品実費	
	取次ぎサービス	洗濯物取次ぎ	指定日	—	洗濯代実費	指定日	—	洗濯代実費	指定日	—	洗濯代実費	
		郵便・宅配・新聞等取次ぎ	毎日	—	—	毎日	—	—	毎日	—	—	
	居室配膳・下膳	ルームサービス (予約制)	—	指定日	324円/回 実費	—	体調不良等の必要時	個別の希望の場合	324円/回 実費	体調不良等の必要時	個別の希望の場合	324円/回 実費
	代行サービス	買い物(予約制)	—	週1回指定日	品物代実費	—	—	週1回指定日	品物代実費	—	週1回指定日	品物代実費
		役所手続き(予約制)	—	月1回指定日※1	手数料実費	—	—	月1回指定日※1	手数料実費	—	月1回指定日※1	手数料実費
	私的目的の外出送迎	移送サービス	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	—	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)
		スタッフ同行(予約制)	—	対応可能時※2	1,620円/30分	—	—	対応可能時※2	1,620円/30分	—	対応可能時※2	1,620円/30分
		定期送迎便の運行 コンシェルジュサービス	—	指定時 随時	—	—	指定時 随時	—	—	指定時 随時	—	—
健康管理サービス	定期健康診断	—	年2回実施	人間ドック等の個別の要望	実費	年2回実施	人間ドック等の個別の要望	実費	年2回実施	人間ドック等の個別の要望	実費	
	排泄量チェック	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—	
	食事量チェック	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—	
	服薬管理	—	—	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—	
	健康相談	—	指定日	—	—	指定日	—	—	指定日	—	—	
	生活相談	—	指定日	—	—	指定日	—	—	指定日	—	—	
医師の往診手配	—	指定時間有 必要時	—	—	指定時間有 必要時	—	—	指定時間有 必要時	—	—		
病院への同行	通院送迎	移送サービス	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	
		スタッフ同行(予約制)	—	—	1,620円/30分	協力医療機関への通院・送迎	協力医療機関以外の場合	1,620円/30分	協力医療機関への通院・送迎	協力医療機関以外の場合	1,620円/30分	
	入退院時送迎	移送サービス	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	—	—	介護タクシー等の利用。(実費)	
		スタッフ同行(予約制)	—	—	1,620円/30分	—	—	1,620円/30分	—	—	1,620円/30分	
入院中提供サービス	医療費	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費		
	洗濯物交換・お見舞い等 事務手続き	—	協力医療機関週1回	週2回以上	1,620円/30分(交通費別)	協力医療機関週1回	週2回以上	1,620円/30分(交通費別)	協力医療機関週1回	週2回以上	1,620円/30分(交通費別)	
その他サービス	アクティビティ	—	必要時	—	—	必要時	—	—	必要時	—	—	
	イベント	—	選択制	—	材料費・交通費・食費実費	選択制	—	材料費・交通費・食費実費	選択制	—	材料費・交通費・食費実費	

※1 宮前・都筑・青葉区役所に限る その他の場合、1,620円/30分(交通費別)
 ※2 個人的外出の送迎・同行については、医療機関への通院・外出アクティビティの予定を優先
 ※3 ヒルデモア標準の介護用ベッドおよびベリネンをご使用の方に限る
 ※4 スタッフの配置上、お受けできかねる場合もあります。ご了承ください。

【ケアプランの作成について】

実際の介護サービス計画は、施設の計画作成担当者がそれぞれの健康状態を把握し、ご入居者様とご相談の上作成いたします。表中の「必要時」とは、介護保険給付内(常勤換算で3:1の人員体制)で行うサービスとして必要と判断する頻度や提供方法を指します。それ以上のサービスをご希望の場合、外部事業者の利用や実費をご負担頂くことでサービス内容を追加することが可能です。計画作成担当者が追加プランを作成いたしますので

別添2 ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジⅢ 有料サービス一覧表

■入居者向け有料サービス

2018年10月1日以降

サービス項目	サービス内容	費用	備考
介護サービス	治療食の提供	実費	
	特別食の提供	実費	
	おむつの提供	実費	売店にて販売
生活サービス	居室清掃	1,620円/30分	自立の方は週1回、特定施設利用契約者は週2回までサービスに含まれます (個別サービス計画書による)
	家事援助等	1,620円/30分	予約制
	リネン交換	実費	特定施設利用契約者は個別サービス計画書により提供します。 本人の個別の要望により提供を希望される場合は実費となります。
	居室の消耗品(電球、電池等)	実費	
	洗濯物(ドライクリーニング等)	実費	取次ぎは管理費等に含まれますが、洗濯代は個人負担となります
	生活用具(福祉用具)	実費	特定施設利用契約者は、介護保険内でヒルデモア標準タイプをご利用いただけます。
	理美容(カット・シャンプー・ブロー・パーマ・カラーリング)	実費	予約制
	ルームサービス	324円/回	本人の個別要望の場合
	買い物代行	品物代実費	週1回指定日
	役所等手続代行	手続費用実費	月1回指定日
	個別外出時のスタッフ同行	1,620円/30分	予約制
	個別要望によるスタッフ対応(入浴、散歩、マンツーマン対応等)	1,620円/30分	予約制
	トランクルーム	3,240円/月	
	セーフティボックス	2,160～4,320円/月	3種類用意
レンタルルーム「桜」	1,080円/60分	予約制	
健康管理サービス (協力医療機関以外へ入通院される場合)	スタッフ同行	1,620円/30分	予約制
入院中サービス	洗濯物交換・お見舞い等	1,620円/30分	協力医療機関に限り、週1回まで管理費等に含まれます
アクティビティサービス	サークル活動における参加費及び材料費等	実費	
その他	体験入居	16,200円	1泊2日につき

■ゲスト向けサービス

家族等宿泊サービス	エキストラベッド・寝具等	1,080円/泊	
	ゲストルーム利用 1名	5,400円/泊	ビレッジ□ 5F 利用
	2名以上 時間利用	6,480円/泊 1,080円/60分	予約制
	食事 朝食	540円	予約制
昼食	864円		
夕食	1,512円		

※1 上記金額には、消費税(8%)が含まれております。

川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input 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 type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	浴槽用リフトの設置はありませんが、ご入居者の状況に合わせた入浴方法(介助浴、機械浴等)で対応させていただいております。
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室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			談話できるスペースがあります。
8	面談室	有			面談できるスペースがあります。
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	エレベーター内は、外部(エレベーター管理会社)との通報装置が設置されています。
14	廊下		不適合	<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 checked="" 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。	両側にはありませんが、片側には手すりが設置されております。
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。

ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジ I への転居基準

入居者が以下の状態のいずれか一つに該当した場合には、ヒルデモアたまプラーザ・ビレッジⅢでの介護サービス範囲及び運営体制では、安全な生活を営んでいただくために不十分であり、その場合には、ビレッジ I へ転居し、介護居室の介護サービスに基づいて生活をしていただきます。

項目	入居者の状態
食事	常に見守り若しくは介助が必要な場合 常に居室への配膳が必要な場合
移乗、移動、起き上がり、排泄など	左記動作が自分一人では困難な場合 介助者が二人以上必要な場合
入浴	特殊浴槽等の設備を利用した入浴が必要な場合
ナースコール	恒常的に頻回なナースコールがある場合
認知症	認知症が進行し以下のような状態がある場合 ・他人との意思疎通を図ることが困難な場合 ・徘徊等の周辺症状や行動が見られる場合 ・他の入居者やご家族に迷惑や危害を及ぼす行動が見られる場合 ・スタッフに危害を及ぼす行為が頻繁に見られ、通常対応では防ぐことが困難な場合
医療	医療的処置・管理（吸引、点滴静注、酸素吸入、その他生命および健康を確保するための医療機器の使用を含む）が持続的に必要な場合 夜間に看護師による対応が必要な身体状態になった場合