

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和2年7月1日

1 事業主体概要

|                        |   |
|------------------------|---|
| 事業主体名                  | 株式会社クラーチ  |
| 代表者名                   | 鮫島 智啓   |
| 所在地                    | 東京都港区虎ノ門一丁目2番3号                                     |
| 電話番号/FAX番号             | 03-5501-2911 / 03-6257-3010                         |
| ホームページアドレス             | http://www.kuraci.co.jp/                            |
| 資本金(基本財産)              | 2億4千万円  |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1 | 株式会社キャピタルメディカ 100%                                  |
| 設立年月日                  | 平成13年4月19日  |
| 直近の事業収支決算額 ※2          | (収益) 3,417,786千円(費用) 3,318,205千円(損益) 99,581千円       |
| 会計監査人との契約              | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (大有ゼネラル監査法人) |
| 他の主な事業                 | 特定施設入居者介護 介護予防特定施設入居者生活介護                           |

※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         | クラーチ・メディーナ稲田堤                   |  |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型                              | 1 介護付(一般型・外部サービス利用型)<br><input checked="" type="checkbox"/> 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<br>3 終身建物賃貸借方式   |
|             | 入居時の要件                          | 1 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要介護 3 要支援・要介護<br>4 自立・要支援・要介護   |
|             | 介護保険                            | 1 県指定介護保険特定施設<br>(番号 指定年月日 )<br>介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・<br>介護予防(外部サービス利用型)<br><input checked="" type="checkbox"/> 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                      | : 以上   |
|             | 提携ホームの利用等                       | 1 提携ホーム利用可( )<br>2 提携ホーム移行型( )   |
| 開設年月日       | 平成27年5月1日                       |  |
| 施設の管理者氏名    | 東海林 学                           |  |
| 所在地         | 〒214-0003 神奈川県川崎市多摩区菅稲田堤1-17-15 |  |

|                                  |   |             |               |              |  |
|----------------------------------|---|-------------|---------------|--------------|--|
| 電話番号／FAX番号                       | 044-945-0751 / 044-945-0752   |             |               |              |  |
| メールアドレス                          | manabu.shoji@kuraci.co.jp   |             |               |              |  |
| 交通の便 ※3                          | JR南武線「稲田堤駅」 徒歩2分 約160m<br>京王相模原線「京王稲田堤駅」 徒歩2分 約160m   |             |               |              |  |
| ホームページアドレス                       | http://www.kuraci.co.jp/house/medeina/inada/  |             |               |              |  |
| 敷地概要 ※4                          | 権利形態 所有 ・ 借地<br>(借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約<br>(借地の場合の契約期間) 年 月 日～年 月 日<br>(通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有<br>敷地面積 1,272.27㎡   |             |               |              |  |
| 建物概要                             | 権利形態 所有 ・ <span style="border: 1px solid black;">借家</span><br>(借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約<br>(借家の場合の契約期間) 平成27年2月1日～令和27年1月31日<br>(通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ <span style="border: 1px solid black;">有</span><br>建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上4階建<br>(耐火・準耐火・その他)<br>延床面積 2,274.70㎡ (うち有料老人ホーム 2,274.70㎡)<br>建築年月日 平成27年 2月27日建築<br>改築年月日 年 月 日改築<br>建築確認の用途指定 <span style="border: 1px solid black;">有料老人ホーム</span> ・その他( ) |             |               |              |  |
| 居室、一時介護室の概要                      | 居室総数 57室 定員 57人(一時介護室を除く)<br>(内訳)   |             |               |              |  |
|                                  |   | 居室定員        | 室数            | 面積           |  |
|                                  | 居室  | 個室          | 57室           | 18.0㎡        |  |
|                                  |   | うち2人定員      | 室             | ㎡～㎡          |  |
|                                  |   | 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<br>(設置箇所、面積、設備の整備状況等) | 食堂  | 設置階         | 1階 ( 156.44㎡) |              |  |
|                                  | 浴室  | 一般浴槽        | 設置階           | 1階 ( 14.56㎡) |  |
|                                  |   |             |               | 4階 ( 5.85㎡)  |  |
|                                  | 浴室  | チェア浴        | 設置階           | 1階 ( 22.13㎡) |  |
|                                  |   | ストレッチャー浴    | 設置階           | 1階 ( 14.05㎡) |  |
|                                  | 便所  | 設置箇所        | 各階及び各居室       |              |  |
|                                  | 洗面設備  | 設置箇所        | 各階及び各居室       |              |  |
|                                  | 医務室(健康管理室)  | 設置階         | ( ㎡)          |              |  |
|                                  | 談話室   | 設置階         | ( ㎡)          |              |  |
|                                  | 面談室   | 設置階         | 1階 ( 16.85㎡)  |              |  |
| 事務室                              | 設置階   | 1階 ( 48.5㎡) |               |              |  |

|                        |   |  |   |            |
|------------------------|---|--|---|------------|
|                        | 洗濯室   | 設置階                                    | 2, 3, 4階 ( 各5. 88㎡)                         |            |
|                        | 汚物処理室   | 設置階                                    | 1階 ( 5. 07㎡)                                |            |
|                        |   |  | 2, 3, 4階 ( 各5. 10㎡)                         |            |
|                        | 看護・介護職員室  | 設置階                                    | 2階 ( 6. 08㎡)                                |            |
|                        |   |  | 3, 4階 ( 各5. 18㎡)                            |            |
|                        | 機能訓練室   | 設置階                                    | 1階 ( 156. 44㎡)                              |            |
|                        |   | 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                                    | 1階 ( 29. 83㎡)                               |            |
| エレベーター<br>※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  | 全室(浴室、階段を除く)                           |   |            |
| 居室のある区域の廊下幅            |   | 両手すり設置後の有効幅員(1. 4m~2. 1m)              |   |            |
| 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<br>緊急通報装置：各居室、共同浴室、共同トイレ、食堂<br>安否確認の方法・頻度等<br>適宜居室見守り、緊急通報装置対応 |  |   |            |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6 | 事業所名称   | 事業主体                                   | 面積  | 事業者番号      |
|                        | クラッチ居宅介護支援事業所 稲田堤   | (株)クラッチ                                | ホームの事務室・相談室他を併用する                           | 1475402184 |
|                        | クラッチ訪問介護ステーション稲田堤   |  |   | 1475402267 |
| 有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容  | なし  |  |   |            |

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

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

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

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

|                             |  |                            |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|
| 支払い方式 ※8                    | 前払い方式  | 月払い方式                      | <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式 |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 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賃金水準等が上昇した場合      |  |
|                             | 手続き方法  | 運営懇談会開催等にて意見を徴収の上で事業者が決定する |  |

#### (2) 前払い方式

|                      |   |  |             |
|----------------------|---|--|-------------|
| 費用の支払方法 ※9           | 入居一時金+月額利用料<br>入居一時金は入居予定日前日までに一括支払い。月額利用料は翌月分を当月27日にご指定の金融機関から自動引き落とし。管理費に含まれない有料サービスは、当月分を翌月26日にご指定の金融機関から自動引き落とし。  |  |             |
| 敷金                   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 円、家賃相当額の か月分)   |  |             |
| 前払金<br>(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   |  | 390万円～570万円 |
| 想定居住期間又は償却期間         | 5年 (1,827日)   |  |             |
| 算定の基礎 (内訳)           | 使途：入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設を終身にわたって利用するための家賃相当費用の一部前払い分。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。<br>内訳：事業費（施設の開発費、土地の賃料、建設費、借入利息、大規模修繕等修繕費、管理事務費等）<br>算定根拠：入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づき算定。   |  |             |
| 解約時の返還金（算定方法等）       | ①償却期間内に本契約が終了する場合は、事業者は入居者又は返還金受取人に契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。<br>$\text{返還金} = \text{入居一時金} \times 70\% \div 1,827 \text{日} \times (1,827 \text{日} - \text{入居日の翌日から契約終了日までの日数})$ ※上記の返還金額より原状回復費用等支払債務を差し引いて返還致します。<br>②事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め入居日から3月以内の契約解除（死亡退去も含む）の場合は、受領済みの入居一時金を全額（初期償却相当額も含む）返還します。但し、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領します。<br>$1 \text{日あたり利用料} = \text{入居一時金} \times 70\% \div 1,827 \text{日}$ ※月払い利用料については日割精算。<br>※必要な原状回復費用があれば受領する。 |  |             |
| 返還の対象とならない額の有無       | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (入居前払金の30%相当額)<br>事業者は、「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」として、合理的に算出された額を入居一時金の非返還対象分（入居一時金に占める割合は30%）とします。  |  |             |
| 初期償却の開始日             | 入居日の翌日  |  |             |
| 介護費用の前払金             | なし  |  |             |
| 算定の基礎 (内訳)           | —   |  |             |

|                      |   |   |      |         |        |         |     |
|----------------------|---|---|------|---------|--------|---------|-----|
| 解約時の返還金<br>(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                | 178,860円 (税込)   |   |      |         |        |         |     |
| 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<br>※10         | 月額利用料   | 内 訳   |      |         |        |         |     |
|                      |   | 管理費   | 介護費用 | 食材費     | 光熱水費   | 家賃相当額   | その他 |
|                      | 178,860円  | 78,000円   | —    | 29,160円 | 9,900円 | 54,000円 | —   |
| 算定根拠<br>※11          | 管理費   | 基礎サービス等に係る人件費・事務費、施設の運営・維持管理全般に係る諸経費、事務管理部門の人件費・事務費並びに共用施設の水光熱費、清掃費、点検・補修費、及びそれに係る人件費   |      |         |        |         |     |
|                      | 介護費用  | —   |      |         |        |         |     |
|                      | 食材費   | 1ヶ月 (30日) 喫食した場合の食材費：29,160円 (税込)<br>一人1日当たり972円 (税込)<br>(内訳：朝259円、昼302円、おやつ108円、夕302円)<br>※土日祝日を除く3日前までに欠食の申出があった場合は、当該金額を返金 (請求控除) いたします。 |      |         |        |         |     |
|                      | 光熱水費  | 使用する居室の水光熱費として一律で設定   |      |         |        |         |     |
|                      | 家賃相当額   | 入居一時金との併用方式のため、月払い家賃相当額の支払が必要です。当該月払い家賃相当額は、入居一時金の償却期間経過後も期限に定めなく支払が必要です。<br>専用住戸・共用施設利用の費用として受領する家賃相当費用の月払い分                               |      |         |        |         |     |
|                      | その他 (消費税)   | 家賃相当額、介護保険料、介護保険利用者負担分を除き、税法に則り、別途、消費税10%を負担していただきます。ただし、軽減税率 (8%) の対象となる飲食料品の提供は、上記の「朝食・昼食・おやつ・夕食」の食材費です。それ以外の飲食料品の提供は、軽減税率の対象外とします。       |      |         |        |         |     |
| 月額利用料に含まれない実費負担等 ※12 | 医療費、おむつ代等の介護消耗品費、新聞代、理美容室代、レクリエーションの材料費、特別食 (注文食やイベント食)、クリーニング代等の個人利用、使用にかかる費用。 |   |      |         |        |         |     |

特定施設入居者生活介護

(1 か月 30 日の例)

| 区 分   | 月 額 | 利用者負担額 ( 割の場合) |
|-------|-----|----------------|
| 要介護 1 | 円   | 円              |
| 要介護 2 | 円   | 円              |
| 要介護 3 | 円   | 円              |
| 要介護 4 | 円   | 円              |
| 要介護 5 | 円   | 円              |

各種加算の状況

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

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 | 利用者負担額 ( 割の場合) |
|-------|-----|----------------|
| 要支援 1 | 円   | 円              |
| 要支援 2 | 円   | 円              |

各種加算の状況

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

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

(3) 月払い方式

|               |   |   |      |         |        |          |     |
|---------------|---|---|------|---------|--------|----------|-----|
| 費用の支払方法<br>※9 |   | 毎月請求による月払い  |      |         |        |          |     |
| 敷金            |   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (250,000～316,000円・家賃相当額の2か月分)  |      |         |        |          |     |
| 月額利用料         |   | 249,860円(税込)～282,860円(税込)   |      |         |        |          |     |
| 年齢に応じた金額設定    |   | <input type="checkbox"/> ・有   |      |         |        |          |     |
| 要介護状態に応じた金額設定 |   | <input type="checkbox"/> ・有   |      |         |        |          |     |
| 料金プラン<br>※10  | 月額利用料   | 内 訳   |      |         |        |          |     |
|               |   | 管理費   | 介護費用 | 食材費     | 光熱水費   | 家賃相当額    | その他 |
|               | 249,860円  | 85,800円   | -    | 29,160円 | 9,900円 | 125,000円 | -   |
|               | 255,860円  |   |      |         |        | 131,000円 |     |
|               | 266,860円  |   |      |         |        | 142,000円 |     |
|               | 271,860円  |   |      |         |        | 147,000円 |     |
|               | 277,860円  |   |      |         |        | 153,000円 |     |
|               | 282,860円  |   |      |         |        | 158,000円 |     |
| 管理費           | 基礎サービス等に係る人件費・事務費、施設の運営・維持管理全般に係る諸経費、事務管理部門の人件費・事務費並びに共用施設の水光熱費、清掃費、点検・補修費、及びそれに係る人件費 |   |      |         |        |          |     |
| 介護費用          | -   |   |      |         |        |          |     |
| 算定根拠<br>※11   | 食材費   | 1ヶ月(30日)喫食した場合の食材費：29,160円(税込)<br>一人1日当たり972円(税込)<br>(内訳：朝259円、昼302円、おやつ108円、夕302円)<br>※土日祝日を除く3日前までに欠食の申出があった場合は、当該金額を返金(請求控除)いたします。 |      |         |        |          |     |
|               | 光熱水費  | 使用する居室の水光熱費として一律で設定   |      |         |        |          |     |

|                         |              |   |
|-------------------------|--------------|---|
|                         | 家賃相当額        | 入居一時金との併用方式のため、月払い家賃相当額の支払が必要です。当該月払い家賃相当額は、入居一時金の償却期間経過後も期限に定めなく支払が必要です。<br>専用住戸・共用施設利用の費用として受領する家賃相当費用の月払い分                       |
|                         | その他<br>(消費税) | 家賃相当額、介護保険料、介護保険利用者負担分を除き、税法に則り、別途、消費税10%を負担していただきます。ただし、軽減税率(8%)の対象となる飲食料品の提供は、上記の「朝食・昼食・おやつ・夕食」の食材費です。それ以外の飲食料品の提供は、軽減税率の対象外とします。 |
| 月額利用料に含まれない実費負担等<br>※12 |              | 医療費、おむつ代等の介護消耗品費、新聞代、理美容室代、レクリエーションの材料費、特別食(注文食やイベント食)、クリーニング代等の個人利用、使用にかかる費用。  |



特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 区 分  | 月 額 | 利用者負担額 ( 割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要介護1 | 円   | 円              |
| 要介護2 | 円   | 円              |
| 要介護3 | 円   | 円              |
| 要介護4 | 円   | 円              |
| 要介護5 | 円   | 円              |

各種加算の状況

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

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 | 利用者負担額 ( 割の場合) |
|------|-----|----------------|
| 要支援1 | 円   | 円              |
| 要支援2 | 円   | 円              |

各種加算の状況

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

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

#### (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賃金水準等を勘案し、運営懇談会において十分な説明を行い、意見を参考にした上で改定を行う場合がある。  |
| 前払金の返還金の保全措置                     | <p>保全措置の内容：入居者生活保障制度<br/>[公益社団法人全国有料老人ホーム協会]</p> <p>無・<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※当社が同制度に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者の全てが退去せざるを得なくなり、且つ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間満了後でも保証金として500万円が支払われる。</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 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の保険名(損害保険ジャパン賠償責任保障)   |
| 消費税の対象外とする利用料等                   | 入居一時金及び月払い家賃相当額   |
| 短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）   | <input 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  |

※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。

食材費が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、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定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        | 「あるべき姿を実現し、明日はもっと輝く生活を」を具現化し、‘高齢者をどうするか’ではなく、‘高齢者はどうされたいのか’という視点から一人ひとりの生き方や、生活を応援して、明るく豊かな生活の実現に寄与します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご入居者の残存機能を十分に発揮すると共に、リハビリテーションの実践による身体機能の向上を提供しています。  |

|                |  |  |  |
|----------------|--|--|--|
| 入浴、排せつ又は食事の介護  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 | 2 委託                                     | 3 なし                                     |
| 食事の提供          | 1 自ら実施                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 | 3 なし                                     |
| 洗濯、掃除等の家事の供与   | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 | 2 委託                                     | 3 なし                                     |
| 生活相談サービス       | <input checked="" type="checkbox"/> 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   | 施設の維持管理業務、日常生活支援サービス業務、入居者相談業務 |
|  | 食材費   | 3食の提供                          |
|  | その他   | レクリエーション・クラブ活動                 |
| (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                         | 厨房運営業務を委託<br>委託先：株式会社グリーンハウス  |                                |
| 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                   | 相談窓口（受付）：施設職員<br>責任者：施設長（施設管理者）<br>内容により運営懇談会で協議。当事者間で解決できない場合は次の行政機関等への相談や裁判所に提訴することも出来ます。<br>神奈川県国民健康保険団体連合会<br>TEL 0570-022-110（苦情専用）<br>川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課事業者指導係<br>TEL 044-200-0445（直通）<br>公益社団法人全国有料老人ホーム協会<br>東京都中央区日本橋3-5-14<br>TEL 03-3272-3781 |                                |
| 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）                      | 入居者の主治医または協力医療機関と連携をとり、その指示のもとに対応します。<br>状況により119番通報による医療機関への搬入を行うとともに施設から家族へ連絡し、事故の内容や措置に関して報告を行います。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）                                 | 事業者はご入居者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、ご入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかにご入居者に対して損害を賠償します。ただし、ご入居者に重過失がある場合、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。   |                                |

|                                      |  |        |                                       |
|--------------------------------------|--|--------|---------------------------------------|
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況 | 協会への加入 無・ <input checked="" type="checkbox"/>    |        |                                       |
|                                      | 入居者基金への加入 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |        |                                       |
| 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    | 常時ご意見箱を設置                             |
|                                      |  | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
|                                      | 無  |        |                                       |
| 第三者による評価の実施状況                        | 有  | 実施日    |                                       |
|                                      |  | 評価機関名称 |                                       |
|                                      |  | 結果の開示  | 有 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 | 入居居室にて、外部事業者との契約締結による訪問介護等の介護保険在宅サービスを受けることができます。 |   |
| 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(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)        | なし  |
|                      | 従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)                           | 事業者は、入居者の心身状況や介護状況の変化に応じて居室の住み替えを行う場合には、次の各号に掲げるすべての手続きを行います。<br>それぞれの手続きは書面にて確認します。<br>1. 事業者の指定する医師の意見を聴く<br>2. 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。<br>3. 入居者の権利や入居一時金又は家賃相当額の額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住み替え後の居室及び権利の変動、居室の専有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容について入居者及び身元引受人に説明を行う。<br>4. 入居者又は身元引受人の同意を得る |
|                      | 提携ホームへ住み替える場合(同上)                                 | なし  |

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   | 医療法人社団楓の風 在宅療養支援クリニック かえでの風たま・かわさき                 |
|  | 診療科目  | 内科   |
|  | 所在地   | 川崎市多摩区三田 1-8-9 グレイスイヅミ 106 号室                      |
|  | 距離及び所要時間  | 約 4.4km 車で約 14 分                                   |
|  | 協力内容  | 入居者の健康相談、年 2 回の健康診断、訪問診療、緊急時往診（医療費その他費用は入居者の自己負担）等 |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容                                   | 名 称   | 医療法人メディカルクラスタ たまふれあいクリニック                          |
|  | 診療科目  | 内科   |
|  | 所在地   | 川崎市多摩区柘形2丁目24-6 エスペランサ柘形101号                       |
|  | 距離及び所要時間  | 3.1km（車で約 9 分）                                     |
|  | 協力内容  | 入居者の健康相談、年2回の健康診断、訪問診療、緊急時往診（医療費その他費用は入居者の自己負担）等   |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容                                   | 名 称   | 医療法人社団仁慈会 ホワイトデンタルクリニック中野院                         |
|  | 所在地   | 東京都中野区東中野3丁目8-13 MSR東中野2F                          |
|  | 距離及び所要時間  | 21.7km（車で約55分）                                     |
|  | 協力内容  | 歯科検診、歯科治療等   |
| 入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者は、協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において治療を受けることができます。</li> <li>・医療費は入居者の自己負担となります。</li> <li>・入院が長期にわたった場合でも契約は継続しますので、退院後は入院前の居室へ戻ることができます。但し、入院中も管理費等の月額利用料はお支払い頂きます。</li> </ul> |  |

7 入居状況等

(2020年7月1日現在)

|   |   |         |          |          |
|---|---|---------|----------|----------|
| 入居者数及び定員                                  | 54人 (定員 57人)  |         |          |          |
| 入居者の状況                                    | 男性  | 4人      | 女性 50人   |          |
|   | 自立  | 0人      |          |          |
|   | 要介護   | 54人     | (内訳)     | 要介護1 10人 |
|   |   |         | 要介護2 10人 |          |
| 要介護3 8人                                   |   |         |          |          |
| 要介護4 16人                                  |   |         |          |          |
| 要介護5 10人                                  |   |         |          |          |
| 要支援                                       | 0人  | (内訳)    | 要支援1 0人  |          |
|   |   | 要支援2 0人 |          |          |
| 平均年齢                                      | 88.9歳 (男性 90.3歳、女性 88.8歳)   |         |          |          |
| 運営懇談会の開催状況<br>(開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等) | <p>開催状況：年2回開催 (概ね6ヶ月に1回)<br/>但し、必要な場合は臨時懇談会を開催します。</p> <p>主な議題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設における入居者状況、入・退去状況、サービス提供状況</li> <li>各年度における権利日・食材費等の収支状況、ホーム本体の各会計年度の決算報告</li> <li>管理費、食材費その他サービス費用および使用料の改定</li> <li>管理規定、細則等の諸規定の改定</li> <li>入居者の意向の確認や意見交換</li> <li>各年度の職員数・職員配置体制・勤務形態等の説明等</li> <li>その他、特に必要と認められた事項</li> </ul> |         |          |          |

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

(2020年7月1日現在)

|        | 職員数     | 常勤換算後の    |        | 夜間勤務職員数<br>( 時～翌 時 )<br>(最少人数) | 備考<br>(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   | ( )       |        |                                |                |  |
|        | 直接処遇職員  | 32 ( 16 ) | 27.6   |                                | 3              |  |
|        | 介護職員    | 32 ( 16 ) | 27.6   |                                |                |  |
|        | 看護職員    | ( )       |        |                                |                |  |
|        | 機能訓練指導員 | ( )       | /      |                                |                |  |
|        | 理学療法士   | ( )       |        |                                |                |  |
|        | 作業療法士   | ( )       |        |                                |                |  |
|        | その他     | ( )       |        |                                |                |  |
|        | 計画作成担当者 | ( )       |        |                                |                |  |
|        | 医師      | ( )       |        |                                |                |  |

|       |           |   |  |  |               |
|-------|-----------|---|--|--|---------------|
| 栄養士   | ( )       | / |  |  | 委託：(株)グリーンハウス |
| 調理員   | ( )       |   |  |  |               |
| 事務職員  | 1 ( )     |   |  |  |               |
| その他職員 | ( )       |   |  |  |               |
| 合計    | 33 ( 16 ) |   |  |  |               |

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 |     | 介護福祉士 |     |         |     |         |     |
|               |           | 2 なし     |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|               |           | 看護職員     |     | 介護職員   |     | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|               |           | 常勤       | 非常勤 | 常勤     | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数   |           |          |     | 2      | 12  |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数   |           |          |     | 1      | 11  |       |     |         |     |         |     |
| 業務に応じた職員の経験年数 | 1年未満      |          |     | 1      | 8   |       |     |         |     |         |     |
|               | 1年以上3年未満  |          |     | 3      | 6   |       |     |         |     |         |     |
|               | 3年以上5年未満  |          |     | 10     | 3   |       |     |         |     |         |     |
|               | 5年以上10年未満 |          |     | 2      | 1   |       |     |         |     |         |     |
|               | 10年以上     |          |     | 0      | 0   |       |     |         |     |         |     |
| 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 ※<br>18 |
| 要支援者の人数 |          |         |                 |
| 要介護者の人数 |          |         |                 |

|                                  |                     |   |     |
|----------------------------------|---------------------|---|-----|
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16              |                     |   |     |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※17              |                     |   |     |
| 要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合 | :                   | : | :   |
| 常勤換算方法の考え方                       | 常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出 |   |     |
| 従業者の勤務体制の概要                      | 介護職員 早番             | : | ～ : |
|                                  | 日勤                  | : | ～ : |
|                                  | 遅番                  | : | ～ : |
|                                  | 夜勤                  | : | ～ : |
|                                  | 看護職員 早番             | : | ～ : |
|                                  | 日勤                  | : | ～ : |
|                                  | 遅番                  | : | ～ : |
|                                  | 夜勤                  | : | ～ : |

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

|         |           |              |          |
|---------|-----------|--------------|----------|
| 社会福祉士   | 0人 ( 0人)  | 介護職員実務者研修修了者 | 1人 ( 1人) |
| 介護福祉士   | 10人 ( 6人) | 介護職員初任者研修修了者 | 4人 ( 8人) |
| 介護支援専門員 | 1人 ( 1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・退去等

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・60歳以上の方で、原則として身元引受人を立てられる方。</li> <li>・要介護認定を受けている方</li> <li>・管理費その他、ご入居者がお支払いされるべき費用を、お支払い頂ける方</li> <li>・健康保険に加入されている方 (扶養家族でも可)</li> <li>・介護保険に加入されている方</li> <li>・暴力団と目される組織に属される方、若しくは此れに類する方ないしは同関係者等でない方</li> <li>・身体状況・共同生活への適応力について事業者の審査基準を満たされた方</li> </ul> |
| 身元引受人等の条件及び義務等                 | 身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。   |
| 生活保護受給者の受入れ対応                  | <input checked="" type="checkbox"/> 可   |



|                                 |         |  |               |
|---------------------------------|---------|--|---------------|
| 施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19 |         | ① 入居者が逝去した場合<br>② 入居者が解約した場合 (30日の予告期間が必要)<br>③ 事業者が解約した場合 (90日の予告期間が必要)<br>主な解除事由<br>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、入居契約書第29条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。<br>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<br>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<br>3. 入居契約書第3条第4項の規定に違反したとき<br>4. 入居契約書第20条の規定に違反したとき<br>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<br>(その他は入居契約書参照) |               |
| 前年度における退去者の状況                   | 退去先別の人数 | 自宅等  | 人             |
|                                 |         | 社会福祉施設   | 人             |
|                                 |         | 医療機関   | 人             |
|                                 |         | 死亡者  | 5人            |
|                                 |         | その他  | 人             |
|                                 | 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人<br>(解約事由の例) |
| 入居者側の申し出                        |         | 人<br>(解約事由の例)  |               |
| 体験入居の期間及び費用負担等                  |         | 利用契約の締結に先立ち、体験利用をすることが出来ます。<br>(1泊2日:11,000円)<br>※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。<br>※上記料金には、食費・水光熱費・施設サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く)が含まれます。   |               |

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

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

| 区分  | 要介護1～5                    |  |  |  |
|---|---------------------------|--|--|--|
| 介護を行う場所   | 一般居室                      |  |  |  |
|   | 月額利用料を含むサービス              | その都度徴収するサービス<br>(料金は税別)                              | 備考<br>(料金は全て税込表記)  |  |
| <b>介護サービス</b>   |                           |  |  |  |
| ○巡回<br>・昼間(9:00～18:00)<br>・夜間(18:00～翌9:00)                | 1回<br>1回                  | —<br>—   | ※1 原則として、訪問介護等の介護サービスの提供を受けていただきます。<br>指定居宅サービス事業所より入居者に対して提供される介護サービスが、要介護度に応じた1ヶ月あたりの支給限度額(区分支給限度基準額)を越えて提供される場合において、入居者が快適で心身とも充実・安定した生活を営むために、当該指定居宅サービス事業所に代わり、ホームが定める範囲において介護保険給付対象外の介護サービスの提供または生活サービスの提供を行います。 |  |
| ○食事介助   | —                         | 1,650円/30分   |  |  |
| ○排泄<br>・排泄介助<br>・おむつ交換                                    | —※1<br>—※1                | 1,650円/30分<br>1,650円/30分                             |  |  |
| ○入浴等<br>・清拭<br>・一般浴介助<br>・特浴介助                            | —※1<br>—※1<br>—※1         | 2,750円/1回<br>2,750円/1回<br>2,750円/1回                  |  |  |
| ○身辺介助<br>・体位交換<br>・居室からの移動<br>・衣類の着脱<br>・身だしなみ介助          | —※1<br>—※1<br>—※1<br>—※1  | 1,650円/30分<br>1,650円/30分<br>1,650円/30分<br>1,650円/30分 |  |  |
| ○機能訓練   | 適宜※2                      | —  |  |  |
| ○通院の介助<br>協力医療機関<br>協力医療機関以外                              | 月1回まで※3<br>—              | 付添費1,980円/30分※4<br>付添費1,980円/30分※4                   |  |  |
| ○緊急時対応<br>・ナースコール   | 随時                        | —  |  |  |
| <b>生活サービス</b>   |                           |  |  |  |
| ○家事<br>・清掃<br>・リネン交換<br>・洗濯                               | —※1<br>—※1<br>2回/週※5      | 1,650円/回<br>1,650円/回<br>1,650円/回                     |  | ※5 週3回目以降は有料サービスとなります。失禁等による洗濯は適宜対応いたします。<br>※6 疾病等で居室配膳・下膳が必要とホームが判断した場合は、適宜対応します。<br>※7 訪問理美容をご利用できます。 |
| ○居室配膳・下膳  | —※6                       | 300円/回   |  |  |
| ○理美容  | —                         | 実費※7   |  |  |
| ○代行<br>・買物代行<br>・買物同行<br>・各種手続<br>・金銭管理                   | 1回/週※8<br>—<br>—<br>—     | 1,650円/回※8<br>1,650円/30分<br>1,650円/30分<br>—          | ※8 週2回目以降は有料サービスとなります。ホームが指定する店舗で購入可能なものに限りします。  |  |
| <b>健康管理サービス</b>   |                           |  |  |  |
| ・健康診断<br>・健康相談<br>・生活指導<br>・医師の往診                         | —<br>適宜<br>適宜<br>—        | 実費※9<br>—<br>—<br>実費※10                              | ※9 年2回、定期検診を受ける機会を設けております。<br>※10 協力医療機関による訪問診療(往診)をご利用できます。   |  |
| <b>入退院時、入院中のサービス</b>                                      |                           |  |  |  |
| ・医療費<br>・移送サービス<br>・入退院時の同行<br>・入院中の依頼事項代行<br>・入院中のお見舞い訪問 | —<br>—<br>—<br>—<br>適宜※11 | 実費<br>—<br>付添費1,980円/30分※4<br>1,650円/30分<br>—        | ※11 お見舞い時、入院先病院関係者より退院に向けた情報提供をいただきます。   |  |
| <b>その他サービス</b>  |                           |  |  |  |
| ・レクリエーション<br>・生活支援サービス<br>・外出付き添い                         | 適宜<br>—<br>—              | 実費※12<br>1,650円/30分<br>付添費1,980円/30分※4               | ※12 内容により材料等の実費が必要です。  |  |

## 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<br>(一時介護室)  |       | 適合     | <input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 界壁で区分けされていない。<br><input type="checkbox"/> 地下に居室がある。<br><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。<br><input type="checkbox"/> スロープがない。<br><input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。<br>(要介護者等を入居対象とする場合)<br><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。<br><input type="checkbox"/> 常夜灯がない。<br><input type="checkbox"/> 手すりがない。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。<br><input type="checkbox"/> 手すり等がない。<br><input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。  |                |
| 6   | 医務室<br>(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。<br>(介護付有料老人ホームの場合)<br><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<br>(相談室)   | 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)<br><input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。<br><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。<br><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)<br><input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室<br><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。<br><input type="checkbox"/> 手すり等がない。<br><input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。<br><input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。<br>※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。)