

重要事項説明書

介護付有料老人ホーム
すいとびー 港南台 mio



日総ニフティ株式会社

(2022年4月1日現在)

第2号様式(第6条第1項)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2022年4月1日

1 事業主体概要

| | |
|---------------|---|
| 事業主体名 | 日総ニフティ株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役社長 松尾 伸一 |
| 所在地 | 横浜市港北区新横浜 1-4-1 日総工産新横浜ビル |
| 電話番号／FAX番号 | 045-470-4333／045-476-4347 |
| ホームページアドレス | http://www.sweetpea.co.jp |
| 設立年月日 | 1983年2月12日 |
| 直近の事業収支決算額 ※1 | (収益)3,003百万円 (費用)2,986百万円 (損益)17百万円 |
| 会計監査人との契約 | 無・有(有)(TAO税理士法人) |
| 他の主な事業 | 介護保険指定事業(訪問介護、居宅介護支援) |

※1 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 | すいとびー 港南台 mio | |
| 施設の類型 及び 表示事項 | 類型 | 1 介護付(一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型 |
| | 居住の権利形態 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| | 入居時の要件 | 1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 |
| | 介護保険 | 1 横浜市指定介護保険特定施設 (番号：1473101432、指定年月日：2009年4月1日) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型) ・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可 |
| | 居室区分 | 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり |
| | 介護に関わる職員体制 | 3：1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の職員配置基準(3：1以上)を満たしています。 なお、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() 2 提携ホーム移行型() | |
| -開設年月日 | 2009年3月16日 | |
| 施設の管理者氏名 | 佐々木 宏 | |
| 所在地 | 横浜市港南区港南台 6-23-9 | |
| 電話番号／FAX番号 | 045-835-1661／045-835-1662 | |

| メールアドレス | konandai@sweetpea.co.jp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------------------|---------------|----|--------|-----------------------|----|----|------|------------|-----|---------------|------|--------|----------|----------|--------|-----------|----|------|-----------|----------|------|------|-------------|-------|------------|--------|----------|--|-----------|--------|----------|--|----------|--------|-------------|--|-----|--------|--|--|-----|--------|----------|--|-------|--------|--|--|----------|----------|--|--|-------|--------|---------------------------------|--|
| 交通の便 ※3 | 横浜市営バス 111系統(上大岡駅前行)、45系統(洋光台駅前行) 港南台駅前 ⇒ 港南環境センター前下車 徒歩3分(220m) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ホームページアドレス | http://www.sweetpea.co.jp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 1,570.85㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物概要 | 権利形態 所有 ・ 借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2009年3月1日～2039年2月28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 地上3階建 耐火・準耐火・その他) 延床面積 1,566.07㎡(うち有料老人ホーム 1,566.07㎡) 建築年月日 2009年3月12日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他(共同住宅) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室、一時介護室の概要 | 居室総数 30室 定員 30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 colspan="2">面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>30室</td> <td colspan="2">27.73㎡～27.73㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～㎡</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 居室定員 | 室数 | 面積 | | 居室 | 個室 | 30室 | 27.73㎡～27.73㎡ | | うち2人定員 | 室 | ㎡～㎡ | | 2人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | 人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | 一時介護室 | 個室 | 室 | ㎡～㎡ | | 2人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | 人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居室定員 | 室数 | 面積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室 | 個室 | 30室 | 27.73㎡～27.73㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち2人定員 | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一時介護室 | 個室 | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人部屋(相部屋) | 室 | ㎡～㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等) | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 1階</td> <td colspan="2">(110.57㎡) 機能訓練室と共用</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽</td> <td colspan="2">設置階 各居室に設置</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>リフト浴</td> <td>設置階 1階</td> <td>(14.00㎡)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 1階</td> <td>(14.00㎡)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所</td> <td colspan="2">各居室、各階に共用</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所</td> <td colspan="2">各居室 1階 事務所横</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 3階</td> <td colspan="2">(28.77㎡)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 3階</td> <td colspan="2">(28.77㎡)</td> </tr> <tr> <td>応接室/面談室</td> <td>設置階 1階</td> <td colspan="2">応接室(10.99㎡)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 1階</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階 1階</td> <td colspan="2">(14.05㎡)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階 1階</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td>設置階 1～3階</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>機能訓練室</td> <td>設置階 1階</td> <td colspan="2">(110.57㎡) 他の共用施設との兼用 無・有(食堂)</td> </tr> </tbody> </table> | | | 食堂 | 設置階 1階 | (110.57㎡) 機能訓練室と共用 | | 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 各居室に設置 | | 浴室 | リフト浴 | 設置階 1階 | (14.00㎡) | ストレッチャー浴 | 設置階 1階 | (14.00㎡) | 便所 | 設置箇所 | 各居室、各階に共用 | | 洗面設備 | 設置箇所 | 各居室 1階 事務所横 | | 医務室(健康管理室) | 設置階 3階 | (28.77㎡) | | 談話室 | 設置階 3階 | (28.77㎡) | | 応接室/面談室 | 設置階 1階 | 応接室(10.99㎡) | | 事務室 | 設置階 1階 | | | 洗濯室 | 設置階 1階 | (14.05㎡) | | 汚物処理室 | 設置階 1階 | | | 看護・介護職員室 | 設置階 1～3階 | | | 機能訓練室 | 設置階 1階 | (110.57㎡) 他の共用施設との兼用 無・有(食堂) | |
| 食堂 | 設置階 1階 | (110.57㎡) 機能訓練室と共用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | 一般浴槽 | 設置階 各居室に設置 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | リフト浴 | 設置階 1階 | (14.00㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ストレッチャー浴 | 設置階 1階 | (14.00㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 便所 | 設置箇所 | 各居室、各階に共用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗面設備 | 設置箇所 | 各居室 1階 事務所横 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医務室(健康管理室) | 設置階 3階 | (28.77㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 談話室 | 設置階 3階 | (28.77㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 応接室/面談室 | 設置階 1階 | 応接室(10.99㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務室 | 設置階 1階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗濯室 | 設置階 1階 | (14.05㎡) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 汚物処理室 | 設置階 1階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護・介護職員室 | 設置階 1～3階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 機能訓練室 | 設置階 1階 | (110.57㎡) 他の共用施設との兼用 無・有(食堂) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------------|--|--|
| | 健康・生きがい施設 | 設置階 3階 (28.77㎡) |
| | エレベーター ※5 | 1基(うちストレッチャー搬入可 1基) |
| | スプリンクラー | 設置箇所 全館(各居室・設備、食堂、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 (1.9m~1.9m) |
| 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 | 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、共同トイレ)にナースコールを設置 安否確認の方法・頻度等 要介護・要支援の方に適宜居室巡回 | |
| 危険区域の指定状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (指定されている危険区域 1 水害 2土砂災害 3その他()) | |
| 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。

※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。

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 | 1 減額なし(食費のみ日割り計算) | | |
| | 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 | 物価変動、人件費の上昇等により改定する場合がある | |
| | 手続き方法 | 運営懇談会の意見を聴き、同意を得たうえで改定 | |

(2)前払い方式

| | | |
|----------------------|---|---|
| 費用の支払方法 ※9 | 入居一時金は入居時一括支払い。 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。 | |
| 敷 金 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有(円、家賃相当額の か月分) | |
| 前払金 (介護費用の前払金を除く) | 法第29条第6項に規定される前払金 | |
| | 【一時金方式①(標準プラン)】 | |
| | 7,890,000円 (非課税) | 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：2,730,000円(非課税) 前 払 金：5,160,000円(非課税) |
| | 【一時金方式②(ゆとりプラン)】 | |
| | 9,730,000円 (非課税) | 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：3,370,000円(非課税) 前 払 金：6,360,000円(非課税) |
| 想定居住期間又は償却期間 | 5年(60ヶ月) | |
| 算定の基礎(内訳) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 想定居住期間※内における前払い家賃相当額 ① 86,000円×60ヶ月=5,160,000円 ② 106,000円×60ヶ月=6,360,000円 ・ 想定居住期間※を超えた部分における家賃相当額 ① 2,730,000円 ② 3,370,000円 ※想定居住期間…入居者のうち概ね50%の方が、その住まいに入居し続けることが予想される期間のことです。 | |
| 解約時の返還金(算定方法等) | 【3ヶ月以内】 一時金－{前払金÷想定居住期間月数÷30×[契約解除・終了日－入居起算日(日数)]} 【3ヶ月以降想定居住期間内】 前払金÷想定居住期間日数×(想定居住期間－入居期間) 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額は入居起算日より3ヶ月経過後の同日の翌日に全額償却いたします。 例：5/14入居の場合、8/14(3ヵ月後の同日)の翌日(8/15)に全額償却。 また、計算起算日(入居日)前の契約解除の場合は、全額返還いたしません。返還金は退去後4ヶ月以内に無利息にて返還、指定口座へお振込みいたします。 | |
| 返還の対象とならない額の有無 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(2,730,000円/3,370,000円) | |
| 初期償却の開始日 | 入居日の翌日 | |
| 介護費用の前払金 | 円 ～ 円 | |
| 算定の基礎(内訳) | | |
| 解約時の返還金(算定方法等) | | |
| 返還の対象とならない額の有無 | 無 ・ 有(円) | |
| 初期償却の開始日 | | |

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|--------|------|--------|------|
| 月額利用料 | <p>【一時金方式①(標準プラン)】 291,300円(本体価格:273,000円、税:18,300円)</p> <p>【一時金方式②(ゆとりプラン)】 260,300円(本体価格:242,000円、税:18,300円)</p> | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | ☐無・有 | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | ☐無・有 | | | | | |
| 料金プラン ※10 | 月額利用料 | 内 訳 | | | | |
| | | 管理費 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| | ① 291,300 | 161,700 | 48,600 | (注1) | 81,000 | (注2) |
| | ② 260,300 | 161,700 | 48,600 | (注1) | 50,000 | (注2) |
| | ①は標準プランを、②はゆとりプランを選択した場合。 | | | | | |
| 算定根拠 ※11 | 管理費 | 共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費ほか。 | | | | |
| | 食費 | ひと月30日で計算(朝食324円、昼食648円、夕食648円)(税込) 3日前までに欠食の申出があった場合、当該額はいただきません。 | | | | |
| | 光熱水費 | (注1)居室内の電気・ガス・水道代は別途自己負担 | | | | |
| | 家賃相当額 | 建物の賃貸借費用 | | | | |
| | その他 | (注2)要介護認定、要支援認定の方が自立となった場合、69,300円(税込)／月 | | | | |
| 月額利用料に含まれない実費負担等 ※12 | <p>・要介護者、要支援者、自立 おむつ代、週3回以上の入浴、協力医療機関以外の通院送迎にかかる人件費及び通院診察の付添い費、個人都合による週2回以上の居室清掃・リネン交換、私物洗濯業者委託(ドライ品)、電話代、理美容、金銭管理、私的付添い、医師の往診、医療費、実費が必要なレクリエーション、NHK料金等テレビ受信に伴う費用 ※詳細は「介護サービス等の一覧表」をご確認ください。</p> | | | | | |
| 消費税の対象外とする利用料等 | <p>入居一時金及び家賃相当額。 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。</p> | | | | | |

介護保険に係る利用料
※13
(適用を受ける場合は、
市区町村から交付され
る「介護保険負担割合証」
に記載された利用者負
担の割合に応じた額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 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 | 200,421円 | 20,043円 | 40,085円 | 60,127円 |
| 要介護2 | 223,651円 | 22,366円 | 44,731円 | 67,096円 |
| 要介護3 | 248,275円 | 24,828円 | 49,655円 | 74,483円 |
| 要介護4 | 270,787円 | 27,079円 | 54,158円 | 81,237円 |
| 要介護5 | 295,068円 | 29,507円 | 59,014円 | 88,521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) | | |
|-----------------|--|---|--|
| 退院・退所時連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 入居継続支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | |
| | | II | |
| 生活機能向上連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | |
| | | II | |
| 個別機能訓練加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | |
| | | II | |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | |
| | | II | |
| 夜間看護体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | | |
| 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | | |
| 看取り介護加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | |
| | | II | |
| サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | |
| | | II | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> III | |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | |
| | | II | |
| | | III | |
| | | IV | |
| | | V | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | |
| | | II | |

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

| 区 分 | 月 額 | 利用者負担額 (1割の場合) | 利用者負担額 (2割の場合) | 利用者負担額 (3割の場合) |
|------|----------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 要支援1 | 71,652円 | 7,166円 | 14,331円 | 21,496円 |
| 要支援2 | 117,040円 | 11,704円 | 23,408円 | 35,112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) | |
| 生活機能向上連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | I |
| | | II |
| 個別機能訓練加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | I |
| | | II |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・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 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | |
| 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | I |
| | | II |
| サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I |
| | | II |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> III |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I |
| | | II |
| | | III |
| | | IV |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I |
| | | II |

(3) 月払い方式

| | | | | | |
|---------------|---|---|----|------|-------|
| 費用の支払方法 ※9 | 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。 施設利用費及び管理共益費の支払いについては、原則として当月分を次月の27日(但し、休日の場合は翌営業日)に弊社が指定する金融機関からの自動引き落としとします。 | | | | |
| 敷金 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有(円、家賃相当額の か月分) | | | | |
| 月額利用料 | 【月払い方式(ゼロプラン)】 424,300円(本体価格:406,000円、税:18,300円) | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | | | | |
| 料金プラン ※10 | 月額利用料 | 内 訳 | | | |
| | 424,300 | 管理費 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 |
| 算定根拠 ※11 | 管理費 | 共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費ほか。 | | | |
| | 食費 | ひと月30日で計算(朝食324円、昼食648円、夕食648円)(税込) 3日前までに欠食の申出があった場合、当該額はいただきません。 | | | |
| | 光熱水費 | (注1)居室内の電気・ガス・水道代は別途自己負担 | | | |
| | 家賃相当額 | 建物の賃貸借費用 | | | |
| | その他 | (注2)要介護認定、要支援認定の方が自立となった場合、69,300円(税込)／月 | | | |

| <p>月額利用料に含まれない実費負担等 ※12</p> | <p>・要介護者、要支援者、自立 おむつ代、週3回以上の入浴、協力医療機関以外の通院送迎にかかる人件費及び通院診察の付添い費、個人都合による週2回以上の居室清掃・リネン交換、私物洗濯業者委託(ドライ品)、電話代、理美容、金銭管理、私的付添い、医師の往診、医療費、実費が必要なレクリエーション、NHK料金等テレビ受信に伴う費用 ※詳細は「介護サービス等の一覧表」をご確認ください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|----------|---------|---------|---------|------|----------|---------|---------|---------|------|----------|---------|---------|---------|------|----------|---------|---------|---------|------|----------|---------|---------|---------|-------------|--------------------|--|------------|--|--|----------|--|---|----|------------|--|---|----|----------|--|---|----|-----------------|--|---|----|----------|--|--|---------------|--|--|-------------|--|--|----------|--|--|------------|--|--|----------------|--|--|---------|--|--|-----------|--|---|----|--------------|--|---|----|-------------------------------------|------------|--|---|----|-----|----|---|---------------|--|---|----|
| <p>消費税の対象外とする 利用料等</p> | <p>入居一時金及び家賃相当額。 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)</p> | <p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p> <table border="1" data-bbox="550 600 1369 880"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (1割の場合)</th> <th>利用者負担額 (2割の場合)</th> <th>利用者負担額 (3割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>200,421円</td> <td>20,043円</td> <td>40,085円</td> <td>60,127円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>223,651円</td> <td>22,366円</td> <td>44,731円</td> <td>67,096円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>248,275円</td> <td>24,828円</td> <td>49,655円</td> <td>74,483円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>270,787円</td> <td>27,079円</td> <td>54,158円</td> <td>81,237円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>295,068円</td> <td>29,507円</td> <td>59,014円</td> <td>88,521円</td> </tr> </tbody> </table> <p>各種加算の状況</p> <table border="1" data-bbox="550 943 1329 2022"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th colspan="2">(減算型・<u>基準型</u>)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td colspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入居継続支援加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">個別機能訓練加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ADL維持等加算〔申出〕の有無</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td colspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></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="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td colspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td colspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td colspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | 200,421円 | 20,043円 | 40,085円 | 60,127円 | 要介護2 | 223,651円 | 22,366円 | 44,731円 | 67,096円 | 要介護3 | 248,275円 | 24,828円 | 49,655円 | 74,483円 | 要介護4 | 270,787円 | 27,079円 | 54,158円 | 81,237円 | 要介護5 | 295,068円 | 29,507円 | 59,014円 | 88,521円 | 身体拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <u>基準型</u>) | | 退院・退所時連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | 入居継続支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | II | 生活機能向上連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | II | 個別機能訓練加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | II | ADL維持等加算〔申出〕の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | II | 夜間看護体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | 若年性認知症入居者受入加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | 科学的介護推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | | 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | 口腔衛生管理体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | | 看取り介護加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | II | サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | II | <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | II | III | IV | V | 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | II |
| 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 | 200,421円 | 20,043円 | 40,085円 | 60,127円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 223,651円 | 22,366円 | 44,731円 | 67,096円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 248,275円 | 24,828円 | 49,655円 | 74,483円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 270,787円 | 27,079円 | 54,158円 | 81,237円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 295,068円 | 29,507円 | 59,014円 | 88,521円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <u>基準型</u>) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所時連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居継続支援加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活機能向上連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個別機能訓練加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL維持等加算〔申出〕の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間看護体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看取り介護加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> ・有 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) | | | | |
|----------------------------|----------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 区分 | 月額 | 利用者負担額 (1割の場合) | 利用者負担額 (2割の場合) | 利用者負担額 (3割の場合) |
| 要支援1 | 71,652円 | 7,166円 | 14,331円 | 21,496円 |
| 要支援2 | 117,040円 | 11,704円 | 23,408円 | 35,112円 |

| 各種加算の状況 | | (減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型) |
|----------------|---|---|
| 身体拘束廃止取組の有無 | | |
| 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I II |
| 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I II |
| 若年性認知症入居者受入加算 | | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 科学的介護推進体制加算 | | <input type="checkbox"/> 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 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 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 | I |
| | | II |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> III |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I |
| | | II |
| | | III |
| | | IV |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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) | 神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴き同意を得たうえで行います。 |
| 前払金の返還金の保全措置 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容(日立キャピタル信託株式会社と入居一時金引当信託契約を締結しています。) 無の場合の理由() |
| 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 (介護事業者向け賠償責任保険 株式会社損保ジャパン) |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 入居一時金及び家賃相当額。 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。 |
| 短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある) | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。

※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。

※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。

※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) サービスの提供方法

| | | | |
|----------------|--------|------|------|
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |

(2) 介護サービスの内容

| | | |
|--|------|---|
| 月額利用料(介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く)に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費 | 共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費他 |
| | 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1 | 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1 | 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 | 給食業者 | 株式会社セプト(3食の調理、配膳) |
| | 洗濯業務 | 株式会社柴橋商会(個人洗濯及びリネン洗濯) |
| 運営相談窓口(有料老人ホームに対する指導業務を所掌) | | ・横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課 Tel 045-671-4117 |
| 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 | | 施設及び本部 施設担当責任者：生活相談員 Tel 045-835-1661 本部 施設介護部 担当者：河原大和 Tel 045-822-0872 第三者機関・行政等 ・横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課 Tel 045-671-4117 ・公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 Tel 03-3548-1077 ・神奈川県 国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 Tel 0570-022110(苦情専用) |

| | | | |
|--|--|--|-----------------|
| 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) | 応急処置、協力医療機関への搬入もしくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに施設長または担当責任者から家族へ連絡を行います。また、事故発生についての検証、今後の対策を検討します。 | | |
| 事故発生の防止のための指針 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 損害賠償(対応方針及び損害保険契約の概要等) | 介護サービス等の提供に当たり、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、入居者の故意によるもの等、地震、津波等の天災、戦争、暴動等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 | | |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況 | 協会への加入 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | 入居者基金への加入 | <input type="checkbox"/> ・有 | |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施日 | 2021年9月24日 |
| | | 実施内容 | 介護サービス評価(利用者評価) |
| | 無 | | |
| 備考：公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施日 | 2021年9月24日 |
| | | 実施内容 | 介護サービス評価(利用者評価) |
| | 無 | | |
| 備考：公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 | | | |
| 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) | 2020年7月1日～2021年6月30日(2回) <第1回運営懇談会> 開催日：新型コロナウイルス感染予防対策のため中止 参加者数：- 主な議題：2019年度収支報告について/入居状況について/職員紹介/苦情報告について/事故報告について/レクリエーション実績報告について/各委員会について/本社(施設介護部)より <第2回運営懇談会> 開催日：新型コロナウイルス感染予防対策のため中止 参加者数：- 主な議題：2021年度事業計画について/入居状況について/職員紹介/苦情報告について/事故報告について/レクリエーション実績報告について/各委員会について | | |

※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

| | | |
|---------------------------|--|---|
| 要支援又は要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所 | | 入居している居室で介護又は介護予防をします。 ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。 |
| 入居後に居室又は施設を住み替える場合 | 居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等) | — |
| | 従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上) | <p><u>介護居室から他の介護居室へ住み替える場合</u></p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>② 緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける</p> <p>③ 住み替え後の居室及び介護等の内容、住み替え後の権利の内容、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行う</p> <p>④ 入居者及び身元引受人の同意を得る</p> <p>以上の手続きを経て、住み替え前の居室の利用権を、本人及び身元引受人の同意を得て住み替え後の居室の利用権に変更します。この場合、居室の占有面積の減少による入居一時金の減額は行いませんが、新たな追加費用はありません。(注：指導指針では「減額等の取扱いを考慮することとしています。)</p> |
| | 提携ホームへ住み替える場合(同上) | — |

6 医療

| | | |
|--------------------------|----------|--|
| 協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人 俊陽会 古川病院 |
| | 診療科目 | 内科、消化器内科、皮膚科、循環器内科等 |
| | 所在地 | 横浜市神奈川区子安通 2-286 |
| | 距離及び所要時間 | 22.3km 車で23分 |
| | 協力内容 | 訪問診療、在宅受診、在宅検査 |
| 協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人一英会 大倉クリニック |
| | 診療科目 | 外科、内科、整形外科、リハビリテーション科 |
| | 所在地 | 横浜市港南区最戸 2-15-42上大岡 グリーンハイツB棟105 |
| | 距離及び所要時間 | 6.9km 車で18分 |
| | 協力内容 | 訪問診療、入院等緊急時対応、他の医療機関に入院を要する場合の紹介、薬剤の処方 |
| 協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称 | 一般社団法人 翔成会 トラストデンタルクリニック湘南 |
| | 所在地 | 大和市渋谷2-24-10 |
| | 距離及び所要時間 | 17.2km 車で43分 |

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| | 協力内容 | 入居者への訪問歯科診療及び口腔ケア、他医療機関の紹介等 |
| 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) | 通院―・協力医療機関への通院同行は月額利用料に含みます。 入院―・医師の判断を基本として、入居者及び家族とお話し合いいただき協力医療機関または希望する病院に入院となります。 ・入院中は月額利用料のうち、管理費及び家賃相当額をお支払いください。 ・協力医療機関への入退院時の移送、同行に係る費用は、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。 | |

7 入居状況等

(2021年7月1日現在)

| | | | | |
|----------|--------------------------|------|---------|---------|
| 入居者数及び定員 | 29人(定員 30人) | | | |
| 入居者の状況 | 男性 | 4人 | 女性 25人 | |
| | 自立 | 0人 | | |
| | 要介護 | 18人 | (内訳) | 要介護1 8人 |
| | | | | 要介護2 2人 |
| | | | 要介護3 5人 | |
| | | | 要介護4 2人 | |
| | | | 要介護5 1人 | |
| 要支援 | 11人 | (内訳) | 要支援1 4人 | |
| | | | 要支援2 7人 | |
| 平均年齢 | 89.9歳(男性 92.0歳、女性 89.6歳) | | | |

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未記入。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年7月1日現在)

| | 職員数 | 常勤換算後の | | 夜間勤務職員数 (16時～翌10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 | 14 (4) | | 12.2 | | |
| | 介護職員 | 11 (3) | | 9.9 | 1 | |
| | 看護職員 | 3 (1) | | 2.3 | | |
| | 機能訓練指導員 | 1※() | | | | ※看護師兼務 |
| | 理学療法士 | () | | | | |
| | 作業療法士 | () | | | | |
| | その他 | 1※() | | | | |
| | 計画作成担当者 | 1 () | | | | 介護支援専門員 |
| 医師 | () | | | 提携医 | | |
| 栄養士 | () | | | 外部委託 | | |

| | | | | |
|-------|----------|---|--|------|
| 調理員 | () | / | | 外部委託 |
| 事務職員 | 1 (1) | | | |
| その他職員 | 1 (1) | | | 清掃 |
| 合計 | 19 (6) | | | 1 |

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。

○従業者の職務内容

| | |
|-----------------------|---|
| 管理者 | ホームの従業者の管理及び業務の管理を行います。 |
| 生活相談員 | 入居者又は家族からの相談に応じ、関係機関との連絡調整等を行います。 |
| 介護職員 | 入居者の心身の状況に応じ、自立の支援と適切な介護を行います。 |
| 看護職員 | 入居者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行います。 |
| 機能訓練指導員 | 入居者の生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。 |
| 計画作成担当者 (ケアマネージャー) | サービス計画を作成し、入居者の能力の応じ日常生活を営むことができるよう支援します。 |
| 医師 (協力医療機関) | 入居者の健康管理や健康相談、家族希望時の医療・治療サービスを行います。 |
| 栄養士(外部委託) | 給食の献立の作成、利用者の栄養指導、調理員の指導を行います。 |
| 調理師(外部委託) | 献立に基づき、給食を調理し、配膳を行います。 |
| 事務員 | 必要な事務を行います。 |
| その他職員 | 施設営繕・車両運転等を行います。 |

(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 | | | | | | |
| | | 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 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (在籍者) 数に応じた職員 の人数 業務に従事した 経過年数 | 1年未満 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|---|---|---|------|------|---|---|---|---|---|
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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(1999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 | 10.5 | 10 | 11 |
| 要介護者の人数 | 17 | 17.6 | 18.6 |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16 | 6.7 | 6.8 | 7.3 |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※17 | 10.6 | 11.3 | 11.8 |
| 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 | 1.9 : 1 | 1.8 : 1 | 1.8 : 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 (A勤) | |
| | 日勤 | 9 : 00 ~ 18 : 00 (S勤) | |
| | 遅番 | 12 : 00 ~ 21 : 00 (K勤) | |
| | 夜勤 | 16 : 00 ~ 翌10 : 00 (D勤) | |
| | 看護職員 早番 | : ~ : | |
| | 日勤 | 8 : 30 ~ 17 : 30 (B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。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

| | | | |
|---------|---------|--------------|---------|
| 社会福祉士 | 1人(0人) | 介護職員実務者研修修了者 | 2人(0人) |
| 介護福祉士 | 7人(0人) | 介護職員初任者研修修了者 | 0人(0人) |
| 介護支援専門員 | 0人(0人) | 資格なし | 1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。他の資格を持っている職員を()に外数で記入。

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。

9 入居・退居等

| | |
|---------------------------------|--|
| 入居者の条件(年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等) | 入居時、自立、要支援認定「要支援1・2」又は、要介護認定「要介護1～5」の方。 |
| 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ものとします。また、必要な時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 | <p>(施設からの契約解除)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約の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。 <ol style="list-style-type: none"> 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月額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 三 入居契約書第 21 条(禁止または制限される行為)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 2 事業者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがあります。 3 前 1 項および前 2 項の規定に基づく契約の解除の場合に事業者は次の各号の手続きによって行います。 <ol style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について 90 日の予告期間を置く 二 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 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や、身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 4 1 の四および第 2 項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。 <ol style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聞く 二 一定の観察期間を置く 5 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約を直ちに解除することができます。 <ol style="list-style-type: none"> 一 第 4 4 条の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 6 事業者は、連帯保証人又は身元引受人が本条第 5 項第一号又は第二号のいずれかに該当する場合、各当事者との契約を直ちに解除することができます。 |

| | | | |
|----------------|---------|---|----------|
| | | <p>7 事業者は、前項において各当事者との契約を解除した場合、入居者に新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは本契約を解除することができます。</p> <p>(入居者からの契約解約)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、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>(前払い金の返還時期)</p> <p>退去後4ヶ月以内に無利息にて返還、指定口座へお振込みいたします。</p> | |
| 前年度における退去者の状況 | 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | | 社会福祉施設 | 1人 |
| | | 医療機関 | 0人 |
| | | 死亡者 | 6人 |
| | | その他 | 0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 | | (解約事由の例) 他施設移動 | 1人 |
| 体験入居の期間及び費用負担等 | | <p>1泊2日19,800円(税込)とします。</p> <p>体験入居期間は原則として7日間を限度とします。介護保険は適用外となります。</p> | |

※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 市指針上、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。

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「横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書

により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 _____

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

年 月 日 署 名 _____

別添1

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

| 区分 | 自立 | | | 要支援1～2 | | | 要介護1～5 | | | |
|--------------|---------------|--------------|--------|--|----------------|------------|--|----------------|------------|-------------|
| | 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 7時～20時 | 有・無 | — | — | — | 適宜 | — | — | 適宜 | — | — |
| ・夜間 20時～7時 | 有・無 | — | — | — | 適宜 | — | — | 適宜 | — | — |
| ②食事介助 | 有・無 | — | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — |
| ③排泄 | | | | | | | | | | |
| ・排泄介助 | 有・無 | — | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — |
| ・おむつ交換 | 有・無 | — | — | — | 必要に応じて | — | — | 必要に応じて | — | — |
| ・おむつ代 ※4 | 有・無 | — | 都度 | 実費 | — | 都度 | 実費 | — | 都度 | 実費 |
| ④入浴等 | | | | | | | | | | |
| ・清拭 | 有・無 | — | — | — | 規定の入浴ができなかった場合 | — | — | 規定の入浴ができなかった場合 | — | — |
| ・一般浴介助 | 有・無 | — | — | — | 週2回 | 週3回以上1回につき | 2,200円 | 週2回 | 週3回以上1回につき | 2,200円 |
| ・特浴介助 | 有・無 | — | — | — | 週2回 | 週3回以上1回につき | 2,200円 | 週2回 | 週3回以上1回につき | 2,200円 |
| ⑤身辺介助 | | | | | | | | | | |
| ・体位交換 | 有・無 | — | — | — | 必要に応じて | — | — | 必要に応じて | — | — |
| ・居室からの移動 | 有・無 | — | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — |
| ・衣類の着脱 | 有・無 | — | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — |
| ・身だしなみ介助 | 有・無 | — | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — | 見守り又は一部・全介助 | — | — |
| ⑥機能訓練 | 有・無 | — | — | — | ケアプランに基づいた訓練 | — | — | ケアプランに基づいた訓練 | — | — |
| ⑦通院の介助 | | | | | | | | | | |
| ・協力医療機関への受診 | 有・無 | — | — | — | 必要に応じて | — | — | 必要に応じて | — | — |
| ・協力医療機関外への受診 | 有・無 | 必要に応じて | 適宜 | 交通費実費 ※2 ※3 | 必要に応じて | 適宜 | 交通費実費 ※2 ※3 | 必要に応じて | 適宜 | 交通費実費 ※2 ※3 |
| ⑧緊急時対応 | | | | | | | | | | |
| ・ナースコール | 有・無 | 24時間対応 | — | — | 24時間対応 | — | — | 24時間対応 | — | — |

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1～2 | | | 要介護1～5 | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------|--|--------------|--|--------------|--------------|-----------|--------------|
| | 提供サービスの別 | 利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 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 | | | | | | | | | | |
| ・清掃 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | 週1回 | 個人都合の場合 | 1,650円 | 週1回 | 個人都合の場合 | 1,650円 | 週1回 | 個人都合の場合 | 1,650円 |
| ・洗濯 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | 週2回 | 施設内洗濯機使用時 | ※5 | 週2回 | 施設内洗濯機使用時 | ※5 | 週2回 | 施設内洗濯機使用時 | ※5 |
| ・リネン交換 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | 週1回 | 個人都合の場合 | 1,100円 | 週1回 | 個人都合の場合 | 1,100円 | 週1回 | 個人都合の場合 | 1,100円 |
| ②居室配膳・下膳 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | 必要に応じて | — | — | 必要に応じて | — | — | 必要に応じて | — | — |
| ③理美容 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 出張理美容 | 実費 | — | 出張理美容 | 実費 | — | 出張理美容 | 実費 |
| ④代行 ※6 | | | | | | | | | | |
| ・買物 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 適宜 | ※6 | — | 適宜 | ※6 | — | 適宜 | ※6 |
| ・役所手続 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 適宜 | 内容により実費 | — | 適宜 | 内容により実費 | — | 適宜 | 内容により実費 |
| 3. 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| ・健康診断 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 年2回 | 実費 | — | 年2回 | 実費 | — | 年2回 | 実費 |
| ・健康相談 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | 随時 | — | — | 随時 | — | — | 随時 | — | — |
| ・生活指導 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | 随時 | — | — | 随時 | — | — | 随時 | — | — |
| ・医師の往診 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 月2回 | 実費 | — | 月2回 | 実費 | — | 月2回 | 実費 |
| 4. 入退院時、入院中のサービス | | | | | | | | | | |
| ・医療費 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | — | 実費 | — | — | 実費 | — | — | 実費 |
| ・移送サービス | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | — | 30分につき1,650円 | — | 協力医療機関以外 | 30分につき1,650円 | — | 協力医療機関以外 | 30分につき1,650円 |
| 5. その他サービス | | | | | | | | | | |
| ・金銭管理 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 月額 | 2,200円 | — | 月額 | 2,200円 | — | 月額 | 2,200円 |
| ・レクリエーション活動他 | <input checked="" type="radio"/> ・無 | — | 適宜 | 内容により実費 | — | 適宜 | 内容により実費 | — | 適宜 | 内容により実費 |

※1 金額はすべて税込表示となっています。

※2 施設から半径1km未満の距離にある協力外・提携外の医療機関への送迎は無料とします。
付き添いは1,650円(税込)/30分、また駐車料金が発生した場合はご利用者負担になります。

※3 半径1km以上遠の同医療機関等への送迎は1,650円(税込)/30分。

※4 おむつ持ち込みの場合は別途廃棄料がかかります。おむつ55円/枚、パット44円/枚。

※5 施設内洗濯機使用料1回330円(税込)・乾燥機使用料1回220円(税込)。また、ドライ品の場合は外部業者委託実費。

※6 1回1,650円(税込)/30分の代行費用+交通費実費がかかります。

注) 1 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注) 2 「提供サービス別」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。

横浜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。 | |
| 2 | 食堂 | 有 | 適合 | <input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。 | |
| 3 | 浴室 | 有 | 適合 | (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。 | |
| 4 | 便所 | 有 | 適合 | <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 | |
| 5 | 洗面設備 | 有 | 適合 | (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 | |
| 6 | 汚物処理室 | 有 | | | |
| 7 | 面談室 | 有 | 選択してください | <input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。 | |
| 8 | 医務室 (健康管理室) | 有 | | | |
| 9 | 看護・介護職員室 | 有 | | | |
| 10 | 機能訓練室 | 有 | | | |
| 11 | 談話室 | 有 | | | |
| 12 | 洗濯室 | 有 | | | |
| 13 | エレベーター | 有 | | | |
| 14 | スプリンクラー | 有 | | | |
| 15 | 健康・生きがい施設 | 無 | | | |
| 16 | 緊急通報装置 | 有 | 適合 | (未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input checked="" type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 | 一時介護室を設けていない |
| 17 | 廊下 | | 適合 | <input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※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。 | |
| 18 | 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(必要な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。