

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日

2021年8月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ハートフルケア
代表者名	代表取締役 森永 晃夫
所在地	東京都品川区東五反田五丁目25番19号
電話番号／FAX番号	03-5475-7558／ 03-5475-5077
ホームページアドレス	http://www.platinum-care.jp/
設立年月日	2000年10月12日
直近の事業収支決算額 ※1	(収益) 4,510,023千円 (費用) 4,242,189千円 (損益) 267,833千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	認知症対応型共同生活介護、訪問介護、訪問看護、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	カーサプラチナみなとみらい	
施設の類型 及び表示事項	類型	<input type="checkbox"/> 1 介護付 (<input checked="" 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 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	1 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 市指定介護保険特定施設 (番号1470301605、指定年月日 2018年4月1日) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input 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	2 : 1以上
	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	2018年4月1日	
施設の管理者氏名	森 新太郎	
所在地	神奈川県横浜市西区花咲町六丁目143番地	
電話番号／FAX番号	TEL 045-315-3315 FAX 045-315-7375	
メールアドレス	mori-s@t-group.net	
交通の便 ※3	横浜市営地下鉄ブルーライン「高島町」駅徒歩3分 (240m) JR京浜東北線「桜木町」駅徒歩10分 (800m)	
ホームページアドレス	http://www.platinum-care.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 3,732.86㎡	

<p>建物概要</p>	<p>権利形態 所有 ・ <input type="checkbox"/>借家 (借家の場合の契約形態) <input type="checkbox"/>通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2018年1月19日～2043年1月18日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input type="checkbox"/>有 建物の構造 RC造一部鉄骨造 地下1階 地上18階建 <input type="checkbox"/>耐火 ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 26,717.18㎡ (うち有料老人ホーム3,843.34㎡) 建築年月日 2017年11月15日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <input type="checkbox"/>有料老人ホーム ・ その他()</p>																																																																																			
<p>居室、一時介護室の概要</p>	<p>居室総数 90室 定員 94人(一時介護室を除く) (内訳)</p> <table border="1" data-bbox="587 683 1369 1032"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td></td> <td>90室</td> <td>18.12㎡～49.34㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td></td> <td>4室</td> <td>37.45㎡～49.34㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td></td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td></td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> </tbody> </table>					居室定員	室数	面積	居室	個室		90室	18.12㎡～49.34㎡	うち2人定員		4室	37.45㎡～49.34㎡	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		90室	18.12㎡～49.34㎡																																																																																
	うち2人定員		4室	37.45㎡～49.34㎡																																																																																
	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	㎡～㎡																																																																																
<p>共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)</p>	<table border="1"> <tr> <td>食堂</td> <td></td> <td>設置階 1階</td> <td>(245.82㎡)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td rowspan="2">一般浴槽</td> <td>設置階 2階4箇所</td> <td>(4.95㎡～6.34㎡)</td> </tr> <tr> <td>設置階 3階2箇所</td> <td>(5.08㎡～6.34㎡)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">浴室</td> <td rowspan="2">リフト浴</td> <td>設置階 階</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>設置階 2階</td> <td>(6.16㎡)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ストレッチャー浴</td> <td>設置階 3階</td> <td>(6.18㎡)</td> </tr> <tr> <td>設置階 3階</td> <td>(16.16㎡)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td></td> <td>設置箇所 各居室、各階に共用</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td></td> <td>設置箇所 各居室、食堂内に共用</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td></td> <td>設置階 2階</td> <td>(13.07㎡)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td></td> <td>設置階 2階</td> <td>(47.33㎡)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td></td> <td>設置階 2階～3階</td> <td>(20.63㎡)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td></td> <td>設置階 1階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td></td> <td>設置階 2階～3階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td></td> <td>設置階 1階～3階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td></td> <td>設置階 2階～3階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>機能訓練室</td> <td></td> <td>設置階 3階</td> <td>(47.00㎡)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>他の共用施設との兼用</td> <td><input type="checkbox"/>無 ・ 有 ()</td> </tr> <tr> <td>健康・生きがい施設</td> <td></td> <td>設置階 —</td> <td>(㎡)</td> </tr> <tr> <td>エレベーター ※5</td> <td></td> <td colspan="2">2基(うちストレッチャー搬入可 2基)</td> </tr> <tr> <td>スプリンクラー</td> <td></td> <td colspan="2">設置箇所 (居室及び共用施設、廊下)</td> </tr> <tr> <td>居室のある区域の廊下幅</td> <td></td> <td colspan="2">両手すり設置後の有効幅員 (1.6m～1.8m)</td> </tr> </table>			食堂		設置階 1階	(245.82㎡)	浴室	一般浴槽	設置階 2階4箇所	(4.95㎡～6.34㎡)	設置階 3階2箇所	(5.08㎡～6.34㎡)	浴室	リフト浴	設置階 階	(㎡)	設置階 2階	(6.16㎡)	ストレッチャー浴	設置階 3階	(6.18㎡)	設置階 3階	(16.16㎡)	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、食堂内に共用		医務室(健康管理室)		設置階 2階	(13.07㎡)	談話室		設置階 2階	(47.33㎡)	面談室		設置階 2階～3階	(20.63㎡)	事務室		設置階 1階		洗濯室		設置階 2階～3階		汚物処理室		設置階 1階～3階		看護・介護職員室		設置階 2階～3階		機能訓練室		設置階 3階	(47.00㎡)			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		2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 (居室及び共用施設、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 (1.6m～1.8m)	
食堂		設置階 1階	(245.82㎡)																																																																																	
浴室	一般浴槽	設置階 2階4箇所	(4.95㎡～6.34㎡)																																																																																	
		設置階 3階2箇所	(5.08㎡～6.34㎡)																																																																																	
浴室	リフト浴	設置階 階	(㎡)																																																																																	
		設置階 2階	(6.16㎡)																																																																																	
	ストレッチャー浴	設置階 3階	(6.18㎡)																																																																																	
		設置階 3階	(16.16㎡)																																																																																	
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、食堂内に共用																																																																																		
医務室(健康管理室)		設置階 2階	(13.07㎡)																																																																																	
談話室		設置階 2階	(47.33㎡)																																																																																	
面談室		設置階 2階～3階	(20.63㎡)																																																																																	
事務室		設置階 1階																																																																																		
洗濯室		設置階 2階～3階																																																																																		
汚物処理室		設置階 1階～3階																																																																																		
看護・介護職員室		設置階 2階～3階																																																																																		
機能訓練室		設置階 3階	(47.00㎡)																																																																																	
		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		2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 (居室及び共用施設、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 (1.6m～1.8m)																																																																																		
<p>消防用設備等</p>	<table border="1"> <tr> <td>消火器</td> <td></td> <td>無 ・ <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>自動火災報知設備</td> <td></td> <td>無 ・ <input type="checkbox"/>有</td> </tr> </table>			消火器		無 ・ <input type="checkbox"/> 有	自動火災報知設備		無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																																																											
消火器		無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																																																																		
自動火災報知設備		無 ・ <input 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）に緊急通報装置を設置 安否確認の方法・頻度等 身体状況に応じ希望頻度に応じて適宜の居室見回り	
危険区域の指定状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（指定されている危険区域 <input checked="" type="checkbox"/> 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	物販店舗（営業主体：株式会社マルエツ、425.58㎡） 診療所（営業主体：高島町しらゆり内科クリニック、228.89㎡） 保育所（営業主体：東京建物キッズ株式会社、297.84㎡） 分譲住宅（18,787.81㎡）	
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	<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 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	当該施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し改定を行う場合があります。		
	手続方法	運営懇談会の意見を聴き同意を得たうえで改定するものとします。		

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	前払金は入居前に一括支払い。 月額利用料その他は、毎月による支払い。
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9項に規定される前払金 10,800,000円～ 108,000,000円
想定居住期間又は償却期間	入居時年齢にて想定居住期間は下記のとおりです。 65歳以上75歳未満の場合は、120ヶ月(10年) 75歳以上85歳未満の場合は、96ヶ月(8年) 85歳以上95歳未満の場合は、72ヶ月(6年) 95歳以上の場合は、48ヶ月(4年)
算定の基礎(内訳)	【想定居住期間内の家賃】 前払い基礎家賃×想定居住期間月数 【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】 公益社団法人全国有料老人ホーム協会入居者生活保証制度加入の要介護者データを用いた試算表より「想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホーム設置者が受領する額」(以後、「非返還対象分」という。)を算出
解約時の返還金(算定方法等)	【3月以内の解約の場合】 ・ 事業者は、老人福祉法第29条第10項及び施行規則第21条第1項第1号の定めに従い、入居者の入居後3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により契約が終了する場合に対応します ① 1日当たり利用料は、次の計算式で算出します。 【前払金－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】 ÷ 償却期間月数 ÷ 30 ② 返還金額 (下記ア＋イ) ア. 上記で算出した1日当たり利用料の、入居日から契約終了日までの額を控除した額 【前払金－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】 - 【入居日から契約終了日までの利用料】 イ. 前払金のうち、非返還対象分の額 ※前払金のうち非返還対象分は全額無利息で返還いたします。 【3月後の解約の場合】 前払金×80%(想定居住期間の償却率) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数)
返還の対象とならない額の有無	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2,160,000円～21,600,000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	183,840円～521,680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	内 訳（単位：円＜税込総額表示＞）						
	月額利用料	管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	263,840	132,000	—	51,840	実費	80,000	—
	283,840	132,000	—	51,840	実費	100,000	—
	343,840	132,000	—	51,840	実費	160,000	—
	461,680	198,000	—	103,680	実費	160,000	—
	403,840	132,000	—	51,840	実費	220,000	—
	521,680	198,000	—	103,680	実費	220,000	—
※上記料金はもっとも標準的な「基本プラン」の月額利用料です。この他にも料金プランがございます。							
算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の person 費・事務費、日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の維持管理費を基礎として設定					
	介護費用	—					
	食費	食材費及び厨房委託費を基礎として設定					
	光熱水費	個別メータにより実費					
	家賃相当額	建物賃借料及び建物維持管理費を基礎とした家賃相当額の一部として設定					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<p>生活支援費：110,000円（100,000円＋税）／月 生活支援費とは、要介護者が要支援者となる場合、又は2人部屋のお1人の方が自立・要支援者となる場合の生活支援をご希望とされる場合の費用です。</p> <p>《生活支援費のサービス内容》 看護職員の健康管理、必要に応じた介助・介護サービス、協力病院への通院送迎サービス、必要に応じた定期巡視、など必要に応じた生活支援サービス</p> <p>おむつ代、医療費、入居者の個人的な希望による日用品費、入居者の個人的な希望及び個別選択的な個別サービスの利用料（介護サービス等の一覧表「その都度徴収するサービス」に対応した利用料）</p>						
消費税の対象外とする利用料等	前払金及び家賃相当額 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。						

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (1割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>173,020円</td> <td>17,302円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>194,246円</td> <td>19,425円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>216,758円</td> <td>21,676円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>237,340円</td> <td>23,734円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>259,531円</td> <td>25,954円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)	要介護1	173,020円	17,302円	要介護2	194,246円	19,425円	要介護3	216,758円	21,676円	要介護4	237,340円	23,734円	要介護5	259,531円	25,954円
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)																
	要介護1	173,020円	17,302円																
	要介護2	194,246円	19,425円																
	要介護3	216,758円	21,676円																
	要介護4	237,340円	23,734円																
	要介護5	259,531円	25,954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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I																
			II																
	生活機能向上連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I																
			II																
	個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I																
			<input checked="" type="checkbox"/> II																
	ADL維持等加算〔申出〕の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																	
	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"/> 無・有																	
看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I																	
		II																	
認知症専門ケア加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	<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 (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	I
			II
	個別機能訓練加算	無・有	I
			II
	若年性認知症入居者受入加算		無・有
	科学的介護推進体制加算		無・有
	医療機関連携加算		無・有
	口腔衛生管理体制加算		無・有
	口腔・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
			II
			III
	介護職員処遇改善加算	無・有	I
			II
			III
			IV
			V
介護職員等特定処遇改善加算	無・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、毎月による支払い。						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (円、家賃相当額の6か月分)						
月額利用料	508,840円～1,201,680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 (単位：円<税込総額表示>)					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	508,840	132,000	—	51,840	実費	325,000	—
	558,840	132,000	—	51,840	実費	375,000	—
	808,840	132,000	—	51,840	実費	625,000	—
	926,680	198,000	—	103,680	実費	625,000	—
	1,083,840	132,000	—	51,840	実費	900,000	—
1,201,680	198,000	—	103,680	実費	900,000	—	

算定根拠 ※11	管理費	事務管理部門の人的費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人的費、共用施設等の維持管理費を基礎として設定
	介護費用	—
	食費	食材費及び厨房委託費を基礎として設定
	光熱水費	個別メータにより実費（居室電気代のみ）
	家賃相当額	建物賃借料及び建物維持管理費を基礎とした家賃相当額として設定
	その他	—
月額利用料に含まれない 実費負担等 ※12	<p>生活支援費：110,000円（100,000円＋税）／月 生活支援費とは、要介護者が要支援者となる場合、又は2人部屋のお1人の方が自立・要支援者となる場合の生活支援をご希望とされる場合の費用です。 ≪生活支援費のサービス内容≫ 看護職員の健康管理、必要に応じた介助・介護サービス、協力病院への通院送迎サービス、必要に応じた定期巡視、など必要に応じた生活支援サービス</p> <p>おむつ代、医療費、入居者の個人的な希望による日用品費、入居者の個人的な希望及び個別選択的な個別サービスの利用料（介護サービス等の一覧表「その都度徴収するサービス」に対応した利用料）</p>	
消費税の対象外とする 利用料等	<p>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)																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>173,020 円</td> <td>17,302 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>194,246 円</td> <td>19,425 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>216,758 円</td> <td>21,676 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>237,340 円</td> <td>23,734 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>259,531 円</td> <td>25,954 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)	要介護1	173,020 円	17,302 円	要介護2	194,246 円	19,425 円	要介護3	216,758 円	21,676 円	要介護4	237,340 円	23,734 円	要介護5	259,531 円	25,954 円		
	区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)																		
	要介護1	173,020 円	17,302 円																		
	要介護2	194,246 円	19,425 円																		
	要介護3	216,758 円	21,676 円																		
	要介護4	237,340 円	23,734 円																		
	要介護5	259,531 円	25,954 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"/> 有																			
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I																		
			II																		
	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I																		
			II																		
	ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I																		
			II																		
	夜間看護体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																			
	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	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 checked="" type="checkbox"/> 無・有																			
看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I																			
		II																			
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																			
		III																			
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I																			
		II																			
		III																			
		IV																			
		V																			
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	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 (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	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	無・有	
科学的介護推進体制加算	無・有	
医療機関連携加算	無・有	
口腔衛生管理体制加算	無・有	
口腔・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
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・有	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	I
		II

(4) 共通事項

前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>保全措置の内容(公益社団法人全国有料老人ホーム協会入居者生活保証制度に加入)</p> <p>当社倒産等により施設全入居者が退去せざる得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高(保証金額を限度)」が入居契約者へ支払われる。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担。</p> <p>無の場合の理由()</p>
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>有の場合の保険名(介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)</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)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<p>有の場合は 別添 短期利用のサービス等の概要 参照</p>

- ※7 消費税を含む総額表示とすること。
- ※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。
- ※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。
- ※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) 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) サービス等の内容

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	フロント業務、管理業務、管理人件費
	食費	3食の提供、おやつ
	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	調理委託	株式会社LEOC 3食 およつこの調理。
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	施設及び本社	<ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者—施設長 森 新太郎 TEL 045-315-3315 ・本社お客様相談室 TEL 03-5475-7558 施設及び本社で解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。 <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県国民健康保険団体連合会 TEL045-329-3400（代表）

	<ul style="list-style-type: none"> ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-3548-1077 ・横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課 TEL045-671-4117 	
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故対応マニュアルに基づいて、応急処置、医療機関等への搬入を行うとともに、ご家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。	
事故発生の防止のための指針	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供に当たり、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、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの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	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 2021年3月12日
		実施内容 アンケート、ご意見箱設置
	無	
	備考 運営懇談会にてアンケート実施	
第三者による評価の実施状況	有	実施日
		実施内容
	<input checked="" type="checkbox"/>	
	備考	
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9月30日（水）第1回目開催 2021年3月12日（金）第2回目開催 コロナウィルス感染防止の為、ご入居者及びご家族に資料を送付	

※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	入居している居室で介護します。 ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。	
入居後住居に替居	居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）	—

え室 る又 場は 合施 設	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	介護居室から他の介護居室への住み替え 適切なサービス提供の為、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、介護居室を変更していただく場合があります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。尚、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更になります。追加費用の発生はありません。入居者任意の居室移り住みに関しては、新たに入居契約を締結することとなり、その居室の前払金をお支払いいただくこととなります。
	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	横浜北クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横浜市都筑区中川中央 1-39-44-201
	距離及び所要時間	距離：15.5Km 所要時間：車で30分
	協力内容	訪問診療
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	高島町しらゆり内科クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横浜市西区花咲町 6-143
	距離及び所要時間	距離：80m、所要時間：徒歩1分
	協力内容	訪問診療
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	コンフォート病院
	診療科目	内科、放射線科、消化器内科
	所在地	神奈川県横浜市西区平沼 2-8-25
	距離及び所要時間	距離：1.1km、所要時間：車で2分
	協力内容	救急外来・入院受け入れの協力
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	ふれあいの丘クリニック
	診療科目	矯正歯科、一般歯科、予防歯科、口腔外科 インプラント、歯周病、審美歯科
	所在地	神奈川県横浜市都筑区葛が谷 8-10
	距離及び所要時間	距離：12.9km、所要時間：車で20分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	<p>通院—施設が指定する近隣病院への移送・同行適宜対応 入院—医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話合いいただき、希望する病院に入院となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いいただきます。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院中も居室の利用権は存続し、施設の都合で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	70人(定員 94人)			
入居者の状況	男性	22人	女性	48人
	自立	2人		
	要支援	1人	(内訳)	要支援1 0人 要支援2 1人
	要介護	66人	(内訳)	要介護1 13人 要介護2 16人 要介護3 9人 要介護4 13人 要介護5 15人
	申請中	1人		
平均年齢	86.2歳(男性 84.9歳、女性 89.2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記入する必要はない。

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 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 ()	/			
	生活相談員	2 ()				
	直接処遇職員	40 (17)		35.1	4	
	介護職員	32 (15)		27.5	3	
	看護職員	8 (2)		7.6		
	機能訓練指導員	2 ()				
	理学療法士	2 ()				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	2 ()				
	医師	()				
	栄養士	()				委託
	調理員	()				委託
	事務職員	4 (2)				
	その他職員	7 (7)				
合計	58 (26)					

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			
				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		5	6	13	12	2		1		1	
前年度1年間の退職者数		3	5	17	15	2				1	
業務に応じた職員の経験年数	1年未満			1	1						
	1年以上3年未満					1		1		1	
	3年以上5年未満			2	1						
	5年以上10年未満				4	1					
	10年以上	6	3	9	9			1		1	
従業者の健康診断の実施状況					1 あり		2 なし				

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	—	—	—
要介護者の人数	21.4	43.5	66.7
指定基準上の直接処遇職員の数 ※16	7.2	14.5	22.2
配置している直接処遇職員の数 ※17	14.8	27.8	35.1
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員数の割合	1.5:1	1.6:1	1.9:1
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 11:00~20:00 夜勤 17:30~9:30		

	看護職員 日勤 9:00～18:00 夜勤 17:30～ 9:30
--	--------------------------------------

※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 (2人)
介護福祉士	20人 (9人)	介護職員初任者研修修了者	8人 (5人)
介護支援専門員	人 (人)	資格なし	2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

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	概ね65歳以上の要介護の方。 ただし、2名入居のうちどちらか1名が要介護者であればもう1名は要支援・自立の方でもご入居いただけます。
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います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 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>(事業者からの契約解除)</p> <p>①入居者が逝去した場合 (2名の場合はどちらとも逝去した場合)</p> <p>②入居者から契約解約が行われた場合</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月額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 ・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、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇ではこれを防止することができないとき <p>(入居者からの解約)</p> <p>入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に書面による解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します</p>

		(3月以内の契約解除) 入居日の翌日から3月以内に契約解除の申し出があった場合（死亡退去を含む）、入居日の翌日から契約終了日までの施設利用料の対価として、前払金の日割り相当を既に受領済みの前払金より差し引き、契約終了日より60日以内に無利息で返還することとします。	
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	2人
		社会福祉施設	0人
		医療機関	3人
		死亡者	14人
		その他	7人
	生前解約の状況	施設側の申出	0人 (解約事由の例)
入居者側の申出		12人 (解約事由の例) 家族の自宅近くの施設へ転居。自宅へ転居	
体験入居の期間及び費用負担等		1泊2日3食 16,500円（15,000円＋税）（7日間を限度とし、体験入居契約を締結します。介護保険は適用外となります。）	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（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（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「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 _____

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		
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		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)
1. 介護サービス						
①巡回						
・ 昼間 9時～18時	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
・ 夜間 18時～ 9時	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
②食事介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
③排泄						
・ 排泄介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		①20分未満 2,015円 (1,832円+税)	排泄の介助を希望する場合	必要に応じ適宜	
・ おむつ交換	<input checked="" type="radio"/> 有・無		②20分～30分未満 3,028円 (2,753円+税)		必要に応じ適宜	
・ おむつ代	<input checked="" type="radio"/> 有・無		実費			実費
④入浴等						
・ 清拭	<input checked="" type="radio"/> 有・無		1回 3,028円 (2,753円+税)	清拭・入浴介助等をご希望の場合	身体状況により入浴が困難な場合週2回	1回 3,028円 (2,753円+税)
・ 一般浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		1回 4,810円 (4,373円+税)		週2回の入浴介助	左記以上をご希望の場合の介助 1回 4,810円 (4,373円+税)
・ 特浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無				週2回の入浴介助	
・ 個別浴室	<input checked="" type="radio"/> 有・無	ご自身のみで入浴可能な方の個別使用料	1回330円 (300円+税)		週2回の入浴介助	
⑤身辺介助						
・ 体位交換	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
・ 居室からの移動	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
・ 衣類の着脱	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
・ 身だしなみ介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無				必要に応じ適宜	
⑥機能訓練	<input checked="" type="radio"/> 有・無	グループリハビリ、個別リハビリの計画作成及び実施			グループリハビリ、個別リハビリの計画作成及び実施	
⑦通院の介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<協力病院> 適宜対応 <近隣病院> 施設から概ね5km圏内の送迎。	左記以外の送迎対応及び付添同行	<送迎対応> 30分毎に1,980円 (1,800円+税) <付添同行> 30分毎に1,980円 (1,800円+税)	<協力病院> 適宜対応 <近隣病院> 施設から概ね5km圏内の送迎。	左記以外の送迎対応及び付添同行 <送迎対応> 30分毎に1,980円 (1,800円+税) <付添同行> 30分毎に1,980円 (1,800円+税)
⑧緊急時対応						
・ ナースコール	<input checked="" type="radio"/> 有・無	24時間対応			24時間対応	

2. 生活サービス							
①家事							
・清掃	有・無	週1回のリネン交換	居室清掃をご希望の場合	1回2,209円 (2,009円+税)	週1回の居室清掃 (寝具のリネン交換含む)	左記以上をご希望の場合の介助	1回2,209円 (2,009円+税)
・洗濯	有・無		洗濯をご希望の場合	1回2,209円 (2,009円+税)	週2回		1回2,209円 (2,009円+税)
②居室配膳・下膳	有・無	体調不良等により食堂でお食事ができない場合対応	左記以外の場合	1回 495円 (450円+税)	体調不良等により食堂でお食事ができない場合対応	左記以外の場合	1回 495円 (450円+税)
③理美容	有・無			実費			実費
④代行							
・買物	有・無	週1回指定日	左記以外の代行	30分1,980円 (1,800円+税) + 費用自費	週1回指定日	左記以外の代行	30分1,980円 (1,800円+税) + 費用自費
・役所手続	有・無	介護保険関連の手続き			介護保険関連の手続き		
3. 健康管理サービス							
・健康診断	有・無	年2回の定期健康診断機会提供		実費	年2回の定期健康診断機会提供		実費
・健康相談	有・無	看護職員による健康相談適宜対応			看護職員による健康相談適宜対応		
・生活指導	有・無	適宜対応			適宜対応		
・医師の往診	有・無			実費			実費
4. 入退院時、入院中のサービス							
・医療費	有・無			実費			実費
・移送サービス	有・無	<協力病院> 適宜対応 <近隣病院> 施設から概ね5km圏内の送迎。	左記以外の送迎対応及び付添同行	<送迎対応> 30分毎に1,980円 (1,800円+税) <付添同行> 30分毎に1,980円 (1,800円+税)	<協力病院> 適宜対応 <近隣病院> 施設から概ね5km圏内の送迎。	左記以外の送迎対応及び付添同行	<送迎対応> 30分毎に1,980円 (1,800円+税) <付添同行> 30分毎に1,980円 (1,800円+税)
5. その他サービス							
・レクリエーション	有・無	施設内で提供できるレクリエーション適宜対応 (節句ごとのお祝い会、誕生日会等)		材料費、バスチャーター代等が発生する場合は、実費	施設内で提供できるレクリエーション適宜対応 (節句ごとのお祝い会、誕生日会等)		材料費、バスチャーター代等が発生する場合は、実費

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	適合	<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	有			
16	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	
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。