

有料老人ホーム  
ライフ&シニアハウス港北 重要事項説明書

作成日 2021年4月1日

## 1 事業主体概要

|                        |  |
|------------------------|--|
| 事業主体名                  | 株式会社生活科学運営   |
| 代表者名                   | 代表取締役社長 野本久  |
| 所在地                    | 東京都港区芝4丁目2番3号  |
| 電話番号/FAX番号             | 電話03-5427-3177 FAX03-5427-3171   |
| ホームページアドレス             | http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/  |
| 資本金(基本財産)              | 資本金 100,000千円  |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1 | 長谷工シニアホールディングス 100%  |
| 設立年月日                  | 1991年(平成3年)9月26日   |
| 直近の事業収支決算額 ※2          | (収益) 8,333,881千円<br>(費用) 8,124,016千円<br>(損益) 209,866千円 (2020年3月31日現在)  |
| 会計監査人との契約              | 有  |
| 他の主な事業                 | 介護保険指定事業(介護予防特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所生活介護)に関わる一切の業務 |

※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         | ライフ&シニアハウス港北 |  |
| 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>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 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 指定介護保険特定施設<br>(番号1473800173、指定年月日平成12年3月28日<br>介護予防指定年月日平成18年4月1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・介護予防(外部サービス利用型)<br>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  | <p>2:1 以上</p> <p>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2人に対して職員1人以上の割合（年度ごとの平均値）で介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護サービスの職員配置基準（3:1以上）を上回る手厚い体制であり、保険外に別途費用を受領できるとされています。</p> <p>なお、職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また、常時要介護者2人に職員が一人お世話するものではありません。</p> |
|            | 提携ホームの利用等   | <p>1 提携ホーム利用可</p> <p>同一事業者の運営するハウスから住み替えて、介護保険の特定施設入居者生活介護サービスを利用する事ができます。</p> <p>※この場合、原契約の一般居室の利用権が承継されますので追加費用はありません。</p> <p>2 提携ホーム移行型(</p>   |
| 開設年月日      | 1999年（平成11年）12月20日  |   |
| 施設の管理者氏名   | 小林英高  |   |
| 所在地        | 〒224-0003 神奈川県横浜市都筑区中川中央一丁目 39 番 11 号   |   |
| 電話番号       | TEL : 045-911-2336 FAX : 045-911-6406   |   |
| 交通の便 ※3    | 横浜市営地下鉄線「センター北」駅下車（400m）徒歩5分  |   |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/kanagawa/kohoku/">http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/kanagawa/kohoku/</a>   |   |
| 敷地概要 ※4    | <p>権利形態 所有 ・ 借地</p> <p>(借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約</p> <p>(借地の場合の契約期間) —</p> <p>(通常借地契約における自動更新条項の有無) 有・無</p> <p>敷地面積 1,085.99㎡</p>  |   |
| 建物概要       | <p>権利形態 所有 ・ 借家</p> <p>(借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約</p> <p>(借家の場合の契約期間) 2019年12月1日～2029年11月30日</p> <p>(通常借家契約における自動更新条項の有無) 有・無</p> <p>建物の構造 鉄筋コンクリート造地上 6 階建</p> <p>(耐火 ・ 準耐火 ・ その他 )</p> <p>延床面積 3,385.34㎡</p> <p>建築年月日 1999年（平成11年）11月30日</p> <p>改築年月日 年 月 日改築</p> <p>建築確認の用途指定 有料老人ホーム ・ その他( )</p> |   |

|                                  |             |                           |                         |               |            |
|----------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|---------------|------------|
| 居室、一時介護室の概要                      | 居室総数        | 56室                       | 定員                      | 73人           | (一時介護室を除く) |
|                                  |             | ※住みかえによる居室の権利変更についてはP13参照 |                         |               |            |
|                                  | (内訳)        |                           |                         |               |            |
|                                  |             | 居室定員                      | 室数                      | 面積            |            |
|                                  | 一般居室        | 個室                        | 17室                     | 31.20㎡～67.20㎡ |            |
|                                  |             | うち2人定員                    | 17室                     | 31.20㎡～67.20㎡ |            |
|                                  |             | 2人部屋(相部屋)                 |                         |               |            |
|                                  |             | 人部屋(相部屋)                  |                         |               |            |
|                                  | 介護居室        | 個室                        | 39室                     | 16.80㎡～23.40㎡ |            |
|                                  |             | うち2人定員                    |                         | ㎡～㎡           |            |
| 2人部屋(相部屋)                        |             |                           |                         |               |            |
| 人部屋(相部屋)                         |             |                           |                         |               |            |
| 一時介護室                            | 個室          | 1室                        | 27.65㎡                  |               |            |
|                                  | 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) | 食堂兼多目的室     | 設置階                       | 2階 (76.79㎡)             |               |            |
|                                  | 多目的室        | 設置階                       | 2階 (64.00㎡)             |               |            |
|                                  | 洗濯室         | 設置階                       | 2階 (27.63㎡)             |               |            |
|                                  | 一般浴室        | 設置階                       | 2階 (24.08㎡)             |               |            |
|                                  | 脱衣室         | 設置階                       | 2階 (21.67㎡)             |               |            |
|                                  | 共同トイレ       | 設置階                       | 2階 (3.68㎡×2)            |               |            |
|                                  | 一時介護室       | 設置階                       | 3階 (27.65㎡)             |               |            |
|                                  | 健康相談室       | 設置階                       | 3階 (14.00㎡)             |               |            |
|                                  | 共同トイレ(介護用)  | 設置階                       | 3階 (3.90㎡)              |               |            |
|                                  | 食堂(機能訓練室併用) | 設置階                       | 3階 (58.60㎡)             |               |            |
|                                  | ダイフロア       | 設置階                       | 3階 (14.40㎡)             |               |            |
|                                  | 介護浴室        | 設置階                       | 3階 (15.87㎡)             |               |            |
|                                  | 脱衣室         | 設置階                       | 3階 (10.66㎡)             |               |            |
|                                  | フロント        | 設置階                       | 3階                      |               |            |
|                                  | 宿直室         | 設置階                       | 3階                      |               |            |
|                                  | 事務室         | 設置階                       | 3階                      |               |            |
|                                  | 洗濯室         | 設置階                       | 3階                      |               |            |
|                                  | 共同トイレ(介護用)  | 設置階                       | 4階 (4.75㎡)              |               |            |
|                                  | 食堂(機能訓練室併用) | 設置階                       | 4階(55.23㎡、57.00㎡)       |               |            |
|                                  | 洗濯室         | 設置階                       | 4階 (5.02㎡)              |               |            |
|                                  | エレベーター ※5   |                           | 1基(ストレッチャー搬入可)          |               |            |
|                                  | スプリンクラー     | 設置箇所                      | 一般浴室、介護浴室、共同トイレを除く共用部全般 |               |            |
|                                  | 居室のある区域の廊下幅 |                           | 両手すり設置後の有効幅員 (1.8m以上)   |               |            |

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| 消防用設備等                 | 消火器  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
|                        | 自動火災報知設備   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
|                        | 火災通報設備   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
|                        | スプリンクラー  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
|                        | 防火管理者  | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
|                        | 防災計画（水害・土砂災害を含む）   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 緊急通報装置等緊急連絡・安否確認       | <p>(緊急通報装置等の種類及び設置箇所)<br/>緊急通報用押しボタンとペンダント型無線送信機を一般居室全室に設置。緊急通報用緊急コールを共用のトイレ、一般浴室、介護浴室に、緊急コールを介護居室全室及び一時介護室に設置。</p> <p>(安否確認の方法・頻度等)<br/>一般居室は朝1回、安否確認ボードによる安否確認。夜間緊急時には夜勤ヘルパーが緊急対応。介護居室は朝、夕の訪室。夜間には夜勤ヘルパー3人が巡回、対応いたします。</p> |  |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6 | —  |  |
| 有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容  | 同一事業者の運営するハウスから住み替えて、介護保険の特定施設入居者生活介護サービスを利用する事ができます。  |  |

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

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

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

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

| 支払い方式 ※8                    | 前払い方式  | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式                              | 選択方式 |
|-----------------------------|--|--|------|
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い | <p>1 減額なし</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が6ヶ月以上の場合に限り、管理費については7ヶ月目より半額（お二人の場合はお一人分）となります。また、介護居室利用の場合は、光熱水費については7ヶ月目より半額となります。</p> |  |      |
| 利用料金の改定                     | 条件   | 所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。 |      |
|                             | 手続き方法  |  |      |

## (2) 前払い方式

|                      |                            |     |      |    |      |       |     |
|----------------------|----------------------------|-----|------|----|------|-------|-----|
| 費用の支払方法 ※9           |                            |     |      |    |      |       |     |
| 敷金                   | 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 円<br>～ 円 |     |      |    |      |       |     |
| 想定居住期間又は償却期間         |                            |     |      |    |      |       |     |
| 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             |                            |     |      |    |      |       |     |
| 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                | 円 ～ 円                      |     |      |    |      |       |     |
| 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<br>※10         | 月額利用料                      | 内 訳 |      |    |      |       |     |
|                      |                            | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
|                      |                            |     |      |    |      |       |     |
|                      |                            |     |      |    |      |       |     |
| 算定根拠<br>※11          | 管理費                        |     |      |    |      |       |     |
|                      | 介護費用                       |     |      |    |      |       |     |
|                      | 食費                         |     |      |    |      |       |     |
|                      | 光熱水費                       |     |      |    |      |       |     |
|                      | 家賃相当額                      |     |      |    |      |       |     |
|                      | その他                        |     |      |    |      |       |     |
| 月額利用料に含まれない実費負担等 ※12 |                            |     |      |    |      |       |     |

|   |                               |                            |                |
|---|-------------------------------|----------------------------|----------------|
| <p>介護保険に係る利用料<br/>※13<br/>(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> |                            |                |
|   | 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)<br>(Ⅱ)                 |                |
| サービス提供体制強化加算  | (無・有)                         | (Ⅰ)イ<br>(Ⅰ)ロ<br>(Ⅱ)<br>(Ⅲ) |                |
| 介護職員処遇改善加算  | (無・有)                         | Ⅰ<br>Ⅱ<br>Ⅲ<br>Ⅳ<br>Ⅴ      |                |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)  |                               |                            |                |
| 区 分   | 月 額                           | 利用者負担額 ( 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)<br>(Ⅱ)                 |                |
| サービス提供体制強化加算  | (無・有)                         | (Ⅰ)イ<br>(Ⅰ)ロ<br>(Ⅱ)<br>(Ⅲ) |                |

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

(3) 月払い方式

| 費用の支払方法<br>※9 | 敷金は契約締結時に支払い、月額利用料その他は毎月の請求により口座引き落としによる月払い。   |   |               |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|---------------|--|---|---------------|---------|--------|---------|-----|--|---------------|---------------|---------------|-----|---------|----------|----------|------|-------|---------|---------|-------|---------|---------|-----|--------|--------|
| 敷金            | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (291,000～744,000円、家賃相当額の3か月分)   |   |               |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
| 月額利用料         | 298,000円～540,000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<br>※10  | 月額利用料 (円)  | 内 訳 (円)   |               |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               |  | 管理費<br>※1   | 介護費用<br>※2    | 食費※3    | 光熱水費   | 月額家賃    | その他 |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               | 298,000  | 99,000  | -             | 69,000  | 実費     | 130,000 | -   |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               | 540,000  | 154,000   | -             | 138,000 | 実費     | 248,000 | -   |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               | 341,380  | 121,000   | 43,380        | 69,000  | 11,000 | 97,000  | -   |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               | <p>※1 管理費は以下の内訳となります。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>一般居室<br/>(お一人)</th> <th>一般居室<br/>(お二人)</th> <th>介護居室<br/>(お一人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理費</td> <td>99,000円</td> <td>154,000円</td> <td>121,000円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">(内訳)</td> <td>共益費相当</td> <td>44,000円</td> <td>66,000円</td> </tr> <tr> <td>その他用途</td> <td>50,000円</td> <td>80,000円</td> </tr> <tr> <td>消費税</td> <td>5,000円</td> <td>8,000円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※2 1ヶ月を30日とした場合の金額です。<br/>日額1,315円(消費税込1,446円)となります。</p> <p>※3 1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。<br/>朝食442円(消費税込477円※)、昼食796円(消費税込875円※)、<br/>夕食862円(消費税込948円※)<br/>※有料老人ホームにおける食費(飲食物品の提供の対価)に係る消費税率については、一食640円以下、一日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。</p> |   |               |         |        |         |     |  | 一般居室<br>(お一人) | 一般居室<br>(お二人) | 介護居室<br>(お一人) | 管理費 | 99,000円 | 154,000円 | 121,000円 | (内訳) | 共益費相当 | 44,000円 | 66,000円 | その他用途 | 50,000円 | 80,000円 | 消費税 | 5,000円 | 8,000円 |
|               | 一般居室<br>(お一人)  | 一般居室<br>(お二人)   | 介護居室<br>(お一人) |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
| 管理費           | 99,000円  | 154,000円  | 121,000円      |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
| (内訳)          | 共益費相当  | 44,000円   | 66,000円       |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               | その他用途  | 50,000円   | 80,000円       |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
|               | 消費税  | 5,000円  | 8,000円        |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |
| 算定根拠<br>※11   | 管理費  | 共益費相当：共用施設等の維持管理費<br>その他用途：事務、管理部門の人件費、自立支援サービス提供の為の人件費、備品、消耗品等に係る費用相当額 |               |         |        |         |     |  |               |               |               |     |         |          |          |      |       |         |         |       |         |         |     |        |        |

|                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
|                         | 介護費用   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別的な選択による個別的な介護サービスが発生する場合は、都度利用料が発生します。詳細は、介護サービス等の一覧表に記載しております。</li> <li>・上乗せ介護金※：日額1,315円（消費税込1,446円）<br/>※上乗せ介護金とは、要介護者の人員過配置サービス費（人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく費用）です。（要介護者2人に対し週37時間換算で介護・看護職員1人）<br/>介護居室を利用し、要介護認定「要支援1, 2」又は「要介護1～5」の場合で介護予防特定施設入居者生活介護契約締結、特定施設入居者生活介護契約後のサービス利用時よりお支払いいただきます</li> </ul> |
|                         | 食費   | 食事提供に必要な食材料費及び人件費に係る費用相当額   |
|                         | 光熱水費   | 居室の電気・水道に係る費用相当額  |
|                         | 家賃相当額  | ハウス（居室及び共用施設等）を利用するための費用相当額   |
|                         | その他  | －   |
| 月額利用料に含まれない実費負担等<br>※12 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護居室を利用するご入居者が「自立」の場合につきましては、シニア生活支援サービス費が発生します。詳細は、管理規程・各種サービス規程に記載しております。<br/>月額 30,000 円（消費税込 33,000 円）</li> <li>・自立の方で別途生活利便サービスが発生する場合は、都度利用料が発生します。詳細は、介護サービス等の一覧表に記載しております。</li> <li>・介護用品費は別途実費負担</li> <li>・おやつ代 100円（消費税込108円※）<br/>※有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税率については、一食640円以下、一日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。<br/>なお、おやつについては、特定施設入居者生活介護サービスを締結いただいた方が提供対象となります。</li> </ul> |   |



| 介護保険に係る利用料<br>※13<br>(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</td> <td>17,302</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>194,246</td> <td>19,425</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>216,758</td> <td>21,676</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>237,340</td> <td>23,734</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>259,531</td> <td>25,954</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 | 17,302 | 要介護2 | 194,246 | 19,425 | 要介護3 | 216,758 | 21,676 | 要介護4 | 237,340 | 23,734 | 要介護5 | 259,531 | 25,954 |  |  |
|  | 区分  | 月額                           | 利用者負担額(1割の場合) |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 要介護1  | 173,020                      | 17,302        |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 要介護2  | 194,246                      | 19,425        |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 要介護3  | 216,758                      | 21,676        |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 要介護4  | 237,340                      | 23,734        |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 要介護5  | 259,531                      | 25,954        |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | ※基本報酬のみの表記となります。算定要件を満たした場合、以下各種加算が生じます。  |                              |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 各種加算の状況   |                              |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 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・ <u>有</u> )               |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 入居継続支援加算(Ⅰ)   | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 入居継続支援加算(Ⅱ)   | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)   | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)   | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 個別機能訓練加算(Ⅰ)   | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 個別機能訓練加算(Ⅱ)   | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 夜間看護体制加算  | (無・ <u>有</u> )               |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 若年性認知症入居者受入加算   | (無・ <u>有</u> )               |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 医療機関連携加算  | (無・ <u>有</u> )               |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 口腔衛生管理体制加算  | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 口腔・栄養スクリーニング加算  | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 看取り介護加算(Ⅰ)  | (無・ <u>有</u> )               |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
|  | 看取り介護加算(Ⅱ)  | (無・有)                        |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| ADL維持等加算(Ⅰ)  | (無・有)   |                              |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| ADL維持等加算(Ⅱ)  | (無・有)   |                              |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| 科学的介護推進体制加算  | (無・ <u>有</u> )  |                              |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| 認知症専門ケア加算  | (無・有)   | (Ⅰ)<br>(Ⅱ)                   |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| サービス提供体制強化加算   | (無・ <u>有</u> )  | (Ⅰ)<br>(Ⅱ)<br><u>(Ⅲ)</u>     |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| 介護職員処遇改善加算   | (無・ <u>有</u> )  | <u>Ⅰ</u><br>Ⅱ<br>Ⅲ<br>Ⅳ<br>Ⅴ |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |
| 特定処遇改善加算   | (無・ <u>有</u> )  | Ⅰ<br><u>Ⅱ</u>                |               |               |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |      |         |        |  |  |

| 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) |
| 要支援1                       | 58,531  | 5,854          |
| 要支援2                       | 100,017 | 10,002         |

※基本報酬のみの表記となります。算定要件を満たした場合、以下各種加算が生じます。

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 (I)  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            |   |
| 生活機能向上連携加算 (II) | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            |   |
| 個別機能訓練加算 (I)    | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            |   |
| 個別機能訓練加算 (II)   | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            |   |
| 若年性認知症入居者受入加算   | <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| 医療機関連携加算        | <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| 口腔衛生管理体制加算      | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            |   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算  | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            |   |
| 科学的介護推進体制加算     | <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| 認知症専門ケア加算       | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> (I)              |
|                 |  | <input type="checkbox"/> (II)             |
| サービス提供体制強化加算    | <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (I)              |
|                 |  | <input type="checkbox"/> (II)             |
|                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> (III) |
| 介護職員処遇改善加算      | <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> I                |
|                 |  | <input type="checkbox"/> II               |
|                 |  | <input type="checkbox"/> III              |
|                 |  | <input type="checkbox"/> IV               |
|                 |  | <input type="checkbox"/> V                |
| 特定処遇改善加算        | <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> I     |

#### (4) 共通事項

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 改定ルール (勘案する要素及び改定手続等)            | 所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。 |
| 前払金の返還金の保全措置                     | <input type="checkbox"/> ・有 無の場合の理由(月払い方式のため)                          |
| 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"/> 有の場合の保険名(介護賠償責任保険)              |
| 消費税の対象外とする利用料等                   | 月額家賃<br>なお、それ以外の費用は消費税を含んだ金額です。  |
| 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)   | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合は<br>別添短期利用のサービス等の概要 参照     |

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

- ※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。
- ※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。  
食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。  
光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。
- ※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。
- ※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。   |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p><b>【自立支援サービス】</b><br/>一般居室を利用するご入居者に対して、退院後や要介護認定申請中、ケアプランを元にサービスをいたします。（※介護保険の申請を前提とした認定時までのサービス）</p> <p><b>【シニア生活支援サービス】</b><br/>介護居室を利用するご入居者が「自立」の場合、生活サービス等をいたします。（特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）利用契約を締結されるまでのサービス）</p> <p><b>【健康管理・増進サービス】</b><br/>健康診断（年1回は管理費内にて実施）、健康相談、毎日の安否確認、健康体操等</p> <p><b>【治療への協力サービス】</b><br/>お見舞い、入退院時の対応、緊急時の対応など</p> <p><b>【食事サービス】</b><br/>1日3食の提供</p> <p><b>【生活相談・助言サービス】</b><br/>各種相談、助言など</p> <p><b>【生活サポートサービス】</b><br/>タクシーの手配、クリーニング店や宅配業者の取次ぎ、電球の取り替え、水つまり応急処置などのフロントサービス、病気時のおかゆ等軟食対応・配下膳・布団干し・簡単な居室清掃など</p> <p><b>【コミュニケーションサポートサービス】</b><br/>イベント企画、生きがい支援など</p> <p><b>【ハウスが提供する介護サービスの内容、頻度、費用負担】</b><br/>別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。</p> |

|                |  |  |      |
|----------------|--|--|------|
| 入浴、排せつ又は食事の介護  | 1 自ら実施                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 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   | 1 自ら実施                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与        | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <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  | ①毎日の安否確認<br>②緊急時対応<br>③フロントサービス（タクシーの手配、クリーニング店や宅配業者の取次ぎ、電球の取り替え、水つまり応急処置など）<br>④病気の時の対応（おかゆなど軟食対応、配下膳、布団干し、簡単な居室清掃など）<br>⑤緊急時の対応（夜間でも、緊急通報により居室に伺い、協力医や救急車に連絡をとり対応します。）<br>⑥入退院時の対応（お見舞い、病院への付添いなど）<br>⑦自立支援サービス（退院後や介護認定を取るまでの期間、ケアプランを元にサービス提供。） |
|  | 食費   | 1日3食(定食方式)の提供（特別食、来客食を含む）   |
|  | その他  | レクリエーション、サークル活動等  |
| (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                         | 介護サービス   | 特定非営利活動法人ワカズ・コレティブ「円」   |
|  | 食事サービス   | 株式会社Leoc  |
|  | 洗濯・清掃  | 企業組合「オリーブ」  |
| 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                   | <p><b>【ライフ&amp;シニアハウス港北の体制】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者：ハウス長</li> <li>・窓口の設置：相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いています。</li> <li>・ご利用時間：担当者勤務日における午前9時～午後5時30分（事情により即時に対応できない場合は、後日回答となる場合があります。）</li> <li>・ご利用方法：電話（045-911-2336）又は直接窓口にて受付</li> </ul> |   |

|                                      |  |   |     |            |      |                     |
|--------------------------------------|--|---|-----|------------|------|---------------------|
|                                      | <p>【本社の相談窓口】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本社 ご入居者相談窓口<br/>東京都港区芝 4-2-3<br/>：電話 0120-045-485 FAX03-5427-3171</li> <li>・本社 個人情報管理係<br/>東京都港区芝 4-2-3<br/>：電話 0120-045-485 FAX03-5427-3171</li> </ul> <p>○ハウス及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <p>【ハウス外の窓口（参考）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公益社団法人全国有料老人ホーム協会：電話 03-3548-1077</li> <li>・横浜市高齢健康福祉部高齢施設課：電話 045-671-4117</li> <li>・神奈川県国民健康保険団体連合会<br/>苦情相談窓口：電話0570-022110（苦情専用）</li> </ul> |   |     |            |      |                     |
| 事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）    | <p>万一事故等が発生した場合には、事故対応マニュアルに基づき、応急措置、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医または119番に連絡をとる等、必要な措置を講じます。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>   |   |     |            |      |                     |
| 事故発生の防止のための指針                        | <p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></p>   |   |     |            |      |                     |
| 損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）               | <p>対象サービスの業務遂行中又は遂行後、その業務に起因した事故によって入居者等第三者に対して生命又は身体の障害を与えたり財産に損害を与えた場合に、地震等の天災や戦争、暴動等の不可抗力、入居者の故意による場合を除き、速やかに入居者に対して加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。</p>  |   |     |            |      |                     |
| 公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況 | <p>協会への加入 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>入居者生活保証制度への加入 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</p>   |   |     |            |      |                     |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況     | <input checked="" type="checkbox"/>  | <table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>2018年2月20日</td> </tr> <tr> <td>実施内容</td> <td>食事についてのアンケート調査</td> </tr> </table>      | 実施日 | 2018年2月20日 | 実施内容 | 食事についてのアンケート調査      |
|                                      | 実施日  | 2018年2月20日  |     |            |      |                     |
|                                      | 実施内容   | 食事についてのアンケート調査  |     |            |      |                     |
| 無                                    |  |   |     |            |      |                     |
| 備考                                   |  |   |     |            |      |                     |
| 第三者による評価の実施状況                        | <input checked="" type="checkbox"/>  | <table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>2017年2月16日</td> </tr> <tr> <td>実施内容</td> <td>特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク</td> </tr> </table> | 実施日 | 2017年2月16日 | 実施内容 | 特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク |
|                                      | 実施日  | 2017年2月16日  |     |            |      |                     |
|                                      | 実施内容   | 特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク   |     |            |      |                     |
| 無                                    |  |   |     |            |      |                     |
| 備考                                   |  |   |     |            |      |                     |

※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 | 一般居室、介護居室、一時介護室                            |   |
| 入を居住後みに替居え室る又場は合施設   | 居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等) | 一時的に、24時間の頻繁な介護等が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、一時介護室で介護します。一時介護室での介護は1ヶ月を目安とし、一般居室の利用権は継続します。一時介護室の利用料は月額利用料に含まれています。  |
|                      | 介護居室を利用する場合(同上)                            | 長期にわたり 24 時間の頻繁な介護が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、介護居室で介護します。<br>この場合、管理費は介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。   |
|                      | 一般居室から介護居室へ住みかえる場合(同上)                     | 3ヶ月の観察期間の後、要介護認定重度又は継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合には、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、住みかえとして一般居室から会社の指定する介護居室へ居室の利用権を移行していただく場合があります。尚、現在の居室より狭い介護居室(個室)となります。月額家賃については住みかえ先の月額家賃を、管理費は介護居室管理費をお支払いいただきます。<br>一般居室に二人入居され、どちらか一方が介護居室へ移った場合は、介護居室利用料(60,000円/月)を別途お支払いいただくことで利用権を取得いただけます。この場合の管理費は一般居室管理費がお一人分となりますが、別途介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。 |
|                      | 介護居室間で移る場合(同上)                             | 入居者の心身状況、他の入居者への適応状況などにより必要となった場合には、入居者及び身元引受人の意見を聴き、同意の上、居室の利用権を移行していただく場合があります。この場合、新たな追加費用は必要ありません。尚、現在の居室より狭い介護居室となる場合があります。  |

## 6 医療

|                        |          |   |                             |
|------------------------|----------|---|-----------------------------|
| 協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容 | 名称       | 医療法人社団 風和会<br>港北メディカルクリニック                                | すが歯科医院                      |
|                        | 診療科目     | 内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、小児科、精神科                                 | 歯科                          |
|                        | 所在地      | 横浜市都筑区大榎町3001-8   | 横浜市都筑区中川中央1-39-7 1階         |
|                        | 距離及び所要時間 | 1,124m(徒歩14分)又は最寄駅横浜市営地下鉄線「センター北」駅から624m(徒歩8分)            | センター北駅から300m(徒歩5分)          |
|                        | 協力内容     | 居宅療養管理指導、緊急時往診<br>日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 | 口腔ケア、義歯作製・調整、虫歯の治療、抜歯、歯科検診他 |

|  |   |
|--|---|
| 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） | 入居者が選択する医療機関において治療を受ける費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担。入退院の手続き代行は管理費内（一部地域内）<br>長期入院による不在の場合の管理費は、7ヶ月目より半額（2人入居の場合は1人分）となります。また、介護居室利用の場合は、光熱水費については7ヶ月目より半額となります。 |
|--|---|

7 入居状況等

(2020年7月1日現在)

|  |                          |       |         |          |
|--|--------------------------|-------|---------|----------|
| 入居者数及び定員                                 | 52人（定員 73人）              |       |         |          |
| 入居者の状況                                   | 男性                       | 7人、女性 | 45人     |          |
|  | 自立                       | 14人   |         |          |
|  | 要介護                      | 32人   | (内訳)    | 要介護1 7人  |
|  |                          |       |         | 要介護2 11人 |
|  |                          |       |         | 要介護3 5人  |
|  |                          |       | 要介護4 6人 |          |
|  |                          |       | 要介護5 3人 |          |
| 要支援                                      | 6人                       | (内訳)  | 要支援1 1人 |          |
|  |                          |       | 要支援2 5人 |          |
| 平均年齢                                     | 87.3歳（男性 86.3歳、女性 87.4歳） |       |         |          |
| 運営懇談会の開催状況<br>（開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等） | 年4回以上                    |       |         |          |

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>(16時30分～<br>9時30分)<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      | 3        |        |   |                |  |  | 管理者、生活コーディネーターが兼務 |   |                |
|        | 直接処遇職員     | 37 (28)  |        |   |                |  |  | 21.8              | 1 |                |
|        | 介護職員       | ※34 (27) |        |   |                |  |  | 19.6              | 1 | 一部委託 計画作成担当が兼務 |
|        | 看護職員       | ※3(1)    |        |   |                |  |  | 2.2               |   | 機能訓練指導員を兼務     |
|        | 機能訓練指導員    | ※3(1)    |        |   |                |  |  |                   |   | 看護職員が兼務        |
|        | 理学療法士      | (-)      |        |   |                |  |  |                   |   |                |
|        | 作業療法士      | (-)      |        |   |                |  |  |                   |   |                |
|        | その他        | ※3(1)    |        |   |                |  |  |                   |   | 看護職員が兼務        |
|        | 計画作成担当者    | ※2 (1)   |        |   |                |  |  |                   |   | 介護職員(委託)が兼務    |
|        | 医師         | 1(1)     |        |   |                |  |  |                   |   | 協力医            |
|        | 栄養士        |          |        |   |                |  |  |                   |   | 委託             |
|        | 調理員        |          |        |   |                |  |  |                   |   | 委託             |
|        | 事務職員       | 1 (1)    |        |   |                |  |  |                   |   |                |
|        | 生活コーディネーター | 6 (4)    |        |   |                |  |  |                   |   | 生活相談員が兼務       |
| その他職員  | 4 (3)      |          |        |   |                |  |  |                   |   |                |
| 合計     | 58 (39)    |          |        | 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。

(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                       |               |     |      | 1              |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                       |               |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
| 業務に応じた<br>従事した<br>職員の<br>経験<br>年数 | 1年未満          |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
|                                   | 1年以上<br>3年未満  |     |      |                |       |     |         |     |         |     |
|                                   | 3年以上<br>5年未満  |     |      | 1              |       | 1   |         |     |         |     |
|                                   | 5年以上<br>10年未満 |     | 1    |                | 3     |     |         | 1   |         |     |
|                                   | 10年以上         | 2   |      | 2              | 2     |     |         | 2   |         |     |
| 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                          | 2   | 4        | 6           |
| 要介護者の人数                          | 22  | 26       | 32          |
| 指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16              | 7.5   | 9.0      | 11.2        |
| 配置している直接処遇職員の人数 ※17              | 23.2  | 23.8     | 21.8        |
| 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 | 0.97 : 1  | 1.14 : 1 | 1.27 : 1    |
| 常勤換算方法の考え方                       | 常勤職員の週勤務時間 37時間で除して算出   |          |             |
| 従業者の勤務体制の概要                      | 介護職員<br>早番 7:00 ~ 16:00<br>日勤 8:30 ~ 17:30、8:45 ~ 17:15<br>遅番 11:00 ~ 20:00、11:45 ~ 19:45<br>当直 17:00 ~ 翌9:30<br>夜勤 16:30 ~ 翌9:30 |          |             |
|                                  | 看護職員<br>8:30~17:30  |          |             |

※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   | 1人(1人)   | 介護職員実務者研修修了者 | -        |
| 介護福祉士   | 13人(10人) | 介護職員初任者研修修了者 | 33人(27人) |
| 介護支援専門員 | 6人(5人)   | 資格なし         | -        |

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)                           | 60歳以上の方。共同生活が円満にできること。<br>身元引受人がいる方※<br>二人入居の場合、お二人とも入居資格を満たしている方。<br>但し、夫婦と限りません。親子、友人でも可能です。<br>自らおよび連帯保証人・身元引受人・返還金受取人が反社会的勢力に該当しないこと。  |
| 身元引受人等の条件及び義務等  | 連帯保証人・身元引受人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。<br>連帯保証人：入居者とともに金銭債務を履行する責任<br>身元引受人※：入居者の生活に関し、事業者との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り<br>返還金受取人：返還金が生じた場合の受取<br><br>※ 身元引受人がたてられない方は、事業者指定の公正証書を別途締結いただきます。(別途手数料がかかります。)<br>(ペットの飼育)<br>一般居室に限り、別途誓約書を提出のうえ飼育が可能です  |
| 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<br>※19<br>(入居契約書(一般居室)より例示) | (契約解除)<br>事業者は、入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。<br>一 入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき<br>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞させたとき<br>三 第4条第4項の規定に違反したとき<br>四 第22条の規定に違反したとき<br>五 入居者の言動が、他の入居者又は事業者の役職員の生命・身体・健康・財産(事業者の財産を含む)に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、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 |

|  |   |
|--|---|
| <p>施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等<br/>※19<br/>(入居契約書（一般居室）より例示)</p> | <p>2 事業者は、入居者に限らずその家族・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等により、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又は支障をきたす具体的な危険があるときに、本契約を解除することがあります。</p> <p>3 前2項の規定に基づく契約解除の場合、事業者は書面にて次の手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の効力発生日まで1ヶ月の予告期間をおく</p> <p>二 前号の予告の際、入居者及び身元引受人等に弁明及び是正の機会を設ける</p> <p>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、その他関係者や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>4 本条第1項第五号によって契約を解除する場合、事業者は前項に加えて次の手続きを書面にて行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>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。</p> <p>一 第48条の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>6 事業者は、連帯保証人・身元引受人又は返還金受取人が本条第5項第一号又は第二号のいずれかに該当する場合、本契約を直ちに解除することができます。</p> <p>7 事業者は、前項において、本契約を解除する前に入居者に連帯保証人・身元引受人又は返還金受取人の変更を求めることができ、入居者がこれに応じたときは本契約を解除しないことがあります。</p> <p>8 本条第1項・第2項及び第5項による契約解除において、1室2人入居の場合、第1項第五号及び第2項の解除事由に限り、どちらか一方だけ契約を解除することがあります。</p> |
|  | <p>参考：入居契約書第22条（禁止又は制限される行為）</p> <p>入居者は、目的施設の利用にあたり、目的施設又はその敷地内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。</p> <p>一 銃砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入・使用・保管すること</p> <p>二 大型の金庫その他の重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付けること</p> <p>三 排水管その他を腐食させるおそれのある液体等を流すこと</p> <p>四 テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑をあたえること</p> <p>五 猛獣・毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を飼育すること</p> <p>六 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供すること</p> <p>七 目的施設又はその周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、付近の住民又は通行人に不安を与えること</p> <p>八 目的施設に反社会的勢力を入居させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせること</p> <p>九 他入居者の目的施設の利用を妨げ、困惑させること</p>  |

|                |         |  |    |
|----------------|---------|--|----|
|                |         | <p>2 入居者は、目的施設の利用にあたり、事業者の承諾を得ることなく、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また、事業者は、他の入居者からの苦情その他の場合に、その承諾を取り消すことがあります。</p> <p>一 観賞用の小鳥、魚等であって明らかに近隣に迷惑をかける恐れのない動植物以外の犬猫等の動物や植物を目的施設又はその敷地内で飼育すること</p> <p>二 居室及びあらかじめ管理規程に定められた場所以外の共用部分又は敷地内に物品を置くこと</p> <p>三 目的施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行うこと</p> <p>四 目的施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模様替え敷地内における工作物を設置すること</p> <p>五 管理規程その他の文書において、事業者がその承諾を必要と定めるその他の行為を行うこと</p> |    |
|                |         | <p>(入居一時金の返還について)</p> <p>「3 利用料 解約時の返還金」のとおり計算し、契約終了日の翌日から起算して3ヶ月以内に返還します。</p>   |    |
| 退去者の状況         | 退去先別の人数 | 自宅等  | 0人 |
|                |         | 社会福祉施設   | 0人 |
|                |         | 医療機関   | 1人 |
|                |         | 死亡者  | 3人 |
|                |         | その他  | 2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) 医療機関等   | 3人 |
| 体験入居の期間及び費用負担等 |         | <p>当該居室に空きのある場合、体験入居が可能です。</p> <p>・一般居室 1泊2食付 7,000円 (消費税込 7,700円)</p> <p>・介護居室 1泊3食付 15,000円 (消費税込 16,500円)</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<br>※20 | 重要事項説明書の公開 | 1 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                     | 入居契約書の公開   | 1 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                     | 管理規程の公開    | 1 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                     | 財務諸表の公開    | 1 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                     | 事業収支計画の公開  | 1 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |

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

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「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 \_\_\_\_\_ 印

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 \_\_\_\_\_ 印

署 名 \_\_\_\_\_ 印

K-J-12-80



介護サービス等の一覧表(下記の内容はケア計画に基づいて提供します)

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                                       |              |           | 自立~要支援2                    | 要介護1~2                                   |              |          |
|--------------------|-----------|---------------|--------------|-----------|--|--------------|-----------|----------------------------|--|--------------|----------|
|                    | 一般居室      |               |              |           | 一般居室   |              |           | 一般居室                       | 一般居室                                     |              |          |
|                    | 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 |           | 利用料金(自立支援サービス費含む)に含まれるサービス | 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)                  | 提供方法(回数等)                                | 提供方法(回数等)    | 金額(単価)   |
| 介護予防サービス           |           |               |              |           |  |              |           |                            |  |              |          |
| ○運動機能向上訓練          | 有         | —             | —            | —         | 週2回(指定日)                                     | —            | —         | —                          | 週2回(指定日)                                 | —            | —        |
| ○口腔機能向上訓練          | 有         | —             | —            | —         | 週1回(指定日)                                     | —            | —         | —                          | 週1回(指定日)                                 | —            | —        |
| ○栄養改善              | 有         | —             | —            | —         | 月1回  | —            | —         | —                          | 月1回                                      | —            | —        |
| 介護サービス             |           |               |              |           |  |              |           |                            |  |              |          |
| ○巡回・安否確認           |           |               |              |           |  |              |           |                            |  |              |          |
| ・昼間 9:00-17:00     | 有         | 1日1回(ボード)     | —            | —         | 1日1回(ボード)                                    | —            | —         | 1日1回(ボード)                  | 1日1回(ボード)                                | —            | —        |
| ・夜間 17:00-9:00     | 有         | 1日1回(必要時)     | —            | —         | 1日1回(必要時)                                    | —            | —         | 1日1回(必要時)                  | 1日1回(必要時)                                | —            | —        |
| ◎食事介助(形態対応)        | 有         | —             | —            | —         | —  | —            | —         | 形態対応のみ                     | 必要時見守り一部介助                               | —            | —        |
| ◎排泄介助・おむつ交換        | 有         | —             | —            | —         | —  | —            | —         | —                          | 必要時                                      | —            | —        |
| ◎おむつ代              | 有         | —             | 必要時          | 実費        | —  | 必要時          | 実費        | —                          | —  | 必要時          | 実費       |
| ◎入浴介助・清拭           | 有         | —             | —            | —         | 週3回(必要時)                                     | 週4回以上        | 1回2,100円  | —                          | 週3回                                      | 週4回以上        | 1回2,100円 |
| ◎特浴介助              | 有         | —             | —            | —         | —  | 必要時          | 1回2,100円  | —                          | 週3回                                      | 週4回以上        | 1回2,100円 |
| ○居室からの移動           | 有         | —             | —            | —         | —  | —            | —         | —                          | 必要時見守り一部介助                               | —            | —        |
| ◎体位交換              | 有         | —             | —            | —         | —  | —            | —         | —                          | 必要時見守り一部介助                               | —            | —        |
| ◎身だしなみ介助           | 有         | —             | —            | —         | 必要時見守り 一部介助                                  | —            | —         | —                          | 必要時見守り一部介助                               | —            | —        |
| ◎機能訓練              | 有         | —             | —            | —         | 必要時  | —            | —         | —                          | 必要時                                      | —            | —        |
| ◎生活リハビリ            | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | —                          | —  | 必要時          | 10分350円  |
| ○通院付き添い(病院一覧表内)※1  | 有         | 初回のみ          | 2回目以降        | 10分350円   | 初回のみ   | 2回目以降        | 10分350円   | 必要時                        | 月1回                                      | 月2回以上        | 10分350円  |
| ○通院付き添い(病院一覧表外)    | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | —                          | —  | 必要時          | 10分350円  |
| ○外出介助              | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | 個別対応散歩                     | —  | 必要時          | 10分350円  |
| ○緊急時対応             | 有         | 随時            | —            | —         | 随時   | —            | —         | 随時                         | 随時                                       | —            | —        |
| 生活サービス             |           |               |              |           |  |              |           |                            |  |              |          |
| ○居室清掃              | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | 週1回  | 週2回以上        | 10分350円   | 週1回(指定日)                   | 週1回                                      | 週2回以上        | 10分350円  |
| ○日常の洗濯 ※2          | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | 週1回(指定日)                   | 週3回(必要時)                                 | 週4回以上        | 10分350円  |
| ○環境整備              | 有         | 病気時のみ(目安10日間) | —            | —         | 病気時のみ(目安10日間)                                | 必要時          | 10分350円   | 週1回                        | 必要時                                      | —            | —        |
| ○居室配膳・下膳           | 有         | 病気時のみ(目安10日間) | 必要時          | 1回350円    | 病気時のみ(目安10日間)                                | 必要時          | 1回350円    | 必要時                        | 必要時                                      | —            | —        |
| ○食事箋による特別な食事       | 有         | カロリー、塩分調整のみ   | 左記以外         | 実費        | カロリー、塩分調整のみ                                  | 左記備考以外実費     | —         | カロリー、塩分調整のみ                | カロリー、塩分調整のみ                              | 左記備考以外実費     | —        |
| ◎おやつ代              | 有         | —             | 必要時          | 実費        | —  | 必要時          | 実費        | —                          | —  | 必要時          | 実費       |
| ◎理美容師による理美容サービス    | 有         | —             | 必要時          | 実費        | —  | 必要時          | 実費        | —                          | —  | 必要時          | 実費       |
| ○買い物代行             | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | 週1回(指定日)                   | 週1回(指定日)                                 | 週2回以上        | 10分350円  |
| ○役所手続き代行           | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | 月1回(指定日)                   | 月1回(指定日)                                 | 月2回以上        | 10分350円  |
| ○支払い代行(立替払い)       | 有         | フロント対応のみ      | 左記以外         | 10分350円   | 必要時  | —            | —         | 10分350円                    | 必要時                                      | —            | —        |
| ○新聞・郵便物等の管理        | 有         | 不在時のみ         | 左記以外         | 10分350円   | 不在時のみ  | 左記以外         | 10分350円   | 必要時                        | 随時                                       | —            | —        |
| ○代読・代筆             | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | 必要時                        | 必要時                                      | —            | —        |
| ○貴重品類の保管           | 有         | 入院、判断力低下等の場合  | 必要時          | 1回350円    | 入院、判断力低下等の場合                                 | 必要時          | 1回350円    | 入院、判断力低下等の場合               | 入院、判断力低下等の場合                             | 必要時          | 1回350円   |
| 健康管理サービス           |           |               |              |           |  |              |           |                            |  |              |          |
| ○バイタルチェック          | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | 必要時  | —            | —         | 必要時                        | 必要時                                      | —            | —        |
| ○健康診断のご案内          | 有         | 年1回は管理費内にて実施  | 左記以外         | 実費        | 年1回は管理費内にて実施                                 | 左記以外         | 実費        | 年1回は管理費内にて実施               | 年1回は管理費内にて実施                             | 左記以外         | —        |
| ○健康相談              | 有         | 随時            | —            | —         | 随時   | —            | —         | 随時                         | 随時                                       | —            | —        |
| ○生活指導・栄養相談         | 有         | 随時            | —            | —         | 随時   | —            | —         | 随時                         | 随時                                       | —            | —        |
| ○薬の仕分け管理・服薬支援      | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | 必要時  | —            | —         | 必要時                        | 必要時                                      | —            | —        |
| ○生きがい支援マネジメント      | 有         | —             | —            | —         | —  | —            | —         | 週1~3回                      | —  | —            | —        |
| 入退院時、入院中のサービス ※3   |           |               |              |           |  |              |           |                            |  |              |          |
| ○入退院時の付き添い(病院一覧表内) | 有         | 必要時           | —            | —         | 必要時  | —            | —         | 必要時                        | 必要時                                      | —            | —        |
| ○入退院時の付き添い(病院一覧表外) | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | —                          | —  | 必要時          | 10分350円  |
| ○入院中の見舞い訪問(病院一覧表内) | 有         | 週1回           | 週2回以上        | 10分350円   | 週1回  | 週2回以上        | 10分350円   | 週1回                        | 週1回                                      | 週2回以上        | 10分350円  |
| ○入院中の見舞い訪問(病院一覧表外) | 有         | —             | 必要時          | 10分350円   | —  | 必要時          | 10分350円   | —                          | —  | 必要時          | 10分350円  |

※1: 病院一覧表のうち協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません(特定契約者のみ)。

※2: 洗濯室における洗濯となります。

※3: 入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注) 介護サービス欄の◎は、日中介護フロアでのサービス提供となります。

注) 上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

注) 自立支援サービスは、介護保険の申請を前提とした認定時までのサービスとなります

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・350円(消費税込385円)  
・2,100円(消費税込2,310円)

## 介護サービス等の一覧表(下記の内容はケア計画に基づいて提供します)

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1～2       |          |  | 要介護3～5       |          |  |
|--------------------|-------------------------------|--|--------------|----------|--|--------------|----------|--|--------------|----------|--|
|                    |                               | 介護居室   |              | 介護居室     |  | 介護居室         |          |  | 介護居室         |          |  |
| 提供サービスの別           | 利用料金(シニア生活支援サービス費含む)に含まれるサービス | 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 |          | 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)                                    | 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)   |  |
| 介護予防サービス           |                               |  |              |          |  |              |          |  |              |          |  |
| ○運動機能向上訓練          | 有                             | —  | 週2回(指定日)     | —        | —  | 週2回(指定日)     | —        | —  | 週2回(指定日)     | —        |  |
| ○口腔機能向上訓練          | 有                             | —  | 週1回(指定日)     | —        | —  | 週1回(指定日)     | —        | —  | 週1回(指定日)     | —        |  |
| ○栄養改善              | 有                             | —  | 月1回          | —        | —  | 月1回          | —        | —  | 月1回          | —        |  |
| 介護サービス             |                               |  |              |          |  |              |          |  |              |          |  |
| ○巡回・安否確認           |                               |  |              |          |  |              |          |  |              |          |  |
| ・昼間 9:00-17:00     | 有                             | 1日1回(ボード)                                    | 4時間毎及び必要時    | —        | —  | 4時間毎及び必要時    | —        | —  | 4時間毎及び必要時    | —        |  |
| ・夜間 17:00-9:00     | 有                             | 1日1回(必要時)                                    | 7～8時間毎及び必要時  | —        | —  | 7～8時間毎及び必要時  | —        | —  | 2時間毎及び必要時    | —        |  |
| ○食事介助(形態対応含む)      | 有                             | 必要時見守り一部介助                                   | 必要時見守り 一部介助  | —        | —  | 必要時見守り 一部介助  | —        | —  | 一部介助、全介助     | —        |  |
| ○排泄介助・おむつ交換        | 有                             | —  | —            | —        | —  | 必要時随時        | —        | —  | 必要時随時        | —        |  |
| ○おむつ代              | 有                             | —  | —            | 必要時      | 実費                                       | —            | 必要時      | 実費                                       | —            | 必要時      |  |
| ○入浴介助・清拭           | 有                             | —  | 週3回(一部介助)    | 週4回以上    | 1回2,100円                                 | 週3回(一部介助)    | 週4回以上    | 1回2,100円                                 | 週3回(全介助)     | 週4回以上    |  |
| ○特浴介助              | 有                             | —  | —            | 必要時      | 1回2,100円                                 | 週3回(一部介助)    | 週4回以上    | 1回2,100円                                 | 週3回(全介助)     | 週4回以上    |  |
| ○居室からの移動           | 有                             | —  | —            | —        | —  | 必要時随時 一部介助   | —        | —  | 必要時全介助       | —        |  |
| ○体位交換              | 有                             | —  | —            | —        | —  | 必要時随時        | —        | —  | 必要時随時        | —        |  |
| ○身だしなみ介助           | 有                             | —  | 必要時見守り 一部介助  | —        | —  | 必要時随時 一部介助   | —        | —  | 必要時随時全介助     | —        |  |
| ○機能訓練              | 有                             | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○生活リハビリ            | 有                             | —  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | 毎日           | —        | —  | 毎日           | —        |  |
| ○通院付き添い(病院一覧表内)※1  | 有                             | 初回のみ   | 月1回          | 月2回以上    | 10分350円                                  | 月4回          | 月5回以上    | 10分350円                                  | 月4回          | 月5回以上    |  |
| ○通院付き添い(病院一覧表外)    | 有                             | —  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      |  |
| ○外出介助              | 有                             | —  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      |  |
| ○緊急時対応             | 有                             | 随時   | 随時           | —        | —  | 随時           | —        | —  | 随時           | —        |  |
| 生活サービス             |                               |  |              |          |  |              |          |  |              |          |  |
| ○居室清掃              | 有                             | 週1回(指定日)                                     | 週1回          | 週2回以上    | 10分350円                                  | 週1回及び必要時     | —        | —  | 週1回及び必要時     | —        |  |
| ○日常の洗濯※2           | 有                             | —  | 週3回及び必要時     | —        | —  | 週3回及び必要時     | —        | —  | 週3回及び必要時     | —        |  |
| ○環境整備              | 有                             | 毎日(ゴミ出し)                                     | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○居室配膳・下膳           | 有                             | 必要時  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○食事箋による特別な食事       | 有                             | カロリー、塩分調整のみ                                  | カロリー、塩分調整のみ  | 左記備考以外実費 | 実費                                       | カロリー、塩分調整のみ  | 左記備考以外実費 | —  | カロリー、塩分調整のみ  | 左記備考以外実費 |  |
| ○おやつ代              | 有                             | —  | —            | 必要時      | 実費                                       | —            | 必要時      | 実費                                       | —            | 必要時      |  |
| ○理美容師による理美容サービス    | 有                             | —  | —            | 必要時      | 実費                                       | —            | 必要時      | 実費                                       | —            | 必要時      |  |
| ○買い物代行             | 有                             | 週1回(指定日)                                     | 週1回(指定日)     | 週2回以上    | 10分350円                                  | 週1回(指定日)     | 週2回以上    | 10分350円                                  | 週1回(指定日)     | 週2回以上    |  |
| ○役所手続き代行           | 有                             | —  | 月1回(指定日)     | 月2回以上    | 10分350円                                  | 月1回(指定日)     | 月2回以上    | 10分350円                                  | 月1回(指定日)     | 月2回以上    |  |
| ○支払い代行(立替払い)       | 有                             | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○新聞・郵便物等の管理        | 有                             | 随時   | 随時           | —        | —  | 随時           | —        | —  | 随時           | —        |  |
| ○代読・代筆             | 有                             | 必要時  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○貴重品類の保管           | 有                             | 入院、判断力低下等の場合                                 | 入院、判断力低下等の場合 | 必要時      | 1回350円                                   | 入院、判断力低下等の場合 | 必要時      | 1回350円                                   | 入院、判断力低下等の場合 | 必要時      |  |
| 健康管理サービス           |                               |  |              |          |  |              |          |  |              |          |  |
| ○バイタルチェック          | 有                             | 必要時  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○健康診断のご案内          | 有                             | 年1回は管理費内にて実施                                 | 年1回は管理費内にて実施 | 左記以外     | 実費                                       | 年1回は管理費内にて実施 | 左記以外     | 実費                                       | 年1回は管理費内にて実施 | 左記以外     |  |
| ○健康相談              | 有                             | 随時   | 随時           | —        | —  | 随時           | —        | —  | 随時           | —        |  |
| ○生活指導・栄養相談         | 有                             | 必要時  | 随時           | —        | —  | 随時           | —        | —  | 随時           | —        |  |
| ○薬の仕分け管理・服薬支援      | 有                             | 必要時  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| 入退院時、入院中のサービス※3    |                               |  |              |          |  |              |          |  |              |          |  |
| ○入退院時の付き添い(病院一覧表内) | 有                             | 必要時  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        | —  | 必要時          | —        |  |
| ○入退院時の付き添い(病院一覧表外) | 有                             | —  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      |  |
| ○入院中の見舞い訪問(病院一覧表内) | 有                             | 週1回  | 週1回          | 週2回以上    | 10分350円                                  | 週1回          | 週2回以上    | 10分350円                                  | 週1回          | 週2回以上    |  |
| ○入院中の見舞い訪問(病院一覧表外) | 有                             | —  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      | 10分350円                                  | —            | 必要時      |  |

※1：病院一覧表のうち協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません(特定契約者のみ)。

※2：洗濯室における洗濯となります。

※3：入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注) 上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

注) シニア生活支援サービスは、特定施設入居者生活介護利用契約未締結者へのサービスとなります。

※上記は、本体価格表記です。  
 別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
 ・350円(消費税込385円)  
 ・2,100円(消費税込2,310円)  
 ・4,200円(消費税込4,620円)



別添2

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 利用可能期間  | 最短1日 ～ 最長30日               |
| サービスの内容 | 重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一となります |

2 利用料

|               |                        |   |        |       |      |       |     |
|---------------|------------------------|---|--------|-------|------|-------|-----|
| 費用の支払方法       |                        |   |        |       |      |       |     |
| 1日あたりの利用料     |                        | 10,346円   |        |       |      |       |     |
| 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         | 利用料 (円)                | 内 訳 (円)   |        |       |      |       |     |
|               |                        | 管理費 ※1  | 介護費用   | 食費    | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
|               | 10,346                 | 4,033   | 1,446  | 2,300 | 367  | 2,200 | —   |
|               | ※管理費は以下の内訳となります。       |   |        |       |      |       |     |
|               |                        | 管理費   | 4,033円 |       |      |       |     |
| 算定根拠          | 管理費                    | 共益費相当：共用施設等の維持管理費<br>その他使途：事務、管理部門の person 費、備品、消耗品等に係る費用相当額  |        |       |      |       |     |
|               | 介護費用（上乗せ介護金）           | 要介護者の人員過配置サービス費（人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく費用）です。（要介護者2人に対し週37時間換算で介護・看護職員1人） |        |       |      |       |     |
|               | 食費                     | 食事提供に必要な食材料費及び person 費に係る費用相当額   |        |       |      |       |     |
|               | 光熱水費                   | 居室の電気・水道に係る費用相当額  |        |       |      |       |     |
|               | 家賃相当額                  | 居室の利用料相当額   |        |       |      |       |     |
|               | その他                    |   |        |       |      |       |     |
|               | 1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※ | ○介護用品費は別途実費負担<br>○おやつ代 100円（消費税込108円※軽減税率適用）  |        |       |      |       |     |

| 介護保険に係る利用料<br>(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            |  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|---|-------------------------|--|-----------------------|--------|-----------------------|-------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|-----|
|   |                         | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>日額 (円)</th> <th>利用者負担額<br/>(1割の場合) (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>5,745</td> <td>575</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>6,453</td> <td>646</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>7,193</td> <td>720</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>7,879</td> <td>788</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>8,618</td> <td>862</td> </tr> </tbody> </table> |                       | 日額 (円) | 利用者負担額<br>(1割の場合) (円) | 要介護 1 | 5,745 | 575 | 要介護 2 | 6,453 | 646 | 要介護 3 | 7,193 | 720 | 要介護 4 | 7,879 | 788 | 要介護 5 | 8,618 | 862 |
|   |                         | 日額 (円)   | 利用者負担額<br>(1割の場合) (円) |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | 要介護 1                   | 5,745  | 575                   |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | 要介護 2                   | 6,453  | 646                   |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | 要介護 3                   | 7,193  | 720                   |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | 要介護 4                   | 7,879  | 788                   |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | 要介護 5                   | 8,618  | 862                   |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | ※基本報酬のみの表記となります。        |  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   | ○各種加算の状況                |  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
| 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)                   |  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
| サービス提供体制強化加算  | (無・有)                   | (I) イ  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | (I) ロ  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | (II)   |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | (III)  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
| 介護職員処遇改善加算  | (無・有)                   | I  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | II   |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | III  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | IV   |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | V  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
| 特定処遇改善加算  | (無・有)                   | I  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
|   |                         | II   |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
| 3 その他   |                         |  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |
| 利用(契約)に際しての留意点、特記事項等  | 短期利用特定施設入居者生活介護利用契約書に記載 |  |                       |        |                       |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |       |       |     |

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<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            | 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。) |

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。