

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2019年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	大和ハウスライフサポート株式会社
代表者名	代表取締役社長 高山 隆夫
所在地	東京都港区三田三丁目1番7号
電話番号/FAX番号	03-3456-4165/03-3456-4175
ホームページアドレス	https://www.dhls.jp/
資本金(基本財産)	資本金 100,000,000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	大和ハウス工業株式会社 100%
設立年月日	2000年10月26日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 3,122百万円 (費用) 3,208百万円 (損益) △86百万円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	—

※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	もみの樹・横浜鶴見	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 市指定介護保険特定施設 (番号 1470101799、指定年月日 2015年4月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・ 介護予防・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり	

共用施設・設備の概要（設置箇所、面積、設備の整備状況等）	食堂	設置階 1, 2, 3階 (1階70㎡, 2階70㎡, 3階70㎡)
	浴室	一般浴槽 設置階 1, 2, 3階 (1階36.2㎡, 2階32.5㎡, 3階32.5㎡)
	浴室	リフト浴 設置階 1, 2, 3階 (1階 36.2 ㎡, 2階 32.5 ㎡, 3階 32.5 ㎡)
		ストレッチャー浴 設置階 2階 (40.3 ㎡)
	便所	設置箇所 各居室内 共用4箇所
	洗面設備	設置箇所 各居室内
	医務室(健康管理室)	設置階 2階 (22.2㎡)
	談話室	設置階 — (㎡)
	面談室	設置階 相談室1階 (11.4㎡)
	事務室	設置階 1階
	洗濯室	設置階 1階 (40.3㎡)
	汚物処理室	設置階 1, 2, 3階
	看護・介護職員室	設置階 1, 2, 3階
	機能訓練室	設置階 3階 (64.4㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (健康・生きがい施設としても活用)
	健康・生きがい施設	設置階 1階 (25.6㎡) 3階 (64.4㎡)
		3階については、機能訓練室としても活用
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可 1基)
	スプリンクラー	設置箇所 全館(各居室、廊下等)
	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～ . m)
	消防用設備等	消火器
自動火災報知設備		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
火災通報設備		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
スプリンクラー		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
防火管理者		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
防災計画(水害・土砂災害を含む)		無・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ・居室に緊急コール、緊急押しボタン、共用トイレに緊急押しボタンを設置。 ・各スタッフ保有のPHSおよびスタッフステーションにて受信対応 安否確認の方法・頻度等 巡回 昼間：随時実施 夜間：原則として2時間に1回実施。	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

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

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

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

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い		1 減額なし	2 日割り計算で減額	<input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が連続して7日を超えた場合に限り、8日目以降の不在日数に応じて、管理費及び特別サービス費につき管理規程に規定する金額を日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する。		
	手続き方法	運営懇談会で意見を聴き、入居者または身元引受人の同意を得る。		

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金：入居時まで一括指定の銀行口座へお振込みいただきます。 月額利用料：翌月分を毎月所定の期日にお支払いいただきます。
敷金	<input checked="" 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)	<p>法第29条第6項に規定される前払金</p> <p>A方式 満65歳以上～満72歳までの方が対象のご契約方式 入居一時金 28,870,000円</p> <p>B方式 満73歳以上～満79歳までの方が対象のご契約方式 入居一時金 25,120,000円</p> <p>C方式 満80歳以上～満85歳までの方が対象のご契約方式 入居一時金 20,750,000円</p> <p>D方式 満86歳以上～満89歳までの方が対象のご契約方式 入居一時金 17,420,000円</p> <p>E方式 満90歳以上～満94歳までの方が対象のご契約方式 入居一時金 14,090,000円</p> <p>F方式 満95歳以上の方が対象のご契約方式 入居一時金 7,510,000円</p>
想定居住期間又は償却期間	A方式 108ヶ月 / B方式 96ヶ月 / C方式 84ヶ月 D方式 72ヶ月 / E方式 60ヶ月 / F方式 36ヶ月

<p>算定の基礎（内訳）</p>	<p>入居対象者の平均的な余命期間等を勘案した想定居住期間における必要家賃を算定根拠として設定した額です。</p> <p>入居一時金（家賃）＝</p> <p>（1か月分の家賃の額）×（想定居住期間 *1） ＋（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて 大和ハウスライフサポートが受領する額 *2）</p> <p>*1 当社既存ホームを元に統計的に算定し設定しております。 *2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃として算定し、年齢別に設定しております。</p>
<p>解約時の返還金（算定方法等）</p>	<p>入居一時金償却期間内の場合（入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合）；</p> <p>（入居一時金－（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額））÷（入居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）</p> <p>A方式 返還金算定方法 返還金＝（入居一時金-7,270,000円）×（契約終了日以降想定居住期間108ヶ月末日までの日数）÷（想定居住期間108ヶ月の日数）</p> <p>B方式 返還金算定方法 返還金＝（入居一時金-5,920,000円）×（契約終了日以降想定居住期間96ヶ月末日までの日数）÷（想定居住期間96ヶ月の日数）</p> <p>C方式 返還金算定方法 返還金＝（入居一時金-3,950,000円）×（契約終了日以降想定居住期間84ヶ月末日までの日数）÷（想定居住期間84ヶ月の日数）</p> <p>D方式 返還金算定方法 返還金＝（入居一時金-3,020,000円）×（契約終了日以降想定居住期間72ヶ月末日までの日数）÷（想定居住期間72ヶ月の日数）</p> <p>E方式 返還金算定方法 返還金＝（入居一時金-2,090,000円）×（契約終了日以降想定居住期間60ヶ月末日までの日数）÷（想定居住期間60ヶ月の日数）</p> <p>F方式 返還金算定方法 返還金＝（入居一時金-310,000円）×（契約終了日以降想定居住期間36ヶ月末日までの日数）÷（想定居住期間36ヶ月の日数）</p> <p>入居した日の翌日から3月以内に契約が終了した場合（死亡退去を含む）は、受領済みの入居一時金の金額（非返還部分の額を含む）から、入居の日から起算して契約終了となった日までの日数の目的施設の利用料と入居契約書第32条に定める原状回復費用を差し引いた上で、その差引残額を居室の明け渡しを受けた日の翌日から起算して60日以内に無利息で返還いたします。</p> <p>1日あたりの目的施設の利用料 ＝（入居一時金－非返還部分の額）÷（想定居住期間の月数）÷30</p>

返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有							
	A方式	7,270,000円						
	B方式	5,920,000円						
	C方式	3,950,000円						
	D方式	3,020,000円						
	E方式	2,090,000円						
	F方式	310,000円						
初期償却の開始日	入居日							
介護費用の前払金	—							
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	—							
初期償却の開始日	—							
月額利用料	A方式							
	B方式	237,600円（税込）						
	C方式	税抜：220,000円						
	D方式	税額：17,600円						
	E方式							
	F方式							
年齢に応じた金額設定	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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						
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃	その他	
	A方式	124,200円	48,600円	64,800円	—	—	—	
	B方式	124,200円	48,600円	64,800円	—	—	—	
	C方式	124,200円	48,600円	64,800円	—	—	—	
	D方式	124,200円	48,600円	64,800円	—	—	—	
	E方式	124,200円	48,600円	64,800円	—	—	—	
	F方式	124,200円	48,600円	64,800円	—	—	—	
算定根拠 ※11	管理費	A方式 B方式 C方式 D方式 E方式 F方式 124,200円（税込） 税抜：115,000円 税額：9,200円						
		施設の運営費、事務・管理部門の人員費、事務管理費、光熱水費に対する費用です。						

		<p>【「特別サービス費」として】 48,600円／月 (本体価格45,000円、消費税等3,600円)</p> <p>介護費用</p> <p>*「特別サービス費」は、要介護者等への人員過配置サービス費に充当する費用です(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(利用者負担分含む)による収入で賄えない額に充当するもので、合理的な積算根拠に基づきます。)</p>
	食費	<p>64,800円／月(1日3食30日の場合) (内訳)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本料金 月額16,200円 (本体価格15,000円、消費税等1,200円) ・食事代 朝食 432円／食(本体価格400円、消費税等32円) 昼食 497円／食(本体価格460円、消費税等37円) 間食 86円／食(本体価格80円、消費税等6円) 夕食 605円／食(本体価格560円、消費税等45円) <p>あらかじめ2日前の12時までに欠食する旨をお届けされた場合は、欠食分を減額し精算いたします。</p>
	光熱水費	管理費に含みます。
	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		<ol style="list-style-type: none"> 1. 当社が定める協力医療機関、近隣医療機関以外の通院、入院の同行、薬の受け取り代行 2. 当社が定める協力医療機関、近隣医療機関に入院中の面会、洗濯物交換、買い物代行(週2回目以降有料) 3. 当社が定める協力医療機関、近隣医療機関以外に入院中の面会、洗濯物交換、買い物代行 4. 医師の往診、医療費等 5. 年2回の定期健康診断以外の健康診断 6. 週3回を超える入浴 7. 当社が定める地域及び定例実施日以外の買い物代行、同行 8. 個別のご要望による外出同行 9. 官公署等公的届出書類等の届出代行(往復にかかる時間が1時間を超える場合) 10. クリーニング、理美容等、専門業者を利用する場合 11. 来客用エキストラベッド、寝具のレンタル料 12. サークル活動等の参加費、月謝、材料費等 13. 追加飲食、紙おむつ、紙パッド、日用雑貨等

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	2割の場合	3割の場合
要介護1	208,439円	20,844円	41,688円	62,532円
要介護2	231,048円	23,105円	46,210円	69,315円
要介護3	255,060円	25,506円	51,012円	76,518円
要介護4	277,337円	27,734円	55,468円	83,202円
要介護5	300,996円	30,100円	60,200円	90,299円

- 自己負担額は、認知症専門ケア加算、退院・退所時連携加算、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、看取り介護加算を除く各加算を加えた見込みでの計算となります。
- 入居継続支援加算を算定する場合は、サービス提供体制強化加算の算定は適用されません。

各種加算の状況

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)

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	(無・ <u>有</u>)	
生活機能向上連携加算	(無・ <u>有</u>)	
個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u>)	
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・ <u>有</u>)	
栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u>)	
看取り介護加算	(無・ <u>有</u>)	
認知症専門ケア加算	(無・ <u>有</u>)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u>)	<u>(I)</u> イ
		(I)ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>
		II
		III
		IV
		V

介護予防特定施設入居者生活介護

(1 か月 30 日の例)

区 分	月 額	利用者負担額		
		1 割の場合	2 割の場合	3 割の場合
要支援 1	75,511 円	7,552 円	15,103 円	22,654 円
要支援 2	120,396 円	12,040 円	24,080 円	36,119 円

○自己負担額は、認知症専門ケア加算、退院・退所時連携加算、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、看取り介護加算を除く各加算を加えた見込みでの計算となります。

各種加算の状況

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)

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	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
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"/>)	
栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
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・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料：翌月分を毎月所定の期日にお支払いただきます。						
敷金	<input type="checkbox"/> 無・有（ 円、家賃相当額の か月分）						
月額利用料	500,600円						
年齢に応じた金額 設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた 金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護 費用	食費	光熱 水費	家賃	その他
	500,600円	124,200円	48,600円	64,800円	—	263,000円	—
算定根拠 ※11	管理費	124,200円（本体価格115,000円、消費税等9,200円） 施設の運営費、事務・管理部門の人件費、事務管理費、光熱水費に対する費用です。					
	介護費用	【「特別サービス費」として】 48,600円／月 （本体価格45,000円、消費税等3,600円） *「特別サービス費」は、要介護者等への人員過配置サービス費に充当する費用です（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（利用者負担分含む）による収入で賄えない額に充当するもので、合理的な積算根拠に基づきます。）。					
	食費	64,800円／月（1日3食30日の場合） （内訳） ・基本料金 月額16,200円 （本体価格15,000円、消費税等1,200円） ・食事代 朝食 432円／食（本体価格400円、消費税等32円） 昼食 497円／食（本体価格460円、消費税等37円） 間食 86円／食（本体価格 80円、消費税等 6円） 夕食 605円／食（本体価格560円、消費税等45円） あらかじめ2日前の12時までに欠食する旨をお届けされた場合は、欠食分を減額し精算いたします。					
	光熱水費	管理費に含みます。					
	家賃 （非課税）	263,000円／月 居室及び共用施設をご利用いただくための費用です。					
	その他	—					

<p>月額利用料に含まれない実費負担等 ※12</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当社が定める協力医療機関、近隣医療機関以外の通院、入院の同行、薬の受け取り代行 2. 当社が定める協力医療機関、近隣医療機関に入院中の面会、洗濯物交換、買い物代行（週2回目以降有料） 3. 当社が定める協力医療機関、近隣医療機関以外に入院中の面会、洗濯物交換、買い物代行 4. 医師の往診、医療費等 5. 年2回の定期健康診断以外の健康診断 6. 週3回を超える入浴 7. 当社が定める地域及び定例実施日以外の買い物代行、同行 8. 個別のご要望による外出同行 9. 官公署等公的届出書類等の届出代行（往復にかかる時間が1時間を超える場合） 10. クリーニング、理美容等、専門業者を利用する場合 11. 来客用エキストラベッド、寝具のレンタル料 12. サークル活動等の参加費、月謝、材料費等 13. 追加飲食、紙おむつ、紙パッド、日用雑貨等
---------------------------------	---

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	2割の場合	3割の場合
要介護1	208,439円	20,844円	41,688円	62,532円
要介護2	231,048円	23,105円	46,210円	69,315円
要介護3	255,060円	25,506円	51,012円	76,518円
要介護4	277,337円	27,734円	55,468円	83,202円
要介護5	300,996円	30,100円	60,200円	90,299円

- 自己負担額は、認知症専門ケア加算、退院・退所時連携加算、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、看取り介護加算を除く各加算を加えた見込みでの計算となります。
- 入居継続支援加算を算定する場合は、サービス提供体制強化加算の算定は適用されません。

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	(無・ <u>有</u>)	
生活機能向上連携加算	(無・ <u>有</u>)	
個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u>)	
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・ <u>有</u>)	
栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u>)	
看取り介護加算	(無・ <u>有</u>)	
認知症専門ケア加算	(無・ <u>有</u>)	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u>)	<u>(I)イ</u>
		(I)ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>
		II
		III
		IV
		V

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

介護予防特定施設入居者生活介護

(1 か月 30 日の例)

区 分	月 額	利用者負担額		
		1 割の場合	2 割の場合	3 割の場合
要支援 1	75,511 円	7,552 円	15,103 円	22,654 円
要支援 2	120,396 円	12,040 円	24,080 円	36,119 円

○自己負担額は、認知症専門ケア加算、退院・退所時連携加算、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、看取り介護加算を除く各加算を加えた見込みでの計算となります。

各種加算の状況

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)

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	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
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"/>)	
栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
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・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> (I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	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、運営懇談会で意見を聴いたうえで改定します。
前払金の返還金の保全措置	<p>保全措置の内容</p> <p>公益社団法人全国有料老人ホーム協会の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を得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となります。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ます。</p> <p>保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担します。</p>
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	<p>有の場合の保険名</p> <p>損害保険ジャパン日本興亜株式会社「有料老人ホーム賠償責任保険制度」に加入。</p> <p>サービスの提供にあたって万が一事故が発生し、ご入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合、ご入居者に重大な過失がある場合等を除き、速やかにご入居者に対して損害の賠償を行います。</p>
消費税の対象外とする利用料等	入居一時金及び家賃
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	<p><input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <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) 全体の方針

運営に関する方針	<p>凡事徹底、サービス品質の向上により、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ご入居者及びご家族に「もみの樹」で良かったといわれたい・・・ 2. 誇りをもてる仕事をしよう 3. 仕事を通じて社会に貢献しようを実現しよう。 						
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手厚い人員体制 人員体制 2 対 1、24 時間看護職員常駐 2. ゆったりとした生活リズムとフロア別介護による安心 3. リハビリ 常勤の機能訓練指導員を配置し、ご入居者お一人お一人に合った個別機能訓練 4. アクティビティへの取り組み フロアごとに内容を検討し、毎日午前と午後を実施 5. 個別支援 個別での外出支援を推奨 6. 通院介助の安心 通院時には職員がご家族の代わりとなり、付き添い。 7. 看取りまでの支援 						
入浴、排せつ又は食事の介護	<table border="0"> <tr> <td>①</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	①	自ら実施	2	委託	3	なし
①	自ら実施	2	委託	3	なし		
食事の提供	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>自ら実施</td> <td>②</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	自ら実施	②	委託	3	なし
1	自ら実施	②	委託	3	なし		
洗濯、掃除等の家事の供与	<table border="0"> <tr> <td>①</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	①	自ら実施	2	委託	3	なし
①	自ら実施	2	委託	3	なし		
健康管理の供与	<table border="0"> <tr> <td>①</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	①	自ら実施	2	委託	3	なし
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	<table border="0"> <tr> <td>①</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	①	自ら実施	2	委託	3	なし
①	自ら実施	2	委託	3	なし		
生活相談サービス	<table border="0"> <tr> <td>①</td> <td>自ら実施</td> <td>2</td> <td>委託</td> <td>3</td> <td>なし</td> </tr> </table>	①	自ら実施	2	委託	3	なし
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	建物営繕業務、フロント業務、買い物代行業務、官公署への届出代行業務等
	食費	1日3食、おやつのご提供 各階リビングダイニングでの配膳、下膳
	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	株式会社日京クリエイト 給食サービス全般（三食、おやつの調理）		
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	<p>苦情処理担当者を定め、苦情処理体制を整備しています。 なお、苦情の申立てを行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。</p> <p>相談窓口 生活相談員、生活サービスグループマネージャー 電話 045(580)7180</p> <p>社内の相談窓口での解決が難しい場合等、次の第三者機関や行政に苦情の申出をすることができます。</p> <p>公益社団法人全国有料老人ホーム協会 電話 03(3548)1077</p> <p>神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話 0570-022110（苦情専用） 横浜市高齢健康福祉部高齢施設課 電話 045(671)4117</p>		
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	直ちに必要な応急処置を実施し、状態に応じて救急車又は業務車両により医療機関へ搬送するとともに、ご家族へご連絡いたします。 また、事故に関する検証を行い、再発防止に努めます。		
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）	サービスの提供にあたって万が一事故が発生し、ご入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合、ご入居者に重大な過失がある場合等を除き、速やかにご入居者に対して損害の賠償を行います。		
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	令和元年6月23日
		実施内容	運営懇談会、利用者様との意見交換等
	無		
備考 受付に常時意見箱を設置している			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日	平成30年3月15日
		実施内容	特定施設外部評価
	無		
備考 株式会社ケアシステムズ			

※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		ご入居いただいている居室及び共用施設で、介護サービスを行います。
入を居住後に替居え室又は合施設	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)	—
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	心身の状態の変化等に伴い、より適切な介護を提供するために必要と判断する場合に、医師の意見を聴き、ご入居者の同意を得、身元引受人とご相談のうえ、居室を変更していただくことがあります(この場合、居室の権利は変更後の居室に引き継がれ、追加費用は必要ありません。)
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	—

6 医療

協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人平和会 平和病院
	診療科目	内科・外科・整形外科・眼科・婦人科・皮膚科・泌尿器科・リハビリテーション科・形成外科・緩和ケア科・脊椎外科・脳神経外科・血液浄化センター
	所在地	横浜市鶴見区東寺尾中台 29 番 1 号
	距離及び所要時間	1.8 km / 自動車約 9 分
	協力内容	①通院治療の受入 ②入院治療の受入 ③緊急時の受入 ※医療費については、ご入居者の負担となります。
	名称	医療法人五星会 菊名記念病院
	診療科目	内科・外科・脳神経外科・心臓血管外科・循環器内科・整形外科・消化器内科・放射線科・泌尿器科・皮膚科・麻酔科・臨床検査科・リハビリテーション科・総合診療科・腎・膠原病内科
	所在地	横浜市港北区菊名四丁目 4 番 2 7 号
	距離及び所要時間	3.7 km / 自動車約 15 分
	協力内容	①通院治療の受入 ②入院治療の受入 ③緊急時の受入 ※医療費については、ご入居者の負担となります。

協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団藤栄会 日航ビル歯科室
	所在地	川崎市川崎区日進町1番地川崎日航ホテルビル6階
	距離及び所要時間	5.1km / 自動車約18分
	協力内容	訪問歯科診療 ※医療費については、ご入居者の負担となります。
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>病気やけがの治療は病院等で受けていただくことになり、医療費はご入居者の負担となります。</p> <p>協力医療機関、近隣医療機関へは、入通院時の同行・送迎車輛の運行、入院中の面会・洗濯物交換・買物代行業を週1回行います（詳細は「介護サービス等の一覧表」によります。）。</p> <p>入院が長期にわたった場合でも、契約は存続いたしますので、退院後は入院前の専用居室へお戻りいただけます。入院時であっても、家賃・管理費・特別サービス費・厨房管理費についてはご負担いただきます。</p> <p>※入院等による不在期間が連続して7日を超えた場合に限り、8日目以降の不在日数に応じて、管理費及び特別サービス費につき管理規程に規定する金額を日割り計算で減額し、翌月の月額利用料お支払い時に精算いたします。</p>	

7 入居状況等

(2019年7月1日現在)

入居者数及び定員	57人（定員 64人）			
入居者の状況	男 性	10人	女 性 47人	
	自 立	一人		
	要介護	49人	(内訳)	要介護1 7人
				要介護2 10人
				要介護3 11人
			要介護4 12人	
			要介護5 9人	
要支援	8人	(内訳)	要支援1 2人	
			要支援2 6人	
平均年齢	88.7歳（男性 85.7歳、女性 89.3歳）			
運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等）	開催回数	原則として定例で年2回開催します。また、必要に応じて臨時で開催することがあります。		
	主な議題	<ul style="list-style-type: none"> ・運営計画および運営状況について ・管理規程等の改定について ・ご入居者及び身元引受人のご要望、ご意見 		

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

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2019年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (19時30分～翌7時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)		
		人数	うち自立対応				
従業者の内訳	管理者	1 (-)	/	-			
	生活相談員	1 (-)		-			
	直接処遇職員	44 (14)		39.57	-		
	介護職員	※35 (11)		32.27	-	4 (4)	非常勤職員1名は、 計画作成担当者を 兼務
	看護職員	9 (3)		7.30	-	1 (1)	
	機能訓練指導員	2 (1)				-	
	理学療法士	0 (-)				-	
	作業療法士	1 (-)				-	
	その他	1 (1)				-	非常勤:言語聴覚士
	計画作成担当者	※2 (1)				-	介護支援専門員資 格者 非常勤職員1名は、 介護職員を兼務
	医師	()				-	
	栄養士	1 (-)				-	外部委託
	調理員	12 (12)				-	外部委託
	事務職員	7 (4)				-	ケアサポート職員 を含む
	その他職員	8 (7)				-	清掃委託
合計	78 (39)			5 (5)			

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	兼務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
				<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		2	4	7	1			1			
前年度1年間の退職者数		3	2	5	2			1			
業務に応じた職員の人 数に 経験年	1年未満	2	3	6	3			1			1
	1年以上 3年未満			10	1	1			1	1	
	3年以上 5年未満			3	4						
	5年以上 10年未満	1		3	3						
	10年以上	3		2							
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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	2.91	3.91	7.33
要介護者の人数	59.5	59.08	50.33
指定基準上の直接処遇職員の人 数 ※16	20.8	20.9	17.6
配置している直接処遇職員の人 数 ※17	42.8	39.28	36.25
要支援者・要介護者の合計数人 に対する配置直接処遇職員の人 数の割合	1.4 : 1	1.6 : 1	1.5 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間36.265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 ~ 15:45 日勤 8:30 ~ 17:15 遅番 10:00 ~ 18:45 夜勤 17:00 ~ 翌10:30		

	看護職員 早番	—	～	—
	日勤	8:45	～	17:30
	遅番	—	～	—
	夜勤	16:30	～	翌10:00

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	0人 (0人)	介護職員実務者研修修了者	0人 (0人)
介護福祉士	31人 (8人)	介護職員初任者研修修了者	4人 (3人)
介護支援専門員	0人 (1人)	資格なし	0人 (0人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご入居時に原則として満65歳以上で、要介護認定で要支援1、要支援2、要介護1から5の方 ・ 身元引受人をたてられる方 ・ 入居一時金および入居後の月額利用料等をお支払いいただける方 ・ 介護保険、健康保険に加入されている方 ・ 管理規程等をご了承いただき、円滑に共同生活が営める方
身元引受人等の条件及び義務等	<p>身元引受人をお一人定めていただきます。</p> <p>身元引受人は契約上の債務について入居者と連帯して責任を負っていただくとともに、必要なときは事業者と協議し、また、ご入居者の身柄の引き取り等をしていただきます。</p>
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了します。</p> <p>一 入居者が死亡したとき</p> <p>二 事業者が入居契約書第30条、月払契約第29条 (事業者からの契約解除) に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>三 入居者が入居契約書第31条、月払契約第30条 (入居者からの解約) に基づき解約を行ったとき</p> <p>【事業者からの契約解除】</p> <p>事業者は、入居者が次の事項のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込時に提出する書類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</p>

		<p>二 本契約に基づく月額利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく怠ったとき</p> <p>三 入居契約書第22条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、または自傷行為がみられ、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の契約の解除にあたっては、事業者は次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者および入居契約書第37条（身元引受人）に定める身元引受人に弁明の機会を設ける</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入居契約書第37条に定める身元引受人、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 第1項第4号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</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>【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日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前二項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>一 第47条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</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、返還金発生事由日の翌日から起算して60日以内に返還することとします。</p>		
退去者の状況	前年度における	退去先別の人数	自宅等	1人
			社会福祉施設	1人
			医療機関	0人
			死亡者	15人
			その他	0人

	生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例)
		入居者側の申し出	2人 (解約事由の例) 自宅へお戻り他
体験入居の期間及び費用負担等		原則として、入居申込みから契約締結日までの間に、3泊4日から7泊8日までの期間で体験入居をしていただきます。 1泊2日 10,800円 (本体価格10,000円、消費税等800円) *体験入居中は介護保険の適用はありません。	

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

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 7時～19時	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	随時実施	-	-	随時実施	-
・夜間 19時～7時	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	原則として2時間に1回	-	-	原則として2時間に1回	-
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	必要に応じて介助	-	必要に応じて介助	-
③排泄									
・排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	-	お体の状況に応じて介助	お体の状況に応じて介助	-
・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	-	お体の状況に応じて介助	お体の状況に応じて介助	-
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	実費			実費
④入浴等									
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	必要に応じて実施	必要に応じて実施	-	必要に応じて実施	必要に応じて実施
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	原則週3回	原則週3回	週3回を超える場合 1,620円/1回	原則週3回	原則週3回
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	必要に応じて実施	必要に応じて実施	-	必要に応じて実施	必要に応じて実施
⑤身辺介助									
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	-	-	必要に応じて実施	必要に応じて実施
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	必要に応じて実施	-	-	必要に応じて実施	-
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	必要に応じて実施	-	-	必要に応じて実施	-
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	必要に応じて実施	-	-	必要に応じて実施	-
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	作業療法士等の指導のもと実施	-	-	作業療法士等の指導のもと実施	-
⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	必要に応じて実施	-	-	必要に応じて実施	-
⑧緊急時対応									
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	直ちに対応	直ちに対応	-	直ちに対応	直ちに対応
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	週3回	週3回	-	週3回	週3回
・洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	寝衣・下着・普段着等随時	寝衣・下着・普段着等随時	-	寝衣・下着・普段着等随時	寝衣・下着・普段着等随時
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	-	-	-	-
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	月1回程度	専門業者利用料金	月1回程度	専門業者利用料金
④代行									
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	週1回	週1回	サービス対象地域 および定例実施日 以外の場合 540円 /30分	週1回	週1回
・役所手続	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	公的書類作成のお手伝い、官公署 等への届け出代行、郵便物投函等	届出等の費用、交通費は実費	-	公的書類作成のお手伝い、官公署 等への届け出代行、郵便物投函等	届出等の費用、交通費は実費
3. 健康管理サービス									
・健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	年2回	左記に追加してご希望の場合	-	年2回	左記に追加してご希望の場合
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	契約医師による健康相談	週2回	-	契約医師による健康相談	週2回
・生活指導	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	契約医師による健康指導	週2回	-	契約医師による健康指導	週2回
・医師の往診	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	月2回程度	医療保険適用	月2回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	-	保険診療以外の費用 はご入居者負担	-	保険診療以外の費用 はご入居者負担
・移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	-	必要時対応	540円/30分	必要時対応	540円/30分
5. その他サービス									
レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> ・無	-	-	-	体操、ゲーム、カラオケ、 工作等	-	-	体操、ゲーム、カラオケ、 工作等	-

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。
 注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

横浜市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
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) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所)	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
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)

--