

重要事項説明書

作成日 2021年 7月 21日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社らいふ
代表者名	熊谷 敬
所在地	東京都品川区東品川2-2-24
電話番号／FAX番号	03-5769-7268 / 03-5769-7269
ホームページアドレス	http://www.life-silver.com
設立年月日	1995年11月9日
直近の事業収支決算額※	(収益)11,490百万円 (費用)10,664百万円 (損益)826百万円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険指定事業 (訪問介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護、通所介護)、環境衛生検査分析事業

※ 原則として、収益は売上高＋営業外収益、費用は売上原価＋販売費および及び一般管理＋営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	ホームステーションらいふ愛甲石田	
所在地	神奈川県厚木市愛甲3-6-7	
施設の類型及び表示事項	類型	<input type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型 ・ 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1472901360、指定年月日 2011年6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・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防 ・ 介護予防 (外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦居室設) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	2011年 6月 1日	
管理者氏名	佐藤 祥太	
電話番号／FAX番号	046-270-7810 / 046-270-7811	

メールアドレス	-					
交通の便	小田急 小田原線 愛甲石田駅より 徒歩12分					
ホームページアドレス	http://www.life-silver.com					
敷地概要	権利形態	所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地				
	(借地の場合の契約形態)	<input type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約				
	(借地の場合の契約期間)	2011年6月1日～2041年5月31日				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有				
	敷地面積	977.75㎡				
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有					
建物概要	権利形態	所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家				
	(借家の場合の契約形態)	<input type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	2011年6月1日～2041年5月31日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有				
	建物の構造	RC造 地下-階 地上4階建 (<input type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	2,052.75㎡ (うち有料老人ホーム ㎡)				
	建築年月日	年 月 日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
建築確認時の主要用途	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()					
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有					
居室概要	居室総数 54 室 定員 54 人(一時介護室を除く)					
	<input type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	54	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	18.02㎡	54
	Bタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
	Cタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
	Dタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 141.90㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 19.26㎡)			
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ ㎡)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 13.50㎡)			
	便所		無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1～4階 ・ ㎡)			

	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1~4階 ・ m ²)
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階 ・ 14.73 m ²)
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2~4階 ・ 39.96 m ²)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階 ・ 14.73 m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階 ・ m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1~4階 ・ 4.93~7.39 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1~4階 ・ m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2~4階 ・ m ²)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> ・ 有 ()
	健康・生きがい施設	無 ・ 有 () 階
	緊急通報設備	無 ・ 有
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(1.8 m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)
危険区域の指定状況	1 無	
	2 有	指定されている危険区域
		1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要		

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金	<input type="checkbox"/> ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)					
料金プラン	(内訳)					
	月額利用料	管理費	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費
	199,000 円	33,000 円	67,000 円		66,000 円	33,000 円

月額 利用 料の 算定 根拠	管理費	事務、管理、生活サービス等に係る人件費、共用施設等の維持、管理備品、消耗品費。
	家賃相当額	建物賃貸借支払家賃より算定
	介護費用	介護保険負担割合証に記載の割合に応じた自己負担額
	食費	内訳：業務委託費、食材費、厨房部分の水光熱費、厨房機器リース費用 日額 2,200 円（内訳 朝食：708 円、昼食：708 円、夕食：708 円、おやつ：75 円）×30 日
	光熱水費	当社実績値より算出 水道・電気・給湯・冷暖房等の使用料、居室にかかわる料金も含む。
月額利用料に含まれない実費負担等	<p>○別紙「介護サービスの一覧表」に記載 おむつ代、介護用品費(個別にご希望の方のみ)、特別食（通常食との差額）、行事費(材料費等)、嗜好品購入費、理・美容費、医師の往診、医療費、健康診断は実費。 通院・入退院介助（提携医以外）1,650円/30分(税込)。 定期以外の個人的な希望による施設外への買い物代行、外出介助1,650円/30分(税込)。</p> <p>○別紙「料金表」に記載 退去時の居室清掃料 49,500円(税込)（原則、滞在期間1カ月以上入居の場合に、通常損耗か否かに関わらず発生します。） 室内清掃、滅菌消毒、壁拭き上げ、換気扇のクリーニング、窓ガラス洗浄、エアコンの内部洗浄（室外機含む）、空間消臭除菌作業一式。 なお、クロスの補修・張替えについては、通常の使用により生ずる損耗を除き別途実費をご請求させていただきます。</p>	

(2) 月額利用料の取扱い

費用の支払い方式	月額利用料その他は、毎月請求書による支払。 請求時期：月末締め翌月18日請求書発送 支払方法：①郵便局引落：毎月翌月20日 ②銀行引落：毎月翌月27日
----------	---

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	<p>1. 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが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> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば遅延するとき 三 入居契約書第19条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。 四 入居者の行動が、他の入居者及び当施設職員の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。 五 入居者の健康状態が悪化し施設での生活を継続することは困難であり、医師(主治医等)が医療機関等での治療・療養が必要と判断したとき。また、この指示を拒否したとき。 <p>2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p>
----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について3月の予告期間をおく 二 前号の規定に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除予告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する <p>3. 1. 四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> <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく
入居者からの契約解除	<p>1. 入居者は、事業者に対して別途定める解約届を退去日の7日前までに提出することにより本契約を解除することができます。</p> <p>2. 入居者が、前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合は、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7日目をもって本契約は解約されたものとみなします。</p>
返還金について	既に払い込まれている月額利用料は、日割りの利用料を差し引き変換します。

(4) その他共通事項

利用料の改定	<p>1、月額施設利用料については、当ホームの所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費、公共料金などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会意見を聞いて、改定する場合があります。</p> <p>2、介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。</p>		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>		
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額とおむつ代。なお、それ以外の費用は消費税を含んだ金額です。		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 <input checked="" type="checkbox"/>	期間	最大6泊7日まで可能
		費用	1泊2日 5,500円（税込）宿泊費・介護サービス料・食費込み ※介護保険は適用外になります。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	地域に開かれた施設として、地域住民やボランティアの積極受け入れを実施する。身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止委員による取り組みを継続的に実施する。「真の」プロフェッショナルな介護職員を育成し、各自がプライドを持った介護サービスを提供する。
----------	---

サービスの提供内容の特色	入居者一人一人の心身状態に合わせた介護サービス計画の作成及び実施を徹底し、ADLの向上を図る。入居者様が自然体で快適に暮らして頂けるよう新生活サービスを充実させ実施する。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	事務、管理に係る人件費、共用施設の維持、管理、備品、消耗品費	
	食費	朝・昼・夕食・おやつ、配膳	
	その他	生活サービス、居室の掃除、洗濯 (自立の方は「生活サポート費」で対応) *生活サポート費に含まれるもの 昼夜間巡回、安否確認、介護相談、レクリエーション費(人件費)、身だしなみ管理、タオル等入浴準備、緊急時・ナースコール対応(24時間)、服薬管理、ゴミ出し、食事の配下膳、定期的買い物代行、日常使用する金銭の管理、生活相談・助言、タオル・リネン・寝具類のレンタル料、シーツ交換、体調不良時の生活サポート、健康相談、体温・血圧等のバイタルチェック、体調不良時の健康サポートなど。	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先 (株) LEOC)	
		委託内容 (施設での食事提供全般)	
安否確認の方法・頻度等	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ナースコール、設置箇所：共用の浴室、トイレ、洗面台、居室 安否確認の方法・頻度等：1時間ごとにヘルパーが巡回(夜間はヘルパーが2時間ごとに巡回)		
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"/>	三井住友海上火災保険株式会社	

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 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	居室(専用住戸)等 ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<ol style="list-style-type: none"> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 別の居室へ住み替える場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 提携ホームへ住み替える場合

<p>判断基準・手続、追加費用の要否、居室 利用権の取扱い等</p>	<p>【別の居室へ住み替える場合】 適切な介護サービス提供のため、入居者の身体状況により居室を変更する場合があります。なお、利用権の対象居室は当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。</p> <p>①緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設けます。 ②事業所の指定する医師の意見を聴きます。 ③入居者の意思を確認し、同意を得ます。 ④入居者のみの引受人等の意見を聴き、同意を得ます。 ⑤変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行います。 ⑥介護場所変更に伴う費用は、前居室の利用者の故意・過失による破損等があった場合のみ、修繕・クリーニング料金を実費にて負担していただきます。 その他、追加料金は発生しません。</p> <p>【提携ホームへ住み替える場合】 ご入居様のご希望により、らいふの他施設及び他の介護保険施設・有料老人ホームや高齢者向け住宅へ住み替えることができます。必要な情報提供等住み替えのご相談に応じます。料金は住み替え先の施設又は住宅の利用料・賃料等によります。</p>
--	--

(3) 医療の提供状況等

<p>協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容</p>	<p>名 称</p>	<p>医療法人社団栄友会 湘南ゆずクリニック</p>
	<p>診療科目</p>	<p>内科</p>
	<p>所在地</p>	<p>神奈川県藤沢市大庭 5220 番地の 27</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>20km、車で 40 分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>訪問診療、健康管理、入院支援、緊急対応(24 時間体制)</p>
<p>協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容</p>	<p>名 称</p>	<p>医療法人社団桜樹会</p>
	<p>所在地</p>	<p>神奈川県秦野市南矢名 1-4-1 フェリーチェ K ビル 1 階 C 号室</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>12 k m、車で 25 分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>訪問歯科</p>
<p>入居者が医療を要する場合の対応※</p>	<p>(協力の内容) 訪問診療、健康管理、入院支援、緊急対応(24時間体制) ※入居者が医療を要する場合の対応 協力医療機関又は入居者が選択する医療機関にて治療を受けます。 通院一・通院同行は1,650円(税込)／30分(協力医療機関以外) ・治療に関わる費用は入居者の負担となります。 入院一・入院の移送、同行は1,650円(税込)／30分(協力医療機関以外) ・入院に関わる費用は入居者の負担となります。 ※入院期間中、居室をそのままの状態維持しておく場合：</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ・入院による不在時の利用料（居室損料） ・1日当たり 3,334円 家賃相当額(67,000円)＋管理費(33,000円)÷30日 ・精算方法 入院日までの日割り料金を前払いにて支払っている月額利用料から差し引き、残金を返金します。 但し、退院時の病状、ADL状態によってはお戻りになれない場合がありますのでご承知置きください。
--	--

※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。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年7月1日現在)

	職員数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)	
	常勤	非常勤			
従業者の内訳	管理者	1		生活相談員兼務	
	生活相談員	2		管理者・生活相談員兼務	
	介護職員	4	17	2	
	看護職員	2	1		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他		1		
	計画作成担当者	1			生活相談員兼務
	栄養士				
	調理員				
	事務職員				
	その他職員				
合計	8	19			

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		無 ・ 有								
	資格等	1	無								
		2	有								
	資格等の名称										
	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			1							
前年度1年間の退職者数	1			6							
経験年数	1年未満										

	1年以上 3年未満				4						
	3年以上 5年未満				6						
	5年以上 10年未満		1	2	5				1		
	10年以上	2		2	2	2				1	
従業者の健康診断の実施状況					1	あり	2	なし			

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人	介護職員実務者研修修了者	人
介護福祉士	2人	介護職員初任者研修修了者	14人
介護支援専門員	人	資格なし	人

6 入居状況等

(年 月 日現在)

入居者数及び定員	人 (定員 人)			
入居者の状況	男性	人、女性	人	
	自立	人		
	要支援	人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 人
	要介護	人	(内訳)	要介護1 人 要介護2 人 要介護3 人 要介護4 人 要介護5 人
平均年齢	歳 (男性 歳、女性 歳)			

7 退去状況等

前年度における退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	人	
		社会福祉施設	人	
		医療機関	人	
		死亡者	人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無
------------	-----

	2 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり (書面の送付)	
		2 代替措置なし	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録			無 ・ 有
苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	<p>施設及び本社</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設担当者・・・施設長 TEL 046-270-7810 ・ 本社施設事業部 TEL 03-5769-7268 <p>施設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> <ul style="list-style-type: none"> ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL 0570-022110 (苦情専用) ・ 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL 045-210-1111 (代) ・ 厚木市市民健康部 介護保険課 TEL 046-225-2240 (介護保険課代表) ・ その他、各人の介護保険者証にある保険者 		
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>事故の発生時は施設内マニュアルに沿って速やかに応急措置、協力医療機関へ連絡し、指示を仰ぐ。若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。</p> <p>また、事故についての記録・検証を行い、今後の防止策を講じます。</p>		
生活保護受給者の受入れ対応			<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可
身元引受人の条件及び義務等	<p>1 ご入居の際は、身元引受人を定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由が認められる場合は、この限りではありません。</p> <p>身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。</p> <p>また、必要な時は入居者の身柄を引き取ります。</p> <p>2 事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡、協議等に努めるものとします。</p> <p>3 事業者は、入居者の生活及び健康状況及びサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。</p> <p>4 身元引受人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受け等を行うものとします。</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生活保証制度への加入状況	協会への加入		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
	入居者基金への加入		<input type="checkbox"/> ・ 有
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 <input type="checkbox"/>		
	2 有	実施日	
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 <input type="checkbox"/>		

	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」(介護付の場合のみ)

別添4「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

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 署名又は記名・押印

介護サービス等の一覧表
 (ホームステーションらいふ愛甲石田) 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の指定(○有・無)

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	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									
・日中 9時～17時	有			1時間毎に巡回	—		1時間毎に巡回	—	
・夜間 17時～9時	有			2時間毎に巡回	—		2時間毎に巡回	—	
②食事介助	有			計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—		計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—	
③排泄									
・排泄介助	有			計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—		計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—	
・おむつ交換	有			計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—		計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—	
・おむつ代	有			—	—	実費	—	—	実費
④入浴等									
・清拭	有			必要に応じ随時	—		必要に応じ随時	—	
・一般浴介助	有			原則週2回1階浴室にて入浴時見守りまたは介助	原則週3回以降は1回につき4,400円(ただし介護上必要とみなした場合は無料)		原則週2回1階浴室にて入浴時見守りまたは介助	原則週3回以降は1回につき4,400円(ただし介護上必要とみなした場合は無料)	
・特浴介助	有			身体的状況により週2回特浴介助			身体的状況により週2回特浴介助		
⑤身辺介助									
・体位交換	有			—	—		2時間おき及び随時のオムツ交換時 車椅子での移動介助	—	
・居室からの移動	有			杖 歩行器で介助	—			—	
・衣類の着脱	有			毎朝・夜および入浴時他、適宜	—		毎朝・夜および入浴時他、適宜	—	
・身だしなみ介助	有			毎朝・夜および入浴時他、適宜	—		毎朝・夜および入浴時他、適宜	—	
⑥機能訓練	有			計画に基づき随時	—		計画に基づき随時	—	
⑦通院の介助	有			提携医療機関への通院付添い無料	提携医以外1,650円/30分		提携医療機関への通院付添い無料	提携医以外1,650円/30分	
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有			24時間対応	—		24時間対応	—	
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有			原則：週1回、介護上必要な場合は必要回数	個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介		原則：週1回、介護上必要な場合は必要回数	個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介	
・洗濯	有			原則：週2回、介護上必要な場合は必要回数	個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介		原則：週2回、介護上必要な場合は必要回数	個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介	
・リネン交換	有			原則週1回			原則週1回		
②居室配膳・下膳	有			身体的状況により随時	—		身体的状況により随時	—	
③理美容	有			—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応	実費
④代行等									
・買物	有			週1回	—		週1回	—	
・個人的な希望による買物等	有			希望時	—	1,650円/30分	希望時	—	1,650円/30分
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有			年2回の機会提供		実費	年2回の機会提供		実費
・健康相談	有			都度			都度		
・生活指導	有			月1回、必要に応じ随時			月1回、必要に応じ随時		
・医師の往診	有			—		医療保険適用(実費)	—		医療保険適用(実費)
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	無			—		医療保険適用(実費)	—		医療保険適用(実費)
・移送サービス	有			提携医療機関への通院付添い無料	提携医以外1,650円/30分		提携医療機関への通院付添い無料	提携医以外1,650円/30分	
5. その他サービス									
・レクリエーション	有			—	週2回または随時	材料費等は実費	—	週2回または随時	材料費等は実費
・特別食	有			—	行事ごとのお祝い会で提供	通常食との差額	—	行事ごとのお祝い会で提供	通常食との差額

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。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	無			
16	緊急通報装置	有	選択してください	(未設置箇所) <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input checked="" type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 2 <input checked="" type="checkbox"/> 混合型 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 5 <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防 6 介護予防（外部サービス利用型）																																								
介護保険に係る利用料（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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 35%;">月 額</th> <th style="width: 50%;">利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td style="text-align: right;">189,445 円</td> <td style="text-align: right;">18,945 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="text-align: right;">212,286 円</td> <td style="text-align: right;">21,229 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="text-align: right;">236,496 円</td> <td style="text-align: right;">23,650 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="text-align: right;">258,630 円</td> <td style="text-align: right;">25,863 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="text-align: right;">282,503 円</td> <td style="text-align: right;">28,251 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護1	189,445 円	18,945 円	要介護2	212,286 円	21,229 円	要介護3	236,496 円	23,650 円	要介護4	258,630 円	25,863 円	要介護5	282,503 円	28,251 円																						
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																																						
	要介護1	189,445 円	18,945 円																																						
	要介護2	212,286 円	21,229 円																																						
	要介護3	236,496 円	23,650 円																																						
	要介護4	258,630 円	25,863 円																																						
	要介護5	282,503 円	28,251 円																																						
	各種加算の状況																																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 40%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I) イ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I) ロ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	退院・退所時連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	夜間看護体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	栄養スクリーニング加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	サービス提供体制強化加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I) イ	(I) ロ	(II)	介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/>	II	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	I		<input checked="" type="checkbox"/>
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																							
	退院・退所時連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																							
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																							
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																							
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																							
夜間看護体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																								
医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
口腔衛生管理体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
栄養スクリーニング加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
看取り介護加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																								
サービス提供体制強化加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
	(I) イ																																								
	(I) ロ																																								
	(II)																																								
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/>																																								
	II																																								
	III																																								
	IV																																								
	V																																								
介護職員等特定処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
	I																																								
	<input checked="" type="checkbox"/>																																								

介護保険に係る利用料(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
	要支援1	66,307円
	要支援2	110,922円
	利用者負担額(1割の場合)	
	要支援1	6,631円
	要支援2	11,093円
	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>)
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
医療機関連携加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	
栄養スクリーニング加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	(I)イ
		(I)ロ
		(II)
		<input type="checkbox"/> (III)
介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	I
		<input type="checkbox"/> II
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)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は別添短期利用のサービス等の概要 参照

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	7.8	7.2	7.1
要介護者の人数	44.2	46.1	45.2
指定基準上の直接処遇職員の人数	18	18	18
配置している直接処遇職員の人数	18	18	18
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	3:1	3:1	3:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	7:30 ~ 16:30	
	日勤	8:30 ~ 17:30	
	遅番	10:30 ~ 19:30	
	夜勤	16:30 ~ 10:30	
	看護職員 日勤	8:30 ~ 17:30	