

1 事業主体概要

| | |
|-------------|--|
| 事業主体名 | 株式会社リビングケア |
| 代表者名 | 代表取締役 栗原尚人 |
| 所在地 | 神奈川県厚木市田村町5-35 |
| 電話番号／FAX番号 | 046-204-9827／046-204-9843 |
| ホームページアドレス | http://www.livingcare.jp |
| 設立年月日 | 2010年5月19日 |
| 直近の事業収支決算額※ | (収益)1,171,299,350円 (費用)1,237,021,062円 (損益)△65,721,712円 |
| 会計監査人との契約 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 () |
| 他の主な事業 | 通所介護 |

※ 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 | リビングケア唯の家 下依知 | |
| 所在地 | 厚木市下依知2-22-17 | |
| 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） <input checked="" type="checkbox"/> 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 (その他の条件) | 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 | 1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) <input checked="" 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(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり |
| | 提携ホームの利用等 | 無 ・ 有 (対象なし) |
| 開設年月日 | 平成28年4月1日 | |
| 管理者氏名 | 荒木 大輔 | |
| 電話番号／FAX番号 | 046-281-7693/046-281-7694 | |
| メールアドレス | unei@livingcare.jp | |
| 交通の便 | JR相模原、小田急小田原線、相模鉄道本線 海老名駅 よりバス 追分バス停より徒歩8分 | |
| ホームページアドレス | http://www.livingcare.jp | |
| 敷地概要 | 権利形態 | 所有 ・ 借地 |
| | (借地の場合の契約形態) | 通常借地契約・定期借地契約 |
| | (借地の場合の契約期間) | 年 月 日～年 月 日 |
| | (通常借地契約における自動更新条項の有無) | 無・有 |
| | 敷地面積 | 1,065㎡ |
| | 抵当権の設定 | 無 ・ 有 |

| | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|--|-------------|----|
| 建物概要 | 権利形態 | 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 | | | | |
| | (借家の場合の契約形態) | <input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ <input type="checkbox"/> 定期借家契約 | | | | |
| | (借家の場合の契約期間) | 平成28年4月1日～48年3月31日 | | | | |
| | (通常借家契約における自動更新条項の有無) | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 建物の構造 | 木造 地上 2階建(耐火・準耐火・ <input checked="" type="checkbox"/> その他) | | | | |
| | 延床面積 | 314.60㎡ (うち有料老人ホーム314.60㎡) | | | | |
| | 建築年月日 | 平成28年1月1日建築 | | | | |
| | 改築年月日 | 年 月 日改築 | | | | |
| 建築確認時の主要用途 | <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他() | | | | | |
| 抵当権の設定 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| 居室概要 | 居室総数 15室 定員 15人(一時介護室を除く) | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり | | | | | |
| (内訳) | | 定員 | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 |
| | Aタイプ | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | 7.45㎡～8.28㎡ | 15 |
| | Bタイプ | | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | ㎡ | |
| | Cタイプ | | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | ㎡ | |
| | Dタイプ | | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | ㎡ | |
| 共用設備概要 | 食堂 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 49.69㎡) | | | | |
| | 浴室 | 一般浴槽 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 4.97㎡) | | | |
| | | リフト浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (階・ ㎡) | | | |
| | | ストレッチャー浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (階・ ㎡) | | | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・7.66㎡ 2階・6.12㎡) | | | | |
| | 洗面設備 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 5.21㎡) | | | | |
| | 医務室(健康管理室) | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (階・ ㎡) | | | | |
| | 談話室 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (階・ ㎡) | | | | |
| | 面談室 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 3.78㎡) | | | | |
| | 事務室 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 6.21㎡) | | | | |
| | 洗濯室 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 5.21㎡) | | | | |
| | 汚物処理室 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 5.21㎡) | | | | |
| | 看護・介護職員室 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (階・ ㎡) | | | | |
| | 機能訓練室 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂・デイサービス) | | | | |
| | 健康・生きがい施設 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (階) | | | | |
| | 緊急通報設備 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | エレベーター | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 0基) | | | | |
| | 居室のある区域の廊下幅 | (1.20m～1.92m) | | | | |
| 消防設備概要 | 消火器 (無 ・ 有) | 自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) | | | | |
| | 火災通報設備 (無 ・ 有) | スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) | | | | |
| | 防火管理者 (無 ・ 有) | 防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) | | | | |
| 危険区域の指定状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 通所介護事業所 (弊社運営、事業所番号1492900228) | | | | | |

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 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (120,000 円、家賃相当額の3か月分) | | | | | | |
| プラン名 | (内訳) | | | | | | |
| | 月額利用料 | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | その他 |
| A タイプ | 140,589 円 | 40,000 | | | 36,000 | 1,019 | 63,570 |
| B タイプ | | | | | | | |
| C タイプ | | | | | | | |
| D タイプ | | | | | | | |
| 月額利用料の算定根拠 | 家賃 | 月額 40,000 円 近傍同種の受託家賃から算定 | | | | | |
| | 管理費 | | | | | | |
| | 介護費用 | | | | | | |
| | 食費 | 月額 36,000 円(1 ヶ月 30 日の場合) 用途 : 食材費 朝食 200 円/回, 昼食 600 円/回, 夕食 400 円/回 ・ 前日までに欠食の申出があった場合には、請求致しません。また、ムース食は別途料金となります。 | | | | | |
| | 光熱水費 | 月額 1,019 円 用途 : 居室内電気代 | | | | | |
| | その他 | 生活支援費 2,199 円/日 用途 : 人件費 洗濯代 153 円/回 | | | | | |
| 前払金 | | 円 | | | | | |
| 算定根拠 | | | | | | | |
| 償却開始日 | | | | | | | |
| 返還対象としない額 | | | | | | | |
| 契約終了時の返還金の算定方法 | | | | | | | |
| 短期解約の返還金の算定方式 | | | | | | | |
| 返還期限 | | | | | | | |
| 保全措置 | | 無 ・ 有 | | 保全措置の内容 () | | | |
| | | | | 無の場合の理由 () | | | |
| その他留意事項 | | | | | | | |

(2) 月額利用料の取扱い

| | |
|---------|-----------------|
| 支払日 | 毎月 20 日 |
| 支払方法 | 金融機関口座より自動引き落とし |
| その他留意事項 | |

(3) 契約解約手続き

| | | |
|----------------|-------------|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 条件 | <p>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</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞するとき</p> <p>三 入居契約第20条（禁止又は制限される行為）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、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 本条第1項第四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>3 事業者は、ご入居者又は身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めにかかわらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 入居契約第38条（反社会的勢力の排除）の各号の表明保証に反する事実が判明し、又は確約に違反したとき</p> <p>二 入居契約第20条（禁止又は制限される行為）第1項第6号から第8号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> |
| | 手続き | <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、入居者及び身元引受人等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> |
| | 解約予告期間（90日） | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |

(4) その他共通事項

| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------|---------------------------------------|
| 利用料の改定 | 条件 | 神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案 | |
| | 手続き方法 | 運営懇談会の意見を聴き同意を得たうえで改定 | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額（生活支援費） | | |
| | 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | | |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 運営懇談会の意見を聴き同意を得たうえで改定 | | |
| 体験入居の取扱い | 1 無 | | |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 期間 | 1泊から1週間程度を目途に期間は要相談 |
| | | 費用 | 宿泊3,319円/日、食費1,200円/日（朝200、昼600、夕400） |

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

| | | | |
|----------------------------------|--|----------------|--|
| 運営に関する方針 | 入居者様の期待にこたえ続け、満足を実現することを使命とします。また、信頼関係を大切にし、情報を開示し、健全で安定した施設運営を行います。 | | |
| サービスの提供内容の特色 | 1. 安心の低価格 2. 365日24時間ケア 3. 多職種連携による個別ケア | | |
| 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"/> 有 | 健康管理の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 食事の提供 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 安否確認又は状況把握サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 洗濯、掃除等の家事の許与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 生活相談サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費 | 施設の維持管理 | |
| | 食費 | 食材費 調理・配膳費 | |
| | その他 | 夜間巡視 清掃 | |
| 業務の委託状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | 委託先 () | |
| | | 委託内容 () | |
| 安否確認の方法・頻度等 | 夜間帯2時間に1回程度巡視 | | |
| 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 | 保険名 (賠償責任保険) | |

※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 | 各居室 |
| 入居後に居室又は施設を住み替える場合 | 1 一時介護室へ移る場合 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合 |
| 判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等 | 一定の要介護状態になった入居者が、現在の居室から他の居室に住み替える場合、又は入居者の心身の状況に著しい変化があったときに、別の居室に変更する場合は、次の一連の手続きを経ること。 一 主治医等の意見を聴くこと。 二 入居者本人及び身元引受人等の同意を得ること。 三 一定の観察期間を設けること。 |

(3) 医療の提供状況等

| | | |
|--------------------------|---|--------------|
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名 称 | 海老名けやきクリニック |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 所在地 | 海老名市中央 2-8-8 |
| | 距離及び所要時間 | 5.9 k m 18 分 |
| | 協力内容 | 訪問診療、緊急時対応 |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| | 距離及び所要時間 | |
| | 協力内容 | |
| 入居者が医療を要する場合の対応※ | <p>入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。 | |

※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 | | 夜間勤務員数 （18時～翌9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 | | | | |
| | 介護職員 | 4 | 6 | 1 | |
| | 看護職員 | | | | |
| | 機能訓練指導員 | | | | |
| | 理学療法士 | | | | |
| | 作業療法士 | | | | |
| | その他 | | | | |
| | 計画作成担当者 | | | | |
| | 栄養士 | | | | |
| | 調理員 | | | | |
| | 事務職員 | | | | |
| | その他職員 | | | | |
| 合 計 | 5 | 6 | 1 | | |

(2) 職員の状況

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|--------|---------------------------------------|--|-------|-----|---|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | |
| | 資格等 | | 1 無 | | | | | | | |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | 社会福祉主事任用 | | | | | | |
| | 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 | 2 | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 3 | 3 | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | 2 | 1 | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 0 | 1 | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 2 | 4 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 1 | 0 | | | | | |
| | 10年以上 | | | 0 | 0 | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 0人 | 介護職員実務者研修修了者 | 1人 |
| 介護福祉士 | 5人 | 介護職員初任者研修修了者 | 1人 |
| 介護支援専門員 | 0人 | 資格なし | 4人 |

6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

| | | | | | |
|----------|---------------------|-------|------|----|--|
| 入居者数及び定員 | 15人 (定員 15人) | | | | |
| 入居者の状況 | 男性 | 6人、女性 | 8人 | | |
| | 自立 | 0人 | | | |
| | 要介護 | 15人 | (内訳) | | |
| | | | 要介護1 | 3人 | |
| | | | 要介護2 | 4人 | |
| 要介護3 | | | 4人 | | |
| 要介護4 | | | 2人 | | |
| 要介護5 | 2人 | | | | |
| 要支援 | 0人 | (内訳) | | | |
| | | 要支援1 | 0人 | | |
| | 要支援2 | 0人 | | | |
| 平均年齢 | 82歳 (男性 79歳、女性 83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 | 0人 | |
| | | 社会福祉施設 | 1人 | |
| | | 医療機関 | 3人 | |
| | | 死亡者 | 2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 | | 4人 |
| | | | (解約事由の例) | |
| | | | 特別養護老人ホームへ転居、長期入院 | |

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"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>代替措置あり ()</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>代替措置なし</td> </tr> </table> | | | 1 | 代替措置あり () | 2 | 代替措置なし |
| 1 | 代替措置あり () | | | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 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) | (1)施設窓口 管理者 荒木 大輔 046-281-7693 (2)神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 045-329-3447 (3)神奈川県 高齢福祉課 045-210-1111 (4)厚木市 介護福祉課 046-221-1640 | | | | | | |
| 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) | 急な発病、事故等が発生した場合、速やかに協力医療機関に連絡し、適切な措置を講ずるとともに、管理者よりご家族へ緊急対応の経緯をご説明します。 | | | | | | |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 可 | | | | | | |
| 身元引受人の条件及び義務等 | 入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 | | | | | | |
| 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生活保証制度への加入状況 | 協会への加入 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | | |
| | 入居者基金への加入 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 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 無 | | | | | | |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 実施日 | 常時意見箱をホールに設置 | | | | |
| 結果の開示 | | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | | |

| | | |
|---------------|--------------------------------|--------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 2 <input type="checkbox"/> 有 | 実施日 |
| | | 評価機関名称 |
| | | 結果の開示 |
| 看取りの対応 | 無 ・ <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付) | 2 非公開 |
| | 入居契約書の公開 | <input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付) | 2 非公開 |
| | 管理規程の公開 | <input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付) | 2 非公開 |
| | 財務諸表の公開 | <input type="checkbox"/> 1 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付) | 2 非公開 |
| | 事業収支計画の公開 | <input type="checkbox"/> 1 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付) | 2 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

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（無）

| 区 分 | | 要支援 1～2 | | | 要介護 1～5 | | |
|-------------------------|---|--|--------------|-----------------|--|--------------|-----------------|
| 提供サービスの別 | | 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） |
| 1. 介護サービス | | | | | | | |
| ①巡回 | | | | | | | |
| ・昼間 9時～ 18時 | 有 | 3回程度（体調を考慮） | — | | 3回程度（体調を考慮） | — | |
| ・夜間 18時～ 9時 | 有 | 3時間おき（体調を考慮） | — | | 3時間おき（体調を考慮） | — | |
| ②食事介助 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| ③排泄 | | | | | | | |
| ・排泄介助 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| ・おむつ交換 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| ④入浴等 | | | | | | | |
| ・清拭 | 有 | — | 希望時 | 1,530円/回 | — | 希望時 | 1,530円/回 |
| ・一般浴介助 | 有 | — | 希望時 | 2,040円/回 | — | 希望時 | 2,040円/回 |
| ・特浴介助 | 無 | — | — | | — | — | |
| ⑤身辺介助 | | | | | | | |
| ・体位交換 | 有 | 体調不良時 | — | | 体調不良時 | — | |
| ・居室からの移動 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| ・衣類の着脱 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| ・身だしなみ介助 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| ⑥機能訓練 | 有 | — | — | | — | — | |
| ⑦通院の介助 | 有 | — | 必要時対応 | 1,500円/30分 交通費別 | — | 必要時対応 | 1,500円/30分 交通費別 |
| ⑧緊急時対応 | 有 | 必要時対応 | — | | 必要時対応 | — | |
| 2. 生活サービス | | | | | | | |
| ①家事 | | | | | | | |
| ・清掃 | 有 | 週1回程度 | — | | 週1回程度 | — | |
| ・洗濯 | 有 | — | 必要時対応 | 153円/回 | — | 必要時対応 | 153円/回 |
| ②居室配膳・下膳 | 有 | 体調不良時のみ対応 | — | | 体調不良時のみ対応 | — | |
| 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 | | | | | | | |
| ・買物 | 有 | — | 必要時対応 | 1,500円/30分 交通費別 | — | 必要時対応 | 1,500円/30分 交通費別 |
| ・役所手続 | 無 | — | — | | — | — | |
| 3. 健康管理サービス | | | | | | | |
| ・健康診断 | 有 | — | 年1回 | 実費 | — | 年1回 | 実費 |
| ・健康相談 | 有 | 適宜対応 | — | | 適宜対応 | — | |
| ・生活指導 | 有 | 適宜対応 | — | | 適宜対応 | — | |
| ・医師の往診 | 有 | — | 月2回程度 | 実費 | — | 月2回程度 | 実費 |
| 4. 入退院時、入院中のサービス | | | | | | | |
| ・入退院時の同行 | 有 | — | — | 1,500円/30分 交通費別 | — | — | 1,500円/30分 交通費別 |
| 5. その他サービス | | | | | | | |
| ・レクリエーション | 有 | — | 月2回程度 | 実費 | — | 月2回程度 | 実費 |

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。

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) | | 不適合 | <input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input checked="" 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。 | 介助者はベット移乗に際し、車椅子を旋回することなく移乗方向を確保して入室する |
| 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 | 不適合 | (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 checked="" type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。 | 入居者の身体状態を確認の上、浴槽用リフトの設置を検討 |
| 4 | 便所 | 有 | 不適合 | <input checked="" 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。 | 今後の修繕計画にて検討 |
| 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 | 不適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 | トイレに処理用袋、手袋等を常備し適切に感染臭気対応している |
| 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) | 非該当 | | | |
| 9 | 看護・介護職員室 | 非該当 | | | |
| 10 | 機能訓練室 | 有 | | | |
| 11 | 談話室 | 非該当 | | | |
| 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 | 非該当 | | | |
| 16 | 緊急通報装置 | 有 | 不適合 | (未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 | 未設置箇所への追加設置を計画 |
| 17 | 廊下 | | 不適合 | <input checked="" 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。 | 車椅子同士のすれ違いは、どちらかが最寄の退避場所で待つことに対応 |
| 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)

既存建物のため、指導指針不適合箇所あり。今後、大規模修繕も踏まえ可能な箇所は改善工事を検討していく。

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。