

重要事項説明書

(指定特定施設入居者生活介護および介護予防特定施設入居者生活介護)

当施設は介護保険の指定を受けております。
(指定 第1471902476号)

当事業所はご契約者に対して特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援・要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要支援・要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 施設の概要	1
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
6. サービス提供における事業者の義務 (契約書第12条、第13条参照)	8
7. 損害賠償について (契約書第14条、第15条参照)	8
8. サービス利用をやめる場合 (契約書第17条、18条、19条、20条参照)	9
9. 事故発生時の対応について【契約書第22条参照】	10
10. 苦情の受付について (契約書第23条参照)	10

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 株式会社川島コーポレーション
- (2) 法人所在地 千葉県君津市東猪原248番地2
- (3) 電話番号 0439-37-3600
- (4) 代表者氏名 代表取締役 川島 輝雄
- (5) 設立年月日 平成2年9月17日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
平成16年11月 1日 指定 1471902476号
平成18年 4月 1日 指定 1471902476号
- (2) 施設の目的 指定特定施設入居者生活介護および介護予防特定施設入居者生活介護は、介護保険法令及び条例に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 有料老人ホーム サニーライフ横須賀
- (4) 施設の所在地 神奈川県横須賀市長坂3-9-20
- (5) 電話番号 046-855-0036
- (6) 管理者（支配人） 橋本 英明
- (7) 当施設の運営方針 ご契約者はもとより、ご家族にとりましても安心して日常生活が送れますよう、きめ細かな行き届いたサービスの提供に努めております。
介護保険制度の趣旨に鑑み、有料老人ホームの役割、重要性を十分に認識しつつ社会責任を果たしてまいります。
- (8) 開設年月日 平成16年 9月 1日

3. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造・地上4階建
- (2) 建物の延べ床面積 2238.43㎡
- (3) 入所定員 59名
- (4) 併設事業 当施設では、併設の施設はございません。
- (5) 施設の周辺環境

サニーライフ横須賀は、温暖な自然環境に恵まれた三浦半島の中央に位置し、一年を通して快適に暮らすことのできる施設です。その中心部から南西に向かった、小田和湾の海岸線にほど近い緑豊かな住宅街にある過ごし易い施設です。又、ご家族の方が気軽に訪問できる近さにサニーライフ横須賀はあります。

(6) 居室の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。居室の変更をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

居室・設備の種類	室数	備考
個室	29室	
三人室	10室	
食堂	2箇所	1階・3階にあります
応接室・面談室	1室	1階にあります。
浴室	1箇所	1階にあります。(大浴場・機械浴室)
機能訓練室／ロビー	1箇所	1階にあります。(ロビー兼用)
居室内トイレ	39箇所	個室・三人室にあります
車椅子用トイレ	1箇所	1階にあります
洗濯室	1箇所	1階にあります。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際は、ご契約者やご家族等の協議のうえ決定するものとします。

☆一時介護室へ移動する場合：介護の状況により一時的に当初の居室内での介護が困難となった場合、医師の意見を聴き一定の観察期間を設け、ご契約者の意志を確認し、且つ身元引受人の意見を聴いた上で、一時介護室で介護します。但し、ご契約者の心身の状態により緊急を要する場合は、この限りではありません。

☆当施設では、居室以外に以下の施設・設備をご利用いただくことができます。

○談話コーナー ○大浴場 ○食堂 ○機能訓練室

(7) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

自動販売機

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈配置職員の職種〉

管理者

・管理職は、事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。

介護職員

・ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
3名の利用者に対して1名以上の直接処遇職員を配置します。

生活相談員

・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
1名以上の生活相談員を配置しています。

看護職員

・主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。1名以上の看護職員を配置します。

機能訓練指導員

・ご契約者の機能訓練を担当し、1名の機能訓練指導員を配置しています。

計画作成担当者

・ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針の計画書を作成します。1名の計画作成担当者を配置しています。

〈主な職種の配置状況〉※職員配置については、指定基準を遵守しています。

令和4年7月1日現在 入居者数55名(自立0人・要支援1人・要介護54)

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. (直) 介護職員	16名	16名
4. (直) 看護職員	3名	2名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 計画作成担当者	1名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

※直接処遇職員（介護職員＋看護職員）の指定基準は16名です。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7時00分～16時00分 1名 早朝： 7時30分～16時30分 1名 日中： 8時30分～17時30分 2名 遅番： 10時30分～19時30分 2名 夜勤： 16時00分～9時00分 2名
2. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7時30分～16時30分 1名 日中： 8時30分～17時30分 1名 遅番： 9時30分～18時30分 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険給付又は予防給付から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する、「(介護予防) 特定施設サービス計画 (ケアプラン)」に定めます。

「(介護予防) 特定施設サービス計画 (ケアプラン)」の作成及びその変更は次のとおり行います。

(契約書第3条参照)

① 当施設の計画作成担当者に（介護予防）特定施設サービス計画の原稿作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



② その担当者は（介護予防）特定施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定し交付します。



③ （介護予防）特定施設サービス計画は、6ヶ月に1回、または、モニタリングの結果を踏まえ、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、（介護予防）特定施設サービス計画を変更いたします。



④ （介護予防）特定施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して説明を行い同意を得て書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(1) 介護保険給付又は予防給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に記載の割合（1割、2割又は3割）に応じた額をお支払いいただきます。

〈サービスの概要〉

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④その他自立への支援

- ・ご契約者の自立支援のため離床し、食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・シーツの交換は週1回実施します。

⑤協力医療機関への健康情報の提供

- ・ご契約者の毎日のバイタルサインの計測と医師から指示された観察項目の計測結果を、健康情報として、毎月協力医療機関へ書面にて提供し、より密接な連携を図ることによりご契約者様の健康状態の変化に対応します。

〈サービス利用料（30日あたり）〉（契約書第10条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護状態区分又は要支援状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額又は予防給付費額を除いた金額（自己負担額、1割、2割又は3割）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援状態区分及び要介護状態区分に応じて異なります。）

5級地 10.45円 基本料（1ヶ月間、30日計算の場合の金額） 単位：円

1. ご契約者の介護度 とサービス利用料金		要支援状態区分		要介護状態区分				
		1	2	1	2	3	4	5
単位数（日）		182 単位	311 単位	538 単位	604 単位	674 単位	738 単位	807 単位
利用金額（30日計算）		57,057	97,498	168,663	189,354	211,299	231,363	252,994
1割 負担	2. うち、介護保険 から給付される金額	51,351	87,466	151,796	170,418	190,169	208,226	227,694
	3. サービス利用に 係る自己負担額	5,706	9,719	16,867	18,936	21,130	23,137	25,300
2割 負担	4. うち、介護保険 から給付される金額	45,645	77,998	134,930	151,483	169,039	185,090	202,395
	5. サービス利用に 係る自己負担額	11,412	19,500	33,733	37,871	42,260	46,273	50,599
3割 負担	6. うち、介護保険 から給付される金額	39,939	68,248	118,064	132,547	147,909	161,954	177,095
	7. サービス利用に 係る自己負担額	17,118	29,250	50,599	56,807	63,390	69,409	75,899

☆その他、加算

〈医療機関連携加算の給付〉	給付額	836円/月
80単位(月)	内、ご入居者様負担額（1割負担）	84円/月
	内、ご入居者様負担額（2割負担）	168円/月
	内、ご入居者様負担額（3割負担）	251円/月
〈サービス提供体制強化加算Ⅱ〉	給付額	1,881円/月
6単位(日)	内、ご入居者様負担額（1割負担）	189円/月
	内、ご入居者様負担額（2割負担）	377円/月
	内、ご入居者様負担額（3割負担）	565円/月
〈個別機能訓練加算〉	給付額	3,762円/月
12単位(日)	内、ご入居者様負担額（1割負担）	377円/月
	内、ご入居者様負担額（2割負担）	753円/月
	内、ご入居者様負担額（3割負担）	1,129円/月
〈夜間看護体制加算〉	給付額	3,135円/月
10単位(日)	内、ご入居者様負担額（1割負担）	314円/月
	内、ご入居者様負担額（2割負担）	627円/月
	内、ご入居者様負担額（3割負担）	941円/月
〈退院・退所時連携加算〉	給付額	9,405円/月
30単位(日)	内、ご入居者様負担額（1割負担）	941円/月
（入居日から30日間）	内、ご入居者様負担額（2割負担）	1,881円/月

	内、ご入居者様負担額 (3割負担)	2,822円/月
〈口腔衛生管理体制加算〉	給付額	313円/月
30単位(月)	内、ご入居者様負担額 (1割負担)	32円/月
	内、ご入居者様負担額 (2割負担)	63円/月
	内、ご入居者様負担額 (3割負担)	94円/月
〈口座・栄養スクリーニング加算〉	給付額	209円/半期
20単位(半期1回)	内、ご入居者様負担額 (1割負担)	21円/半期
	内、ご入居者様負担額 (2割負担)	42円/半期
	内、ご入居者様負担額 (3割負担)	63円/半期

〈身体拘束廃止未実施減算〉 10%/日減算

〈介護職員処遇改善加算Ⅰ〉(基本料+その他)の1月合計単位数に8.2%を乗じます。

〈介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ〉(基本料+その他)の1月合計単位数に1.2%を乗じます。

(注) 利用者負担額 (1割、2割、3割の額) の算出方法

サービス合計単位数×10.45円=○円 (1円未満切り捨て)、○円ー (○円×0.9 (0.8又は0.7) (1円未満切り捨て)) =△円(利用者負担額)

※10.45円は、横須賀市の(5級地)の地域加算

☆ご契約者がまだ要支援・要介護認定を申請中でいまだ認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いただきます。

☆要支援・要介護認定後自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。

☆償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

介護保険法令において、保険給付サービスとは認められない種類のサービスであって、ご契約者との合意に基づき以下のサービスを提供します。

ただし、一部分が介護保険給付対象となる場合もあります。

以下のサービスで、利用料金の全額が原則としてご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 協力医療機関以外の通院費用
- ② 契約者に対する理美容サービス
- ③ 個別に行われる買い物
- ④ 医師の往診等療養上の世話
- ⑤ 教養娯楽施設等の提供或はレクリエーション等の材料費

別途

有料老人ホーム入居契約書に基づきます。

(3) 利用料金のお支払い (契約書第10条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日迄に原則として、

以下の方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

毎月27日に、金融機関口座からの自動引き落とし方法による支払い ご利用できる金融機関は、殆どの金融機関及び郵便局
なお、特別の事情等止むを得ない場合は、下記の口座へお振込下さい。 銀行口座 <u>三井住友銀行 木更津支店</u> 普通預金 <u>4354630</u>

(4) 介護の場所（契約書第7条参照）

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、その居室においてサービスを提供します。

但し、契約者の心身の状態により管理上変更する場合があります。その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞き、一定の観察期間を設けて行うこととします。

(5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。又、下記協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	コンフォート衣笠クリニック
所在地	神奈川県横須賀市衣笠町 44-4
診療科目	内科、循環器科、消化器科

② 協力歯科医療機関

医療期間の名称	三浦みなと歯科医院
所在地	神奈川県三浦市南下浦町上宮田 3182-5
診療科目	歯科全般（訪問診療あり）

(6) 地域との連携について（契約書第9条参照）

周辺地域住民が行う活動等を通じて地域の交流に努め、行政等市区町村が実施する事業への協力に努めます。

6. サービス提供における事業者の義務（契約書第12条、第13条参照）

(1) 当施設では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

① ご契約者の生命、身体、生活環境の安全・確保に配慮します。
② ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について、医師、看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
④ 事業者及びサービス従事者は、契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動を制限する行為をおこなわないもの

とします。

- ⑤ ご契約者が受けている要介護認定、又は要支援認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定、又は要支援認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑥ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了後5年間保存するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑦ ご契約者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は予め定めた協力医療機関及び契約者の家族等への連絡を行なう等の必要な措置を講じます。
- ⑧ 事業者及び従事者(退職者を含む)は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由無く第三者に漏洩しません。(守秘義務)
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。

(2) 身体的拘束について

入居者ご本人様、あるいは他のご入居の皆様のご生命、身体を保護するため、緊急やむをえない場合に限り、当施設では身体的拘束をおこなうことがあります。

身体的拘束は、①生命身体の危険性が著しく高く、②身体的拘束を除いてとるべき方法がなく、③その制限は一時的なものに限定することとします。

また、身体的拘束をおこなう場合には、介護支援専門員、介護職員、看護職員、生活相談員等施設職員全体で協議し、施設責任者の最終判断による等、慎重な対応に心がけるとともに、事前に入居者ご本人やご家族に対して、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解と同意を得た上で行うこととします。

実施後は経過観察、再検討を随時おこない、身体拘束の態様、時間、その際の利用者の心身の状況等を記録し、ご本人ご家族に詳細に報告し十分な理解が得られるよう努めます。また、身体的拘束の要件に該当しなくなった場合は直ちに解除します。

(3) 衛生管理等

- ①事業所の施設、設備及び備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行うものとする。
- ②事業所において感染症が発生し又はまん延しないように必要な措置を講じるものとし、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
- ③労働安全衛生法及びその他関係法令の定めるところにより、事業所の職員に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めさせるとともに、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

7. 損害賠償について (契約書第14条、第15条参照)

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者にも故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

〈損害賠償がなされない場合〉

以下の場合には、事業者の責に帰すべき事由が認められない限り、ご契約者に生じた損害を賠償いたしません。

- ① ご契約者が、契約締結時に、ご自身の心身の状況や病歴等について、故意に告げず、また虚偽に告げたことがもつぱらの原因として発生した損害
- ② ご契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項（その日の体調や健康状態等）を事業者が確認する際に、故意に告げず、虚偽に告げたことがもつぱらの原因として発生した損害
- ③ ご契約者の急な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由をもつぱらの原因として発生した損害
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従業者の指示、依頼に反して行った行為をもつぱらの原因として発生した損害

8. サービス利用をやめる場合（契約書第17条、第18条、第19条、第20条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日から12ヵ月ですが、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に12ヵ月同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。

（契約書第17条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② ご契約者の要支援状態区分及び要介護状態区分が自立と判定された場合
- ③ 施設への入居契約が終了した場合
- ④ 事業者が破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ⑤ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑦ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑧ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照）

契約の有効期間であっても、契約者から利用契約を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに備え付けの解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ② 介護保険給付対象外サービスの利用料金変更に参加できない場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める（介護予防）特定施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第20条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

9. 事故発生時の対応について(契約書第22条参照)

- ① 事故が発生した場合には、速やかにご家族及び主治医等に連絡を取り、迅速に必要な措置を確保します。
- ② 事故が発生した場合の対応については、予め施設内で定めている対応マニュアルに従い処理します。
- ③ 事故原因の分析、経過及び結果の報告については、記録を残し必要に応じて市区町村へ報告し、再発防止に努めます。

10. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

(1) 施設及び本社における苦情の受付

施設及び本社における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・施設 有料老人ホーム サニーライフ横須賀
（担当者）生活相談員 電話 046-855-0036（代表）
- ・本社 有料老人ホーム サニーライフ東京事務所
（担当者）お客様相談室

フリーダイヤル 0120-17-0036

受付時間 9時～17時（土日祝日・年末年始を除く）

(2) 行政機関等 （土日祝日・年末年始を除く）

- ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係
電話 045-329-3447
- ・横須賀市福祉部介護保険課
電話 046-822-8253
- ・横須賀市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へ

年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービス、又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書の説明を行い、本書面を交付しました。

有料老人ホーム サニーライフ横須賀 説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の交付と説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービス又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 氏名 印

署名代行者 氏名 印

○場合により、立会人の署名でも可能です。

※この重要事項説明書は、指定居宅サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例(平成30年横須賀市条例第28号)の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

作成日 令和4年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社川島コーポレーション
代表者名	代表取締役 川島 輝雄
所在地	千葉県君津市東猪原248番地2
電話番号／FAX番号	0439-37-3600／0439-37-3603
ホームページアドレス	http://sunnylife-group.co.jp/
資本金（基本財産）	50,000千円
主な出資者（出捐者）とその金額又は比率 ※1	川島輝雄（70.6%）、川島正代（15.4%）、川島大倫（14.0%）
設立年月日	平成2年9月17日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)51,159,956千円(費用)49,120,687千円(損益)2,039,269千円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険指定事業 (訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、通所介護事業)

※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）額又は比率を記入する。

※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	有料老人ホーム サニーライフ横須賀	
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 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 横須賀市指定介護保険特定施設 (番号1471902476、指定年月日 平成16年11月1日) 横須賀市指定介護予防特定施設入居者生活介護の 指定年月日 平成18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・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室(夫婦等居室含む) <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	3.0 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	平成16年 9月 1日	
施設の管理者氏名	橋本 英明	
所在地	〒240-0101 神奈川県横須賀市長坂3-9-20	
電話番号／FAX番号	電話 046-855-0036(代表) /046-855-0866	
メールアドレス	yokosuka@sunnylife-group.co.jp	

交通の便 ※3	<p>○バス・JR横須賀線逗子駅より京急バス長井行き又は市民病院行きで「鹿島」バス停留所下車約50m徒歩約1分</p> <p>・JR横須賀線横須賀駅、又は京浜急行線横須賀中央駅より京急バスで大楠芦名口行き「鹿島」バス停留所下車約50m徒歩約1分又は市民病院行き「市民病院前」バス停留所下車約300m徒歩約5分</p> <p>○車・横浜方面より、横浜横須賀道路「衣笠IC」から三浦縦貫道路「林」を經由して国道134号線を葉山方面へ約12分(約5km)</p> <p>・鎌倉・逗子方面より、国道134号線を經由して葉山御用邸前交差点から約15分(約6.2km)</p>																													
ホームページアドレス	https://www.sunnylife-group.co.jp/																													
敷地概要 ※4	<p>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 1,462.86 m²</p>																													
建物概要	<p>権利形態 所有 ・ <u>借家</u> (借家の場合の契約形態) <u>通常借家契約</u>・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) <u>平成16年9月1日～平成36年8月31日</u> (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・<u>有</u> 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上4階建(<u>耐火</u>・準耐火・その他) 延床面積 2,238.43 m² (うち有料老人ホーム 2,238.43 m²) 建築年月日 平成 4年 7月22日建築 改築年月日 平成16年 9月 1日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u>・その他 ()</p>																													
居室、一時介護室の概要	<p>居室総数 39室 定員 59人 (一時介護室を除く) (内訳)</p> <table border="1" data-bbox="587 1330 1369 1680"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>29室</td> <td>20.36m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>3人部屋(相部屋)</td> <td>10室</td> <td>40.72m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>1室</td> <td>20.36m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	29室	20.36m ²	うち2人定員	室	m ² ～m ²	3人部屋(相部屋)	10室	40.72m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²	一時介護室	個室	1室	20.36m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²
	居室定員	室数	面積																											
居室	個室	29室	20.36m ²																											
	うち2人定員	室	m ² ～m ²																											
	3人部屋(相部屋)	10室	40.72m ²																											
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																											
一時介護室	個室	1室	20.36m ²																											
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																											
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																											
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	<table border="1" data-bbox="561 1729 1394 2101"> <tr> <td>食堂</td> <td></td> <td>設置階 1階・3階 (70.43 m²/14.36 m²)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽</td> <td>設置階 1階 (24.95m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室 (介護浴槽)</td> <td>リフト浴</td> <td>設置階 なし</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 1階浴室内に設置 (9.24 m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td></td> <td>設置箇所 各居室・1階に共用一箇所</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td></td> <td>設置箇所 各居室・便所・食堂</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td></td> <td>設置階 1階 (11.77 m²)</td> </tr> </table>			食堂		設置階 1階・3階 (70.43 m ² /14.36 m ²)	浴室	一般浴槽	設置階 1階 (24.95m ²)	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 なし	ストレッチャー浴	設置階 1階浴室内に設置 (9.24 m ²)	便所		設置箇所 各居室・1階に共用一箇所	洗面設備		設置箇所 各居室・便所・食堂	医務室(健康管理室)		設置階 1階 (11.77 m ²)							
食堂		設置階 1階・3階 (70.43 m ² /14.36 m ²)																												
浴室	一般浴槽	設置階 1階 (24.95m ²)																												
浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 なし																												
	ストレッチャー浴	設置階 1階浴室内に設置 (9.24 m ²)																												
便所		設置箇所 各居室・1階に共用一箇所																												
洗面設備		設置箇所 各居室・便所・食堂																												
医務室(健康管理室)		設置階 1階 (11.77 m ²)																												

	談話室	設置階 1階 (9.87 m ²)
	面談室	設置階 1階 (7.98 m ²)
	事務室	設置階 1階 (10.29 m ²)
	洗濯室	設置階 1階 (4.5 m ²)
	汚物処理室	設置階 1階・2階・3階・4階
	看護・介護職員室	設置階 1階 / 3階
	機能訓練室	設置階 1階ロビー (113.12m ²) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> ()
	健康・生きがい施設	設置階 (m ²)
	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・共用施設・廊下)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.42 m)
消防用設備等	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 (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 各居室及び共用施設 (浴室・トイレ・洗濯室・洗面台) 安否確認の方法・頻度等 介護職員による巡回：日中6回・夜間2時間毎及び昼夜適宜訪室	
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、介護保険法により指定居宅サービス事業者等として指定されている場合 (指定居宅介護支援を含む。) は、その種類と事業所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) の取扱い	<ol style="list-style-type: none"> 1 減額なし (但し 食材費の減額はあります。) 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 		
利用料金の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費・物価の変動等に基づく	

	手続き方法	運営懇談会にて入居者及び身元引受人に説明し意見を参考に改定します。
--	-------	-----------------------------------

(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 (介護費用の前払金を除く。)		法第29条第7項に規定される前払金 円 ~ 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 ※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
		円					
		円					
	算定根拠 ※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							

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

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

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	円	円 /	円 /	円
要介護2	円	円 /	円 /	円
要介護3	円	円 /	円 /	円
要介護4	円	円 /	円 /	円
要介護5	円	円 /	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)
		(II)
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
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	I
		II

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)		
要支援1	円	円 /	円 /	円
要支援2	円	円 /	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)
		(II)
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
	介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	III
			IV
			V
			I
			II

(3) 月払い方式

費用の支払方法※9		月額利用料は毎月の請求により口座から自動引き落としとします。								
敷金		Ⓔ・有 (円、家賃相当額の か月分)								
月額利用料		156,035円～199,640円								
年齢に応じた金額設定		Ⓔ・有								
要介護状態に応じた金額設定		Ⓔ・有								
料金プラン ※10	個室	月額利用料		内 訳					その他生活サポート費(自立のみ)	
				管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額		
		自立	200,955円	35,825円	—	43,465円	0円	85,000円		36,665円
		要支援1・2	164,290円	35,825円	—	43,465円	0円	85,000円		
		要介護1～5	164,290円	35,825円	—	43,465円	0円	85,000円		
		三人室								
	自立	193,280円	31,900円	—	43,465円	0円	81,250円	36,665円		
	要支援1・2	156,615円	31,900円	—	43,465円	0円	81,250円			
	要介護1～5	156,615円	31,900円	—	43,465円	0円	81,250円			
	算定根拠 ※11	管理費	《内 訳》							
居室区分			金 額							
個 室			35,825円							
三人部屋		31,900円								
		共用施設の維持に関する管理費・事務費・管理部門に関わる人件費等								
介護費用		有 (別紙「介護サービス等の一覧」に記載)								

		食費	43,465円（食費の内、基本料金は20,005円となります） ・1日3食定食方式。おやつ代含む。 ・欠食の場合は、2日前の申出により終日欠食の場合に限り翌月日割返還。但し、基本料20,005円を除く。																																																																																					
		光熱水費	該当なし																																																																																					
		家賃相当額	81,250円～85,000円（非課税） 有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、貸借料等。																																																																																					
		その他	生活サポート費：36,665円、介護保険給付対象外（自立）の場合、当社規定の「介護サービス等の一覧表」に記載するサービスを受ける対価。																																																																																					
	月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代（要支援者・要介護者）・クリーニング代・理美容代・医師の往診費・医療費・健康診断費・移送サービス費等・レクリエーション材料費・行事参加費・嗜好品代・指定日以外の個別的な買い物代行・協力医療機関以外の通院介助・「介護サービスの一覧表」による・その他																																																																																						
	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）	<p>特定施設入居者生活介護 5等級単価 10.45円（1か月30日の例）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>月額</th> <th colspan="3">利用者負担額（1割の場合/2割の場合/3割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>195,373円</td> <td>19,538円</td> <td>/39,075円</td> <td>/58,612円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>218,018円</td> <td>21,802円</td> <td>/43,604円</td> <td>/65,406円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>242,022円</td> <td>24,203円</td> <td>/48,405円</td> <td>/72,607円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>263,967円</td> <td>26,397円</td> <td>/52,794円</td> <td>/79,191円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>287,636円</td> <td>28,764円</td> <td>/57,528円</td> <td>/86,291円</td> </tr> </tbody> </table> <p>各種加算の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th colspan="2">減算型・<u>基準型</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算Ⅰ</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3">無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(Ⅰ)</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>Ⅲ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ⅳ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ⅴ</td> </tr> </tbody> </table>		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	195,373円	19,538円	/39,075円	/58,612円	要介護2	218,018円	21,802円	/43,604円	/65,406円	要介護3	242,022円	24,203円	/48,405円	/72,607円	要介護4	263,967円	26,397円	/52,794円	/79,191円	要介護5	287,636円	28,764円	/57,528円	/86,291円	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	<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Ⅰ	無	<input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	口腔・栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	(Ⅰ)	サービス提供体制強化加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	(Ⅰ)	(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	(Ⅲ)	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ			Ⅳ			Ⅴ
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	195,373円	19,538円	/39,075円	/58,612円																																																																																				
要介護2	218,018円	21,802円	/43,604円	/65,406円																																																																																				
要介護3	242,022円	24,203円	/48,405円	/72,607円																																																																																				
要介護4	263,967円	26,397円	/52,794円	/79,191円																																																																																				
要介護5	287,636円	28,764円	/57,528円	/86,291円																																																																																				
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	<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Ⅰ	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
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"/>																																																																																						
口腔・栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																																																						
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																																																						
		(Ⅰ)																																																																																						
サービス提供体制強化加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
		(Ⅰ)																																																																																						
		(Ⅱ)																																																																																						
介護職員処遇改善加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
		(Ⅲ)																																																																																						
		Ⅰ																																																																																						
		Ⅱ																																																																																						
		Ⅲ																																																																																						
		Ⅳ																																																																																						
		Ⅴ																																																																																						

	介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I II
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
	要支援1	69,847円	6,985円 / 13,970円 / 20,955円
	要支援2	114,093円	11,410円 / 22,819円 / 34,228円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	個別機能訓練加算 I	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)
			(II)
	サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)
			(II)
			<input checked="" type="checkbox"/> (III)
	介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I
			II
			III
			IV
			V
	介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I II

(4) 共通事項

改定ルール (勘案する要素及び改定手続等)	神奈川県に係わる消費者物価指数及び人件費・物価の変動等に基づき、運営懇談会のご意見等を参考に改定します。
前払金の返還金の保全措置	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 保全措置の内容 () 有 無の場合の理由 (一時金不要)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 有の場合の保険名 損害保険ジャパン株式会社【介護事業者向け賠償責任保険】
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額
短期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 有の場合は 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、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定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	老人福祉法並びに介護保険法の趣旨にしたがい、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居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	入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を過ごすことができるよう、サービスの提供に努めます。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 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	<ul style="list-style-type: none"> ・共用施設の小規模修繕 ・買物代行（指定日） ・官公庁手続代行（指定日） ・フロントサービス ・家族対応（随時）
	食費	<ul style="list-style-type: none"> ・食事：1日3食（定食方式） ・食堂配膳・おやつの提供
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・居室の小規模修繕 ・レクリエーション（随時） ・クラブ活動（随時） ・送迎車両の運行
(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	—
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>苦情解決の体制：生活相談員を配置し苦情対応マニュアルに従って、適正且つ迅速なる対応・苦情ノートへ記録保存し且つ担当者に連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。</p> <p>施設及び本社</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設 有料老人ホーム サニーライフ横須賀 担当者 生活相談員 電話 046-855-0036（代表） ・本社 サニーライフ東京事務所 担当 お客様相談室 フリーダイヤル 0120-17-0036 受付時間 9時～17時(土日・祝日・年末年始を除く) <p>行政機関等（土日、祝日休）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・横須賀市福祉部介護保険課 電話 046-822-8253 ・横須賀市福祉部指導監査課 電話 046-822-8162
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）	<ul style="list-style-type: none"> ・事故対応マニュアルに基づいて、事故・災害及び急病・負傷等発生の場合職員により、的確かつ迅速に応急処置に当たります。 ・状況により医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは、救急入院が受けられるよう計らいます。 ・家族対応については、入居者の状態を明確に把握したうえ家族に随時報告・説明を行います。 ・事故についての検証・今後の防止策を講じ、再発防止につとめ速やかに、関係官庁に届出る。
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）	<p>介護サービスの提供にあたり、事故が発生し、入居者の生命・身体・財産の損害が発生した場合は、地震・火災・風水害・盗難等及び不慮の事故又は入居者の故意によるものを除いて、速やかに、損害保険等の手配を行い、誠実に対応いたします。</p> <p>但し、入居者に重大な過失がある場合には、賠償を減ずることがあります。</p> <p>・保険概要：三井住友海上火災保険株式会社「福祉総合賠償責任保険」</p>
(公社) 全国有料老人ホーム	協会への加入 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有

協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	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	<input type="checkbox"/> 有	実施日	
		結果の開示	無・ <input type="checkbox"/> 有
無			
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無・有
<input type="checkbox"/> 無			

※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（公社）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する。

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	介護については、入居されている居室にて介護致します。但し、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	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）	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱、嘔吐、発疹等、入居者に急激な体調変化が認められる場合、入居者の意思確認を経て、一時的に入居者を一時介護室に移動して介護を行う場合があります。 ・移動に伴う追加費用はありません。 ・移動に伴う利用権は存続されます。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の健康管理上、居室の移動が必要と認めた時は、医師に所見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、且つ入居者及び入居者の身元引受人の同意を得て、居室の移動を行う場合があります。 ・施設管理運営上又は入居者に万全の介護サービスを提供する上で、支障が無いと認められるときは、入居者の求めに従い居室の移動を行うことができます。 ・入居者は居室の移動に伴い、原状回復の義務を負うものとします。 ・移動に伴う居室の利用権は存続されます。
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	—

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	コンフォート衣笠クリニック
	診療科目	内科、循環器科、消化器科
	所在地	神奈川県横須賀市衣笠町 44-4
	距離及び所要時間	施設より約 4.5 km 車で約 11 分
	協力内容	入居者の疾病への受診・治療・他病院へ紹介 医療情報提供・相談・指導・往診（週 1 回医師の来館による）24 時間オンコール

協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名称	三浦みなと歯科医院 訪問歯科診療
	所在地	神奈川県三浦市南下浦町上宮田3182-5
	距離及び所要時間	施設より約6.5 km 車で約16分
	協力内容	口腔衛生指導、歯科診療、必要に応じ訪問 診療
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>疾病等にて入居者の生活に支障・困難が生じた場合には、入居者の意向に応じ、ホームの協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において適切な治療が受けられるよう、医療機関との連絡・紹介・受診手続き・通院介助等の協力を努めるとともに、家族への連絡等所定の措置をとります。</p> <p>医師の意見・判断により一定の観察期間を設けるなどの措置をとります。</p> <p>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の自己負担となります。</p> <p>入退院の手続きは無料です。</p> <p>長期入院においては、居室の利用権は存続。且つ、ホーム側においては、定期的に病院廻りを実施し、入院生活に支障をきたさないよう努めます。又、入院生活状況及び疾病状態を定期的、且つ随時身元引受人もしくは家族に連絡・報告します。</p>	

7 入居状況等

(令和4年7月1日現在)

入居者数及び定員	55人（定員59人）	
入居者内訳	性別	男性 17人 女性 38人
	介護の 要否別	自立 人 要介護 54人 （内訳）要介護1 15人 要介護2 13人 要介護3 11人 要介護4 13人 要介護5 2人
		要支援 1人 （内訳）要支援1 1人 要支援2 0人 未認定 人
平均年齢	88.3歳（男性86.8歳 女性89.9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：年2回 2021年度 第2回（令和3年12月19日実施予定） コロナウィルス感染症拡大防止の為、中止。 2022年度 第1回（令和4年6月24日実施予定） コロナウィルス感染症拡大防止の為、中止。サニーライフ横須賀 の運営状況を、郵送にて身元引受人様へ報告。	

(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

(令和4年7月1日現在)

(1) 職種別の職員数等

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時～翌9時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 ()	/			
	生活相談員	2 ()			事務職員兼務	
	直接処遇職員	21 (3)		19.0	2	
	介護職員	18 (3)		16.0	2	
	看護職員	3 (0)		3.0		看護師 1名 准看護師 2名
	機能訓練指導員	1 ()				
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	1 ()				柔道整復師
	計画作成担当者	1 ()				介護支援専門員
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	5 (2)				調理師 2名
	事務職員	2 ()				生活相談員兼務
	その他職員	4 ()				
合計	35 (5)		2			

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数を内数で記入する。

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する。

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する。

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する。

(2) 職員の状況

		他の職務との兼務		1 あり		2 なし					
		兼務に係る資格等		資格等の名称							
管理者		1 あり									
		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	1						
前年度1年間の退職者数				1							
業務	1年未満			0	1						

に従事した経年数に応じた職員の人数	1年以上 3年未満			2	1	1					
	3年以上 5年未満			2							
	5年以上 10年未満	1		6	1	1		1		1	
	10年以上	2		5							
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	2.9 人	1.9 人	1.0 人
要介護者の人数	52.4 人	52.9 人	52.5 人
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	18 人	18 人	18 人
配置している直接処遇職員の人数 ※17	21.0 人	20.1 人	19.2 人
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	2.5 : 1	2.7 : 1	2.7 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員		
	早番	7 : 00	～ 16 : 00
	早番	7 : 30	～ 16 : 30
	日勤	8 : 30	～ 17 : 30
	遅番	10 : 30	～ 19 : 30
	夜勤	16 : 00	～ 翌9 : 00
	看護職員		
	早番	7 : 00	～ 16 : 00
	日勤	8 : 30	～ 17 : 30
遅番	9 : 30	～ 18 : 30	

※16 常勤換算後の人数を記入する。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	2人 (人)
介護福祉士	7人 (1人)	介護職員初任者研修修了者	5人 (人)
介護支援専門員	人 (人)	資格なし	4人 (3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）	<p>年 齢： 概ね60歳以上の方。 心身の状況： 自立生活で健康な方。 認知症・徘徊等及び入居時より寝たきり等で日常生活において介護の必要な方もしくは常時介護を必要とされる方。</p>
身元引受人等の条件及び義務等	<p>身元引受人を2名又は1名定めていただきます 身元引受人は、利用料等の支払いについて、月額利用料の24ヶ月分を極度額として、入居者と連帯して責任を負うこととなります。又、入居契約が解除された時に、入居者を引き取ることとなります。</p>
生活保護受給者の受入れ対応	<p>否・<input checked="" type="checkbox"/>可</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 ※19	<p>◎入居者が次のいずれかに該当し、且つ、これによって本契約を将来にわたって、これ以上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は、事業者は書面にて入居者に通知し、通知の翌日を起算日とし、90日の予告期間をもうけ、本契約を解除することができます。その際、入居者は施設に対し弁明する機会が与えられます。</p> <p>①入居契約書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居し事業者の求めにもかかわらず、これを訂正しないとき。 ②管理費その他の費用の支払いの遅滞を解消しないとき。 ③故意に居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物、及び植栽等を汚損、破損、あるいは滅失したとき。 ④施設に対して、みだりに張り紙又は広告掲示を行い、あるいは施設を利用して商行為を行ったとき。 ⑤他の入居者に迷惑となる騒音の発生、あるいは危険物又は悪臭を発する機材、物品の持込、又は保管を行い、事業者の求めにもかかわらず騒音の発生を停止せず、あるいは危険物又は悪臭を発する機材、物品を撤去しないとき。 ⑥共用部分を不法に占拠若しくは占有し、あるいは物品を頻繁に放置して、施設の求めに反して撤去しないとき。 ⑦事業者の再三の警告にもかかわらず頻繁に、居室及び共用施設、敷地の利用方法に関し、その本来の用途に従って、善良な管理者の注意をもって利用しないとき。 ⑧施設の承諾なく、居室又は共用施設、若しくは敷地内において動物を飼育したとき。 ⑨身元引受人、その家族、あるいは第三者らを同居させたとき。 ⑩故意又は過失により居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損あるいは滅失したとき、入居者あるいは入居者の身元引受人らの費用負担において、直ちに修繕あるいは賠償しなかったとき。 ⑪居室の全部又は一部を第三者に利用させ、若しくは居室の利用権を譲渡し、又は担保の用に供し、あるいは居室を他の入居者の</p>

		居室と交換したとき。 ⑫日常行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、施設の提供する通常の介護でこれを防ぐことができないとき。（但し認知症あるいは特定の疾病に基づくものであると医師から診断され、医療機関において通院又は入院等による加療中である場合を除く。） ⑬入居者が反社会的勢力に該当するとき。 ◎入居者からの契約解除について ①入居者は書面にて施設に通知し、通知後30日の予告期間をもうけて、本契約を解除することができる。 ②前項の予告期間が経過するも、なお入居者が任意に居室を明渡さないとき、前項の解除通知はなかったものとみなす。	
前年度における 退居者の状況	退居先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	6人
		医療機関	1人
		死亡者	10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		7人 (解約事由の例) 月額費用軽減 特別養護老人ホームへの移動	
体験入居の期間及び費用負担等		体験入居が可能です。（最長1週間） 費用は1日1人当たり 個室：13,200円、三人室：7,700円 (消費税込・介護保険適用外・食事含む)です。	

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

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	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 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。

1 1 その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出不要
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

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「横須賀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の内容の説明を受け、これに同意をし、交付を受けました。

年 月 日 署 名 _____

介護サービス等の一覧（サニーライフ横須賀）

	自 立		要支援・要介護1・2		要介護3・4・5	
介護を行う場所	一般居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス						
○ 巡回						
昼間 9時～17時	要望時及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—
夜間 17時～9時	要望時及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—
○ 食事介助（食堂）	配膳・下膳	—	配膳・下膳・食事毎見守り・一部介助	—	配膳・下膳・食事毎一部介助・全面介助	—
食事介助（居室）	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・一部介助	—	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・一部介助	—	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・全介助	—
○ 排泄	—	—	—	—	—	—
排泄介助	—	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応	—
オムツ交換	—	—	状態により起床時・日中・就寝前・就寝中1日6回程度、及び適宜対応	—	状態により起床時・日中・就寝前・就寝中1日6回程度、及び適宜対応	—
オムツ代金	—	実費	—	実費	—	実費
人工肛門	—	—	—	—	—	—
ストーマ代金	—	実費	適宜対応	実費	適宜対応	実費

	自 立		要支援・要介護1・2		要介護3・4・5	
介護を行う場所	一般居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○ 入浴 (一般入浴介助)	週2回	—	週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部介助	—	週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—
(特浴介助) (一般入浴ができない場合)	—	—	週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—	週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—
清 拭	健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応	—	健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応	—	健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応	—
○ 身辺介護 体位交換	—	—	適宜対応	—	—	—
居室からの移動	必要に応じ対応	—	歩行介助(杖・歩行器)車椅子誘導等、移動時に適宜対応	—	適宜対応	—
衣類の着脱	必要に応じ対応	—	起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応	—	起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応	—
身だしなみ	—	—	洗顔・髭剃り・化粧毎日・歯磨き・入歯洗浄1日3回、爪切り・耳掃除適宜対応。	—	洗顔・髭剃り・化粧毎日・歯磨き・入歯洗浄1日3回、爪切り・耳掃除適宜対応。	—
○機能訓練	必要に応じ、随時 機能訓練指導員による指導	—	必要に応じ、随時 機能訓練指導員に	—	必要に応じ、随時 機能訓練指導員に	—

			より身体状況に応じた指導		必要に応じ、随時機能訓練指導員により身体状況に応じた指導	
--	--	--	--------------	--	------------------------------	--

	自 立		要支援・要介護 1・2		要介護 3・4・5	
介護を行う場所	一般居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス

○ 通院介助	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 510円	協力医療機関へは 適時対応	協力医療機関以外は 30分 510円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 510円
○ 緊急通報装置等 緊急連絡・緊急 通報への対応	24時間対応	—	24時間対応	—	24時間対応	—
生活サービス						
○ 家事						
清掃	週3回	—	週3回	—	週3回	—
洗濯	週2回	—	週2回	—	週2回	—
シーツ交換	週1回又は必要 に応じ対応 取次ぎ	—	週1回又は必要 に応じ対応 取次ぎ	—	週1回又は必要 に応じ対応 取次ぎ	—
クリーニング	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費
○ 居室配膳・下膳	健康状態により 居室配膳・下膳 食事毎見守り・ 一部介助又は全 介助	要望時実費 1回 510円	健康状態により居 室配膳・下膳食事 毎見守り・一部介 助又は全介助	要望時実費 1回 510円	健康状態により 居室配膳・ 下膳食事毎見守 り・一部介助又 は全介助	要望時実費 1回 510円
○ 理容・美容		要望時実費		要望時実費		要望時実費
○ 代行						
買い物	週1回指定日	左記以外 30分 510 円	週1回指定日	左記以外 30分 510 円	週1回指定日	左記以外 30分 510 円
役所手続き	週1回指定日	—	週1回指定日	—	週1回指定日	—
郵便物・宅配便 の取次ぎ	随時	—	随時	—	随時	—

	自立	要支援・要介護1・2	要介護3・4・5
介護を行う場所	一般居室	介護居室	介護居室

	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
健康管理サービス						
○ 健康診断		年2回実費		年2回実費		年2回実費
○ 健康相談	随時	—	随時	—	随時	—
○ 生活指導	随時	—	随時	—	随時	—
○ 医療介助 医薬品の投与と管理	随時	—	随時	—	随時	—
体温・血圧・脈拍測定	1日1回、又は必要に応じて対応	—	1日1回、又は必要に応じて対応	—	1日1回、又は必要に応じて対応	—
○ 医師の往診	必要に応じて	医療保険制度で支給される以外の費用	必要に応じて	医療保険制度で支給される以外の費用	必要に応じて	医療保険制度で支給される以外の費用
通院・入院中・入院時のサービス						
○通院時の準備と付添い	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分510円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分510円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分510円
○入院・退院時の準備と付添い	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分510円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分510円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分510円
○入院中のお見舞い訪問	協力医療機関へは週1回又は適宜対応	円 協力医療機関以外は 30分510円	協力医療機関へは週1回又は適宜対応	円 協力医療機関以外は 30分510円	協力医療機関へは週1回又は適宜対応	円 協力医療機関以外は 30分510円

	自 立		要支援・要介護1・2		要介護3・4・5	
介護を行う場所	一般居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付※一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○ 医療費		医療保険制度で支給される以外の費用		医療保険制度で支給される以外の費用		医療保険制度で支給される以外の費用
その他サービス ○レクリエーション	週2回	材料費実費負担	週2回	材料費実費負担	週2回	材料費実費負担
○ 誕生会	毎月1回	—	毎月1回	—	毎月1回	—
○ 季節の行事	随時	—	随時	—	随時	—
○ クラブ活動	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担
○ 生活預り金 事務手数料		月額540円		月額540円		月額540円

横須賀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 checked="" 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。	開設時認定済み
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 checked="" type="checkbox"/> スロープがない。 <input checked="" 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。	開設時認定済み
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 checked="" 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。	開設時認定済み
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) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input checked="" 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。	開設時認定済み
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能とします。