

重要事項説明書(情報公表システム取込様式)

Ver 1.2

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2025 年 8 月 1 日 |
| 記入者名 | 日川 深雪 |
| 所属・職名 | フローレンスケア宿河原 |
| 取込種別 | |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------------------|--|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) くどうけんせつかぶしきかいしゃ 工藤建設株式会社 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 5020001011279 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 225 - 0003 | |
| | 神奈川県横浜市青葉区新石川4丁目33番地10 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 045 - 911 - 5736 |
| | FAX番号 | 045 - 911 - 5737 |
| | メールアドレス | fc-soudan @ f-care.com |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | https:// www.kudo.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 藤井 研児 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 1971 年 7 月 1 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1(別の実施する介護サービス一覧表) | |

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | | | |
|---------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|------------|
| 名称 | (ふりがな) ふろーれんすけあしゆくがわら フローレンスケア宿河原 | | | |
| 所在地 | 〒 214 - 0021 | | | |
| | 神奈川県川崎市多摩区宿河原6-12-29 | | | |
| 所在地(建物名等) | フローレンスケア宿河原 | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 神奈川県 | 市区町村 | 141305 川崎市 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 宿河原 駅 | | |
| | 交通手段と所要時間 | JR南武線 宿河原駅 徒歩8分 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 044 - 930 - 6521 | | |
| | FAX番号 | 044 - 933 - 3621 | | |
| | メールアドレス | fc-syukugawara @ f-care.com | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | |
| | ホームページアドレス | https:// | www.good-care.jp/ | |
| 管理者 | 氏名 | 日川 深雪 | | |
| | 職名 | ホーム長 | | |
| 建物の竣工日 | | 1988 年 | 6 月 | 30 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2007 年 | 12 月 | 1 日 |

(類型)【表示事項】

| | | | | |
|-------------|------------------------------|------------|------|-----|
| 類型 | 1 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 1475401202 | | |
| | 指定した自治体名 | 川崎市 | | |
| | 事業所の指定日 | 2007 年 | 12 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日(直近) | 2019 年 | 12 月 | 1 日 |

3 建物概要

| | | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 797.81 m ² | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | |
| | | 賃貸の種別 | | |
| | | 抵当権の有無 | | |
| | | 契約期間 | 開始 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 終了 | |
| | 年 月 日 | | | |
| 契約の自動更新 | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,342.21 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,342.21 m ² | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | |
| | | 3 その他の場合 | | |
| | 構造 | 2 鉄骨造 | | |
| | | 4 その他の場合 | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | |
| 契約期間 | | 1 あり | | |
| | | 開始 | | |
| | | 2006 年 4 月 1 日 | | |
| 終了 | | | | |
| 2034 年 3 月 31 日 | | | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | |
| 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室(縁故者個室含む) | | | |
| | 2 相部屋ありの場合 | | | |
| | 最少 | 人部屋 | | |
| | 最大 | 人部屋 | | |

| 居室の状況 | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|---------------------|----------|---------|
| | タイプ1 | 1 有 | 2 無 | 15.5 m ² | 1 | 5 一時介護室 |
| タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 15.5 m ² | 35 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ3 | 1 有 | 2 無 | 19.3 m ² | 2 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ4 | 1 有 | 2 無 | 29.1 m ² | 2 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ5 | 1 有 | 2 無 | 31 m ² | 1 | 3 介護居室個室 | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 1 ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1 ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1 ヶ所 | 個室 | ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 1 ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 | | |
| | | | その他 | ヶ所 | | |
| 食堂 | 1 あり | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 なし | | | | | |
| エレベーター | 2 あり(ストレッチャー対応) | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 あり | | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり | | | | |
| | 火災通報設備 | 1 あり | | | | |
| | スプリンクラー | 1 あり | | | | |
| | 防火管理者 | 1 あり | | | | |
| | 防災計画 | 1 あり | | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 全ての居室あり | | | | |
| | 便所 | 1 全ての便所あり | | | | |
| | 浴室 | 3 なし | | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・私達は介護高齢者をお客様とし、確かな介護サービスを提供します。 ・私達は介護高齢者の尊厳を守り、自由を尊重します。 ・私達は介護高齢者と地域社会に貢献します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション充実型ホームとして、全ご入居者を対象に個々に合わせ計画し実施しています。 ・スタッフの定着率が高く、温かい雰囲気の中で安定したサービス提供ができます。 ・周辺環境に恵まれており、1対1の外出(散歩)が定着しています。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 (洗濯) 1 自ら実施 (掃除) |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------------------------|--|------|------|
| | 入居継続支援加算(Ⅰ) | 2 なし | |
| | 入居継続支援加算(Ⅱ) | 2 なし | |
| | 生活機能向上 連携加算 | (Ⅰ) | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | (Ⅰ) | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 2 なし |
| | ADL維持等加算 | (Ⅰ) | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 2 なし |
| | 夜間看護 体制加算 | (Ⅰ) | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり | |
| | 協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合) | 1 あり | |
| 協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携している場合) | 2 なし | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 2 なし | | |

| | | | | |
|--|--------------------|--------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサー ビスの体制の有無 | 科学的介護推進体制加算 | 1 | あり | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 退居時情報提供加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | 認知症専門 ケア加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | 高齢者施設等 感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | 2 | なし | |
| | 生産性向上 推進体制加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | サービス提供 体制強化加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | 介護職員等 処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ)(1) | 2 | なし |
| (Ⅴ)(2) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(3) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(4) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(5) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(6) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(7) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(8) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(9) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(10) | | 2 | なし | |
| (Ⅴ)(11) | 2 | なし | | |
| (Ⅴ)(12) | 2 | なし | | |
| (Ⅴ)(13) | 2 | なし | | |
| (Ⅴ)(14) | 2 | なし | | |
| 人員配置が手厚い介護サービス の実施の有無 | 2 | なし | | |
| | 1 | ありの場合 | | |
| | (介護・看護職員の配置率) | :1 | | |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|----|
| 医療支援 ※複数選択可 | ○ | 救急車の手配 | | |
| | ○ | 入退院の付き添い | | |
| | ○ | 通院介助 | | |
| | | その他 | | |
| 協力医療 機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団 和五会 鷺沼ファミリークリニック | |
| | | 住所 | 神奈川県川崎市宮前区鷺沼3-2-6 6F | |
| | | 診療科目 | 内科 | |
| | | 協力科目 | 内科 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | 1 | あり |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団 患有会 緑協和病院 | |
| | | 住所 | 神奈川県横浜市青葉区奈良町 1802 | |
| | | 診療科目 | 内科 リハビリテーション科 | |
| | | 協力科目 | 内科 リハビリテーション科 | |
| 協力内容 | | 入所者の病状の急変時において相談対応を行う体制を常時確保 | 2 | なし |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | 2 | なし | |

| | | | |
|-----------------------------|---------|-------------------------------------|------------------------------|
| 3 | 名称 | 医療法人社団 旗の台病院 | |
| | 住所 | 東京都品川区旗の台5-17-16 | |
| | 診療科目 | 内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・外科・消化器外科・脳神経外科 | |
| | 協力科目 | 内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・外科・消化器外科・脳神経外科 | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時において相談対応を行う体制を常時確保 | 2 |
| 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | 2 | なし |
| 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 2 なし | | |
| | 1 ありの場合 | | |
| | | 医療機関の名称 | |
| | 医療機関の住所 | | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団 藤栄会 日航ビル歯科室 |
| | | 住所 | 神奈川県川崎市川崎区日進町1 日航ホテル6F |
| | | 協力内容 | 口腔衛生、指導、訪問診療、治療、他の医療機関への紹介など |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------------|--|------------|--------------------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 一時介護室へ移る場合 | |
| | | 介護居室へ移る場合 | |
| | ○ | その他 | 介護居室から他の介護居室への住み替え 入居者からの住み替え申し込み |
| 判断基準の内容 | 入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合。本人及び身元引受人に相談の上、医師の意見をふまえ介護場所の変更を行います。その場合、居室の原状回復費用等の追加費用が発生する場合があります。現居室の補修費用をお支払いいただきます。 | | |

| | | |
|------------------|---|------|
| 手続きの内容 | <p>設置者は、入居者に対し介護居室への住み替えを求める場合は、次の手続きを行います。なお、それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>① 設置者の指定する医師の意見を聴く ② 緊急やむをえない場合を除いて、一定の観察期間を設ける ③ 居室の権利や前払金又は月払い利用料の額その他の重大な変更が生じる場合は、次の項目について入居者・連帯保証人及び身元引受人等に説明を行う ア 居室の権利の変動 イ 居室の変更及び居室の占有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無 ウ 提供する介護サービスの変更内容 ④ 入居者及び身元引受人の同意を得る</p> | |
| 追加的費用の有無 | 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 居室利用権は、住み替え後の居室へ移行します。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 なし | |
| 従前の居室との仕様の 変更 | 面積の増減 | 1 あり |
| | 便所の変更 | 2 なし |
| | 浴室の変更 | 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 2 なし |
| | 台所の変更 | 2 なし |
| | その他の変更 | 2 なし |
| 1 ありの場合 | | |
| | (変更内容) | |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|---|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり |
| | 要介護の者 | 1 あり |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・おおむね65歳以上で、要支援及び要介護の方 ・身元引受人をたてていただける方 ・前払金及び月額利用料等の諸経費をお支払いいただける方 ・健康保険に加入されている方 ・共同生活を送れる方 | |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| <p>契約解除の内容</p> | <p>入居契約書より抜粋 (入居者からの解約又は契約解除) 第27条 入居者は、設置者に対し解約日の少なくとも30日前までに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。解約の申し入れは設置者に対し所定の書面による解約届を提出するものとします。 2 入居者が書面による前項の手続きを経ずに退去した場合、設置者は、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、本契約が解約されたものとします。 3 本条第1項に関わらず、入居日の翌日から三月以内に解約しようとする場合は、所定の様式により届け出ることによって予告期間なく解約することができます。 4 入居者は、設置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、本契約を直ちに解除することができます。 一 第41条の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に設置者又はその役員が反社会的勢力に該当したとき</p> | |
| <p>事業主体から解約を求める場合</p> | <p>解約条項</p> | <p>入居契約書より抜粋 (設置者からの契約解除) 第26条 設置者は、入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。 一 入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞したとき 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 第19条第1項又は同第2項の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は設置者の役職員の生命・身体・健康・財産(設置者の財産を含む)に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 2 設置者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、設置者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがあります。 3 前2項の規定に基づく契約解除の場合、設置者は書面にて次の手続きを行います。 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 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 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 4 本条第1項第五号によって契約を解除する場合、設置者は前項に加えて次の手続きを書面にて行います。 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく 5 設置者は、入居者が次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約を直ちに解除することができます。 一 第41条の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 6 設置者は、連帯保証人又は身元引受人が本条第5項第一号又は第二号のいずれかに該当する場合、各当事者との契約を直ちに解除することができます。 7 設置者は、前項において各当事者との契約を解除した場合、入居者に新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは本契約を解除することができます。 8 本条第1項・第2項及び第5項による契約解除において、1室2人の入居の場合、第1項第五号の解除事由に限り、どちらか一方だけ契約を解除することがあります。</p> |
| | <p>解約予告期間</p> | <p>3ヶ月</p> |

| | | | |
|--------------|---------|---|--|
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり | | |
| | 1 ありの場合 | | |
| | (内容) | 1泊2日11,000円、原則7泊8日までの期間で体験入居していただきます。 介護保険は適用外となります。 | |
| 入居定員 | 43人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

| | 職員数(実人数) | | | 常勤換算人数 ※1 ※2 |
|--|----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | |
| 生活相談員 | 2 | 2 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 20 | 16 | 4 | 18.0 |
| 介護職員 | 17 | 14 | 3 | 15.9 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.4 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0.4 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 8 | 2 | 6 | 5.3 |
| 事務員 | 2 | 2 | 0 | |
| その他職員 | 4 | 0 | 4 | 1.9 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 40 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 16 | 14 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 1 | 0 | 1 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (17 時 30 分 ~ 9 時 30 分) | |
|----------|--------------------------|----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 2 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|----------------------------------|---------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | d 3:1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数) | 2.2 : 1 |

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------------|---------|------|-------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | | | | |
| | | 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 | | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に応じた事職したの経人験年数に | 1年未満 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり | | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 居住の権利形態【表示事項】 | 1 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式【表示事項】 | 4 選択方式 | |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 | |
| | <input type="radio"/> | 全額前払い方式 |
| | <input type="radio"/> | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | <input type="radio"/> | 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 2 なし | |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | 1 減額なし | |
| | 3 不在期間が〇日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 | |
| | | 不在期間が 日以上 |
| 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等を勘案のうえ実施する。 |
| | 手続き | 運営懇談会または書面で意見を聴いた上で行う。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援2 | 要介護3 | |
| | 年齢 | 80歳 | 95歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 15.5 m ² | 15.5 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 2,000,000 円 | 17,100,000 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 278,402 円 | 273,006 円 | |
| 家賃 | | 101,500 円 | 0 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 12,322 円 | 25,926 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 72,180 円 | 72,180 円 |
| | | 管理費 | 92,400 円 | 174,900 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む 円 | 管理費に含む 円 |
| | | その他 | 0 円 | 0 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|--|
| 家賃 | 当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等勘案して算出しています。 |
| 敷金 | 家賃の ー ヶ月分 |
| 介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | おむつ代(処分費含)、おむつ持込みの場合の処分費、介護保険サービス以外の入浴、協力医療機関以外への通院介助、洗濯(ドライクリーニング)、理美容、週1回を超える買物代行、役所手続き代行、医療費、協力医療機関以外への移送、レクリエーションの材料費、行事食と通常食との差額等 入居後に自立となった場合(要支援・要介護と認定されなかった場合)、生活支援費として月額74,800円をお支払いいただくことにより、継続してご利用になれます。 |
| 管理費 | 事務管理部門の person 費、事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための person 費・事務費・光熱水費・目的施設の維持管理費です。 |

| | |
|----------------------|---|
| 食費 | <ul style="list-style-type: none"> ・食材料費 32,820円 (朝食302円、昼食363円、夕食(おやつ含む)429円) ※食材料費は1日3食で1,094円となるため、1,094円× 喫食日数30日の場合、32,820円となります。 ・厨房管理費 39,360円 食事部門の人件費、設備、備品代(調理器具・食器等)です。 入院、外泊、外出経管栄養等の理由で、喫食しない場合もお支払いいただきます。 また退去した場合も、居室の明け渡し完了までお支払いいただきます。 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | 別添2及び管理規程による |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金)

| | 介護報酬額 | 自己負担額 | | |
|-------|---------|--------|--------|--------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援 1 | 76,058 | 7,606 | 15,212 | 22,818 |
| 要支援 2 | 123,215 | 12,322 | 24,643 | 36,965 |
| 要介護 1 | 209,554 | 20,956 | 41,911 | 62,867 |
| 要介護 2 | 233,867 | 23,387 | 46,774 | 70,161 |
| 要介護 3 | 259,252 | 25,926 | 51,851 | 77,776 |
| 要介護 4 | 282,836 | 28,284 | 56,568 | 84,851 |
| 要介護 5 | 307,867 | 30,787 | 61,574 | 92,361 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|----------------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | 介護報酬告示上の額のうち、負担割合証の割合に準ずる額 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス) | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領)※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|---|
| 算定根拠 | | <p>・終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を前払金として一括して受領するもの $\text{前払金の額} = \text{月額家賃相当額} \times \text{想定居住期間} + \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}$ ※家賃相当額とは 当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等を勘案して算出しています。 ※想定居住期間とは 「確率的に入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間」として、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均寿命等を参考に設定しています。 ※想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額とは、想定居住期間を超え入居者の全員が退去する時点までの予測家賃額です。</p> |
| 想定居住期間(償却年月数) | | 60ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日の翌日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額) | | 59万円～504万円 |
| 初期償却率 | | 29.5% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 返還対象部分を、1月を30日として償却月数で割り返した額を1日の利用料とし、利用日数分を差し引いて返還します。 前払金のうち非返還部分は、上記にかかわらず全額を無利息で返還します。 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。 $(\text{前払金} - \text{初期償却分}) \div \text{償却期間の日数} \times \text{契約終了日から償却期間満了日までの日数}$ ・償却期間を超える場合、返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行わない。 |
| 前払金の保全先 | 3 信託契約を行う信託会社等 | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | 名称 みずほ信託銀行 前払金分別信託 |

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|------|
| 性別 | 男性 | 8 人 |
| | 女性 | 34 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 3 人 |
| | 85歳以上 | 37 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援1 | 1 人 |
| | 要支援2 | 1 人 |
| | 要介護1 | 10 人 |
| | 要介護2 | 6 人 |
| | 要介護3 | 12 人 |
| | 要介護4 | 7 人 |
| 入居期間別 | 要介護5 | 5 人 |
| | 6ヶ月未満 | 6 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4 人 |
| | 1年以上5年未満 | 22 人 |
| | 5年以上10年未満 | 6 人 |
| | 10年以上15年未満 | 4 人 |
| 15年以上 | 0 人 | |

(入居者の属性)

| | |
|---------|--------|
| 平均年齢 | 90.5 歳 |
| 入居者数の合計 | 42 人 |
| 入居率※ | 97.6 % |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|--------|-----|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 2 人 |
| | 死亡 | 3 人 |
| | その他 | 4 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) ・他施設への転居(医療機関含む) |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| | | |
|----------|-------|-------------------------------|
| 窓口1 | | |
| 窓口の名称 | | フローレンスケア宿河原 |
| 電話番号 | | 044 - 930 - 6521 |
| 対応している時間 | 平日 | 9時0分～18時0分 |
| | 土曜 | 9時0分～18時0分 |
| | 日曜・祝日 | 9時0分～18時0分 |
| 定休日 | | なし |
| 窓口2 | | |
| 窓口の名称 | | 工藤建設株式会社 介護事業本部 担当窓口 |
| 電話番号 | | 045 - 911 - 5736 |
| 対応している時間 | 平日 | 9時0分～18時0分 |
| | 土曜 | 時 分 ～ 時 分 |
| | 日曜・祝日 | 時 分 ～ 時 分 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日・ゴールデンウィーク・お盆・年末年始 |
| 窓口3 | | |
| 窓口の名称 | | 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 045 - 329 - 3447 |
| 対応している時間 | 平日 | 8時30分～17時15分 |
| | 土曜 | 時 分 ～ 時 分 |
| | 日曜・祝日 | 時 分 ～ 時 分 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始(12/29～1/3) |

| | | | | | | |
|----------|-------|----------------------------|------|-----|------|------|
| 窓口4 | | 川崎市健康福祉局 高齢者事業推進課 事業者指導係 | | | | |
| 窓口の名称 | | 川崎市健康福祉局 高齢者事業推進課 事業者指導係 | | | | |
| 電話番号 | | 044 | - | 200 | - | 2910 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 時 | 45 分 | ～ | 17 時 | 15 分 |
| | 土曜 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12/29～1/3) | | | | |
| 窓口5 | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | |
| 電話番号 | | - | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 土曜 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 定休日 | | | | | | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|---------|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事業者が故意又は重大な過失が存在する場合には、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。又、天災、事変その他不可抗力により入居者が受けた損害、災難については、事業者は一切の損害賠償責任を負いません。 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | |
|----------------------------------|---------|---------------------------------------|
| 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 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | ・常時エントランスに意見箱を設置 ・年2回の運営懇談会に合わせて実施 |
| | 結果の開示 | 1 あり |

| | | |
|---------------|---------|--|
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | |
|--------------------|-----------------------|------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度)年 | 2 回 |
| | 2 なしの場合 | |
| 高齢者虐待防止のための取り組みの状況 | 1 代替措置ありの場合 | |
| | (内容) | |
| | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | 1 あり |
| | 指針の整備 | 1 あり |
| | 研修の定期的な実施 | 1 あり |
| | 担当者の配置 | 1 あり |

| | | | |
|--|--|---|----|
| 身体的拘束等廃止のための 取り組みの状況 | 身体拘束適正化委員会の開催 | 1 | あり |
| | 指針の整備 | 1 | あり |
| | 研修の実施 | 1 | あり |
| | 緊急やむを得ない場合に行なう身体的 拘束その他の入居者の行動を制限する 行為(身体的拘束等) | 2 | なし |
| 1 | | ありの場合 | |
| | | 身体的拘束等 を行う場合の態 様、及び時間、 入居者の状況 並びに緊急や むを得ない場合 の理由の記録 | |
| 業務継続計画の 策定状況 | 感染症に関する業務継続計画(BCP) | 1 | あり |
| | 災害に関する業務継続計画(BCP) | 1 | あり |
| | 従業員に対する周知の実施 | 1 | あり |
| | 定期的な研修の実施 | 1 | あり |
| | 定期的な訓練の実施 | 1 | あり |
| | 定期的な見直し | 1 | あり |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 | なし | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | | |
| 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 | 1 | あり | |
| 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 | 2 | なし | |

| | | |
|---|------------------------------------|----------------|
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針「5.規模及び構 造設備」に合致しない事項 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項が ある場合の内容 | ・便所に常夜灯がない |
| | 「6. 既存建築物等 の活用の場合等の 特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置） |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | 2 なし | |
| 不適合事項がある 場合の内容 | | |

備考

・施設では金品管理はしておりません。金銭・貴重品（貴金属等）の持ち込みはご遠慮願います。
持ち込まれた金品につきましては自己管理していただきます。
万一紛失等した場合、一切責任は負いませんのでご了承ください。
・施設内外で金銭が必要な場合は、本施設の立替払いをご利用ください。
利用料と併せて請求させていただきます。

添付書類： 別添1（別を実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____様

重要事項説明書及び添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

_____年 _____月 _____日

署名

説明年月日 _____年 _____月 _____日

説明者署名 _____

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|--------------------------|-----|----------------------------------|--------------------|----|----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 1 有 | デイサービス フローレンスケアたかつ | 神奈川県川崎市高津区久末1744-2 | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | フローレンスケアたまブラーザ | 川崎市宮前区犬蔵2-17-65 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1 有 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 フローレンスケア武蔵小杉 | 川崎市中原区今井上町8-24 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 1 有 | グループホーム フローレンスケアたかつ | 川崎市高津区久末1744-2 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |

| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
|-------------------|---|---|---------------------|-----------------|--|
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 | 無 | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 | 無 | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | 有 | フローレンスケアたまプラーザ | 川崎市宮前区犬蔵2-17-65 | |
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 | 無 | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 | 無 | | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 | 無 | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 1 | 有 | グループホーム フローレンスケアたかつ | 川崎市高津区久末1744-2 | |
| 介護予防支援 | 2 | 無 | | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 | 無 | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 | 無 | | | |
| 介護医療院 | 2 | 無 | | | |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 | 無 | | | |
| 通所型サービス | 1 | 有 | デイサービス フローレンスケアたかつ | 川崎市高津区久末1744-2 | |
| その他生活支援サービス | 2 | 無 | | | |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | | 1 | あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|---------------------|--|----|----|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | 個別の利用料金で、実施するサービス（利用者が全額負担） | 包含※2 | | | 料金※3 | 備考 | |
| | | | 都度※2 | 都度※2 | 料金※3 | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | お持ち込みの場合は、処分費が実費負担となります。 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1,100円/回 | 週3回以上希望される場合 | | |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1,650円～ 2,200円/回 | 週3回以上希望される場合 要介護2～3/1,650円 要介護4～5/2,200円 | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1,760円/時間 | 協力医療機関以外の場合 以降30分毎 880円 交通費実費 | | |
| 口腔衛生管理 | 1 あり | 1 あり | ○ | ○ | 実費負担 | 歯科診療については実費負担 | | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 2 なし | | | | 週2回 | | |
| リネン交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 週1回 汚染された場合は適宜 | | |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | | | | | | |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | | | |
| おやつ | | 1 あり | | | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | | | |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1,760円/時間 | 週1回指定日以外の場合 以降30分毎 880円 交通費実費負担 | | |
| 役所手続き代行 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,760円/時間 | 以降30分毎 880円 交通費実費負担 | | |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 実費負担 | 年2回 希望者のみ受診 | | |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠） | 1 あり | 2 なし | | | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1,760円/時間 | 協力医療機関以外の場合 以降30分毎 880円 交通費実費負担 | | |

| | | | | | | |
|---------------|------|------|---|--|--|--|
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 2 なし | | | | |
| 入院中に見舞い訪問 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれか

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

川崎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 | 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)ある。 <input checked="" type="checkbox"/> 界壁で区分されている。 | |
| 2 | 食堂 | 有 | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さを有している。 | |
| 3 | 浴室 | | 不適合 | <input type="checkbox"/> 居室内に設置もしくは全ての入居者が利用できるように適切な規模及び数を設けている。 <input type="checkbox"/> 手すりを設置している。 <input type="checkbox"/> スロープを設置している <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトを設置している。 (要介護者等が使用する浴室) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適している。 | |
| 4 | 便所 | | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室内に設置もしくは全ての入居者が利用できるように適切な規模及び数を設けている。 <input checked="" type="checkbox"/> 常夜灯が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 手すりが設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護者等の使用に適している。 | |
| 5 | 洗面設備 | | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 居室内に設置もしくは全ての入居者が利用できるように適切な規模及び数を設けている。 <input checked="" type="checkbox"/> 洗面台が車椅子使用者に配慮した高さとなっている。 | |
| 6 | 医務室 (健康管理室) | 有 | 適合 | <input type="checkbox"/> 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第16条に規定する診療所の構造設備の基準に適合している。 | |
| 7 | 面談室 | 有 | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮されている。 | |
| 8 | 汚物処理室 | 有 | | | |
| 9 | 看護・介護職員室 | 有 | | | |
| 10 | エレベーター | 有 | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 適切な介護サービス等が提供できるよう入居定員等に応じた台数を設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 少なくとも1基はストレッチャーを収納できる <input checked="" type="checkbox"/> 操作盤は車椅子使用者に配慮した高さにするともに、手すりを備えるなど、要介護者等が使用するのに適している。 | |
| 11 | 緊急通報装置 | 有 | 不適合 | (設置箇所) <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input checked="" type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input checked="" type="checkbox"/> 便所 | 浴室使用時には、必ず職員を配置し、緊急時に対応できるよう配慮している。 |
| 12 | 廊下 | | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ある。 <input checked="" type="checkbox"/> 両側に手すりを連続して設けるなど、要介護者等が使用するのに適している。 ※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。 | |
| 13 | 居室等の出入口 | | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等により円滑に利用できる構造である。 | |
| 14 | スプリンクラー設備等 | | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 消防法等に従い、所轄の消防署等消防機関の指導を受けて適切に整備している。 | |
| 15 | 機能訓練室 | 有 | | | |
| 16 | 談話室 | 有 | | | |
| 17 | 洗濯室 | 有 | | | |
| 18 | 健康・生きがい施設 (スポーツ・レクリエーション等のための施設、図書室その他の施設) | 有 | | | |
| 19 | 事務室、宿直室、その他の運営上必要な設備 | 有 | | | |
| 20 | その他 | 有 | 適合 | <input checked="" type="checkbox"/> 洗剤等の誤飲・誤食を防止するため、保管する設備を備えている。 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品等を保管する鍵付きロッカーなど必要な備品を備えている。 | |

以下は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の「努めること」と記載されている項目について、整備の有無を確認するものです。

| No. | 指針項目 | 設備の有無 | 整備の有無 | 整備されている項目についてチェック | 備考(事業所の考え・代替措置等) |
|--|---------------|-------|-------|---|---------------------------|
| 1 | 居室 (一時介護室) | | 整備 | (居室内に便所、洗面設備、収納設備等を備える場合) <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子等の使用等に支障がないように十分な居室面積を確保している。 | |
| 2 | 食堂 | 有 | 整備 | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者数を勘案し、衛生面を配慮した手指を洗浄する設備を設けている。 | |
| 3 | 洗面設備 | | 整備 | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりを備えるなど、要介護者等が使用するのに適している。 | |
| 4 | 汚物処理室 | 有 | 未整備 | <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置している。 | 入居者の動線と汚染物の運搬経路を分けている。 |
| 5 | 看護・介護職員室 | 有 | 未整備 | <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が日常的に利用する談話室等の共用設備に面して設置している。 <input checked="" type="checkbox"/> カウンターにより区分するなど、談話室及び廊下等を見通すことができる形状となっている。 | 1階に介護職員室、2階に看護職員室を設置している。 |
| 6 | 廊下 | | 整備 | <input checked="" type="checkbox"/> 曲がり角は、すみ切り等の処理を行うなど、車椅子使用者の通行に支障のない構造となっている。 | |
| 7 | 床 | | 整備 | <input checked="" type="checkbox"/> すべりにくく衝撃を吸収しやすい材質を使用している。 | |
| その他（上記項目以外の主な指針不適合事項） | | | | | |
| 例(夜間対応職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。) | | | | | |

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。