

## 有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	ケアポート八王子	
定員・室数	42 人	42 室

## 有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	介護付(一般型)
サ 付 登 録 の 有 無	無
居 住 の 権 利 形 態	利用権方式
利 用 料 の 支 払 方 式	選択方式
入 居 時 の 要 件	混合型(自立含む)
介 護 保 険 の 利 用	特定施設入居者生活介護(一般型)
居 室 区 分	定員1人
介護に関わる職員体制	3:1以上

## 1 事業主体

名 称	法 人 等 の 種 别	営利法人	
	フ リ カ ナ	カブシキガイシャ ヤクモケアポート	
	名 称	株式会社ヤクモケアポート	
主たる事務所の所在地	〒 192-0373	東京都八王子市上柚木1602-4	
連絡先	電 話 番 号	042-676-8848	
	ファックス番号	042-675-0009	
ホ ー ム ペ ー ジ	<a href="http://vakumocare.jp">http://vakumocare.jp</a>		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役社長	氏名 村上 良藏
設立年月日	昭和43年7月6日		
主な事業等	有料老人ホームの経営・運営に関する業務		

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
-----------	-----	----------	-----

## &lt;居宅サービス&gt;

訪問介護	なし		
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	1	ケアポート上高井戸	杉並区上高井戸2-2-30
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	1	ケアポート八王子	八王子市滝山町1-799-1
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		

## &lt;地域密着型サービス&gt;

定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		

地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	なし		
居宅介護支援	なし		

<居宅介護予防サービス>

介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	1	ケアポート八王子	八王子市滝山町1-799-1
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	なし		

<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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

## 2 事業所概要

名 称	フリカヽナ	ケアポートハチオジ			
名 称		ケアポート八王子			
所 在 地	〒 192-0011	東京都八王子市滝山町1-799-1			
連 絡 先	電 話 番 号	042-691-2503			
	ファックス番号	042-691-2504			
ホ ー ム ペ ー ジ	<a href="http://yakumocare.jp">http://yakumocare.jp</a>				
介 護 保 険 事 業 所 番 号	第1372904795号				
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名 北島 明美		
事 業 開 始 年 月 日	平 成 21 年 4 月 1 日				
届 出 年 月 日	平 成 21 年 4 月 1 日				
届出上の開設年月日	平 成 21 年 4 月 1 日				
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日（初回） 指定の有効期間	平 成 21 年 4 月 1 日 令 和 9 年 3 月 31 日 まで			
介護予防	新規指定年月日（初回） 指定の有効期間	平 成 21 年 4 月 1 日 令 和 9 年 3 月 31 日 まで			
特定施設入居者生活介護	JR八王子・京王八王子駅よりバス10分、天神前バス停より徒歩6分				
施設・設備等の状況					

敷 地	権利形態	所有		抵当権	あり									
	面 積	1615.46 m <sup>2</sup>												
建 物	権利形態	所有		抵当権	あり									
	延床面積	943.26 m <sup>2</sup>		うち有料老人ホーム分		943.26 m <sup>2</sup>								
	竣工日	平成 18 年 12 月 1 日												
	階 数	地上 2 階 地下 0 階		うち有料老人ホーム分 地上 2 階 地下 0 階										
		構造 耐火建築物		建築物用途区分		老人ホーム（有料）								
	併設施設等	なし ( )												
賃貸借契約の概要	契約期間		～											
	自動更新													
居 室	階	定員	室数	面積										
	1階	1人	10	9.2	m <sup>2</sup>	～	9.2	m <sup>2</sup>						
		1人	2	10.2	m <sup>2</sup>	～	10.2	m <sup>2</sup>						
	2階	1人	1	8.4	m <sup>2</sup>	～	8.4	m <sup>2</sup>						
		1人	25	9.2	m <sup>2</sup>	～	9.2	m <sup>2</sup>						
		1人	4	13	m <sup>2</sup>	～	13	m <sup>2</sup>						
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積										
					m <sup>2</sup>	～		m <sup>2</sup>						
					m <sup>2</sup>	～		m <sup>2</sup>						
居 室 内 の 設 備 等	便 所		なし											
	洗 面		一部あり											
	浴 室		なし											
	冷暖房設備		全室あり											
	電話回線		なし ( )											
	テレビアンテナ端子		全室あり ( テレビは個人で持参 )											
共 同 便 所	6 箇所			( 男女共有 )										
共 同 浴 室	個浴： 2		大浴槽： 0	機械浴： 1										
	併設施設との共用		なし ( )											
食 堂	兼用	なし ( )												
	併設施設との共用	なし ( )												
その他の共用施設	あり	( 談話室・相談室 )												
エ レ ベ ー タ ー	あり	1 基												
消 防 設 備	自動火災報知設備： あり		火災通報装置： あり	スプリンクラー： あり										
緊 急 呼 出 装 置	居室：	あり	便所：	あり	浴室：	あり	脱衣室：	あり						

### 3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

#### ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態

職種 実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況 等
	専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）		1			1人	0.2	介護職員
生活相談員	1	1			2人	1.2	介護職員

看護職員：直接雇用	1		2		3人	2.0	
看護職員：派遣					0人		
介護職員：直接雇用	7	2	4		13人	13.8	生活相談員・計画作成担当者
介護職員：派遣	1				1人		
機能訓練指導員			1		1人	0.1	
計画作成担当者		1			1人	0.4	介護職員
栄養士					0人		委託
調理員	2				2人	2.0	
事務員					0人	0.0	本社にて
その他従業者			1		1人	0.6	清掃

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 32 時間

### ③-1 介護職員の資格

資格	延べ 人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
介護福祉士	1					
実務者研修	1					
介護職員初任者研修	6	1	4			
介護支援専門員		1				
たん吸引等研修（不特定）						
たん吸引等研修（特定）						
資格なし						

### ③-2 機能訓練指導員の資格

資格	延べ 人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師又は准看護師	1			2		
柔道整復師						
あん摩マッサージ指圧師				1		
はり師又はきゅう師						

### ③-3 管理者（施設長）の資格 介護福祉士

### ④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 18 時 0 分～ 7 時 0 分

上記時間帯の職員配置数 介護職員 2 人以上 看護職員 0 人以上

### ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況
		専従	非専従	専従	非専従			
生活相談員						0人		
看護職員						0人		
介護職員						0人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		

### ⑤-1 介護職員の資格 ③-1と同じのため記入省略

資格	延べ 人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
介護福祉士						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
たん吸引等研修（不特定）						
たん吸引等研修（特定）						
資格なし						

⑤-2 機能訓練指導員の資格

③-2と同じのため記入省略

資格	延べ 人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師又は准看護師						
柔道整復師						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師又はきゅう師						

⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数

2.1 人

従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続 年数	職種	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
1年未満				1	2						
1年以上3年未満	1	2	7	2					1		
3年以上5年未満						1					
5年以上10年未満				2		1				1	
10年以上											
合計		1	2	10	4	2	0	0	1	1	0

#### 4 サービスの内容

提供するサービス

食事の提供サービス	あり	( 直営 )
食事介助サービス	あり	
入浴介助サービス	あり	
排せつ介助サービス	あり	
口腔衛生管理サービス	あり	
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり	
相談対応サービス	あり	
健康管理サービス（定期的な健康診断実施）	あり	
服薬管理サービス	あり	
金銭管理サービス	あり	
定期的な安否確認の方法	3時間毎の見回りと廊下に設置したカメラによるテレビモニターでの確認	

施設で対応できる医療的内容	昼間の時間帯に施設内看護師による医療ケアの範囲内（胃ろう・留置カテーテル）での実施		
医療機関との連携・協力			
協力医療機関(1)	名称	グリーングラス南大沢クリニック	
	所在地	東京都八王子市下柚木2-26-11	
	協力の内容	急変時の相談対応	あり 事業者の求めに応じた診療あり
協力医療機関(2)	名称	医療法人社団徳成会 八王子山王病院	
	所在地	東京都八王子市中野山王病院	
	協力の内容	急変時の相談対応	あり 事業者の求めに応じた診療あり
新興感染症発生時に連携する医療機関	名称	内科・外科・整形外科・皮膚科・精神科・泌尿器科・眼科 (診察はA、Bに分かれて各2回/月 月曜日の午後)	
	所在地	グリーングラス南大沢クリニック	
	有無	あり	
協力歯科医療機関	名称	豊田デンタルクリニック	
	所在地	東京都日野市多摩平1丁目4-19	
	協力の内容	医師1名とスタッフ2名による訪問診療（毎週木曜日）	
介護保険加算サービス等			
個別機能訓練加算	夜間看護体制加算	なし	
	看取り介護加算	あり(II)	
	協力医療機関連携加算	あり(I)	
	認知症専門ケア加算	あり	
	サービス提供体制強化加算	なし	
	介護職員等処遇改善加算	なし	
	入居継続支援加算	あり(II)	
	テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	なし	
	生活機能向上連携加算	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	なし	
	A D L 維持等加算	なし	
	科学的介護推進体制加算	なし	
	高齢者施設等感染対策向上加算	なし	
	生産性向上推進体制加算	なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	なし	
	退院・退所時連携加算	なし	
	退去時情報提供加算	なし	
	人員配置が手厚い介護サービスの実施	なし	
利用者の個別的な選択によるサービス提供	短期利用特定施設入居者生活介護の算定	不可	
	運営懇談会の開催	あり	
	入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置	(年 1 回予定)	

自費によるショートステイ事業	あり
入居に当たっての留意事項	
入居の条件	年齢 原則として65歳以上、特定疾病の場合は、55歳以上
	要介護度 自立、要支援、要介護
	医療的ケア 胃ろう、留置カテーテル
	認知症 制限無
	その他 無
身元引受人等の条件、義務等	契約者と連携してその責を負うとともに身柄を引き取るものとします。死亡した場合は遺体及び遺留金品の引き受けを行うものとします。
体験入居	利用期間 原則として2週間
	利用料金 1泊7,813円（宿泊費、食費、介護サービス料金込み）
	その他 無
入院時の契約の取扱い	入院の場合、家賃相当額と管理費を頂きます。長期になった場合でも、入居契約は在続しますので、退院後は元の居室に戻る事が出来ます。
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 (年 1回)
	定期的な研修の実施 (年 3回)
	担当者の役職名 施設長
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催 (年 1回)
	定期的な研修の実施 (年 3回)
	緊急やむを得ない場合に行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）を行うこと あり
	身体的拘束を行う場合の様態及び時間、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 あり
	やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き 「切迫性」「非代替性」「一時性」について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合、身元引受人に説明し、書面により確認した後実施します。尚、拘束は必要最小限にとどめるようミーティングを開き協議、努力し、記録によりご家族に報告できるような体制をとります。
業務継続計画の策定状況等	職員に対する周知の実施 あり
	定期的な研修の実施 (年 2回)
	定期的な訓練の実施 (年 2回)
	定期的な業務継続計画の見直し あり
事業者からの契約解除	社会通念上、契約継続が困難と判断した場合に解除します。 (詳しくは入居契約書第36条を参照)
要介護時における居室の住み替えに関する事項	
一時介護室への移動	なし
判断基準・手続	
利用料金の変更	
前払金の調整	
従前居室との仕様の変更	
他の居室への移動	あり
判断基準・手続	転倒など危険性が大きいと判断した場合検討会議を開催後契約者に連絡の上変更します
利用料金の変更	なし
前払金の調整	なし

従前居室との仕様の変更	居室面積等が変更になる場合があります。	
提携ホーム等への転居	なし	
判断基準・手続		
利用料金の変更		
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		

#### 苦情対応窓口

窓口の名称1	ケアポート八王子お客様相談室	
電話番号	042-691-2503	
対応時間	9:00	～ 17:45 ( 365日対応 )
窓口の名称2	八王子市役所福祉部高齢者福祉課	
電話番号	042-620-7420	
対応時間	9:00	～ 17:00 ( (月) ～ (金) )
窓口の名称3	東京都国民健康保険団体連合会	
電話番号	03-5326-0177	
対応時間	9:00	～ 17:00 ( (月) ～ (金) )
賠償責任保険の加入	あり	保険の名称：損害賠償責任保険 損保ジャパン日本興亜

#### 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

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	なし	
東京都福祉サービス第三者評価の実施	あり	結果の公表 とうきょう福祉ナビゲーション
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表

#### 5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	85.3 歳	入居者数合計：	36 人
年齢	介護度	自立	要支援1	要支援2
65歳未満				
65歳以上75歳未満	1			1
75歳以上85歳未満				5 2
85歳以上		0	1	5 12 5 3 1
合計	1	0	1	11 14 5 3 1

#### 入居継続期間別入居者数

入居期間	6月未満	6月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計
入居者数	3	4	20	9			36

男女別入居者数	男性：	10 人	女性：	26 人
---------	-----	------	-----	------

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	86 % (定員に対する入居者数)
------------------------	-------------------

#### 直近1年間に退去した者の人数と理由

理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居		その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居	2	医療機関への入院	
介護老人保健施設へ転居		死亡	1
介護医療院へ転居	7	その他	

他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	10
--------------	--	--------	----

## 6 利用料金

入居準備費用	なし	円
明内 細訳		
支払日・支払方法		
解約時の返還		
敷金	なし	
金額		円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。

## 家賃及びサービスの対価

プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	900,000円	148,155円	66,450	22,628	0	47,250	11,827
Bタイプ	1,200,000円	176,455円	94,750	22,628	0	47,250	11,827
月払いAタイプ		164,155円	82,450	22,628	0	47,250	11,827
月払いBタイプ		197,655円	115,950	22,628	0	47,250	11,827

各料金の内訳・明細	前払金	月額卲価（15,000円）×想定移住期間（60ヶ月）900,000円及び1,200,000円により算出							
		(月額卲価の説明)		家賃相当額（居室・共用部）の一部として受領。 前払い金（入居一時金）を想定移住期間（60ヶ月）で割って算出。					
		(想定居住期間の説明) 平均年齢85歳の入居状態を基準として60ヶ月を想定（男性・女性の年齢及び入居構成により簡易生命表により算出）							
	家賃	近隣相場の賃借料及び高齢者が利用しやすい施設設計のコストを含めて算出							
	管理費	A、Bタイプ 管理費22,628円（事務費、保守修繕費に充当）							
	介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
	食費	朝食 450 円・昼食 520 円・夕食 605 円 間食 0 円 1日当たり 1,575 円 × 30日で積算	厨房管理運営費 上記食事料金に含みます。 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 3日前までにキャンセルの申し出で受付いたします。						
	光熱水費	居室及び共用部分の電気水道代							
	短期利用	1日当たり 7,813 円	利用料の算出方法						

## 前払金の取扱い

支払日・支払方法	入居契約日から2週間以内に全額を銀行に振り込み		
償却開始日	入居日		

返還対象としない額	なし	
	位置づけ	
契約終了時の返還金の算定方式	前払い金（入居一時金）保証期間内の場合 $\text{前払い金} \times (\text{償却期間日数} - \text{入居日からの経過日数})$ 前払い金（入居一時金）保証金を超える場合 返還金はありません。目払い金（	
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月	起算日：入居した日
返還期限	契約終了日から	90日以内
保全措置	あり	保全先：朝日信託
その他留意事項	なし	

#### 月額利用料の取扱い

支払日・支払方法	月額利用の支払いについては、当月末締めとし、入居者宛てに明細を添付し、翌月15日前後に請求します。事業者はこれに基づき、その金額を27日に銀行口座から自動引き落とします。
その他留意事項	入居者は入居者名簿の普通口座を設け、その口座から自動振替により月額利用料を支払うものとします。その場合消費税を加算して頂きます。

#### 介護保険サービスの自己負担額

※要介護度に応じて利用料の1割(一定以上所得の場合2~3割)を負担する。

(30日換算・自己負担1割の場合)

単位：円

介護度	介護報酬	自己負担額
要支援1	60,285	6,699
要支援2	102,348	11,372
要介護1	179,350	19,928
要介護2	201,024	22,337
要介護3	223,670	24,853
要介護4	244,701	27,190
要介護5	267,030	29,671

加算の種類	算定	備考
個別機能訓練加算	なし	
夜間看護体制加算	あり(Ⅱ)	要介護のみ
看取り介護加算	あり(Ⅰ)	対象者のみ
協力医療機関連携加算	あり	対象者のみ
認知症専門ケア加算	なし	
サービス提供体制強化加算	なし	
入居継続支援加算	なし	
生活機能向上連携加算	なし	
若年性認知症入居者受入加算	なし	対象者のみ
ADL維持等加算	なし	
科学的介護推進体制加算	なし	

高齢者施設等感染対策向上加算	なし	
生産性向上推進体制加算	なし	
口腔・栄養スクリーニング加算	なし	対象者のみ
退院・退所時連携加算	なし	対象者のみ
退去時情報提供加算	なし	対象者のみ
介護職員等処遇改善加算	あり(Ⅱ)	

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）

#### 料金改定の手続

諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者または契約者に一部負担を依頼すべきと判断した場合には、改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聞いたうえで、料金の改定ししが出来るものとします。

#### 【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	Aプラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	900,000	148,155

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

#### 7 入居希望者等への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	財務諸表の要旨	公開していない
管理制度規程	入居希望者に公開	財務諸表の原本	公開していない
事業収支計画書	公開していない	その他開示情報	入居希望者に公開

#### 8 その他

介護サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	あり	その内容：	速やかに状況の確認を行い、必要に応じて対応を行う
事故対応及びその予防のための指針	あり		

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

<p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: center;">年　月　日</p> <p style="text-align: center;">署名</p>	<p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">年　月　日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p style="text-align: center;">職</p> <p style="text-align: center;">署名</p>
---	---

## 介護サービス等の一覧表(参考様式)

区分 サービス	(自立)		(要支援、要介護I~V区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示) 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<介護サービス>				
巡回 日中	○ 時間毎		■ 3時間毎	
巡回 夜間	○ 時間毎		■ 3時間毎	
食事介助			■	
排泄介助			■	
おむつ交換			■	
おむつ代		実費負担		実費負担
入浴(一般浴)介助	○ 時間毎 2回/週	3回目以降1回/2,160円	■ 2回/週	3回目以降1回/2,160円
清拭	○ 時間毎 2回/週	3回目以降1回/2,160円	■ 2回/週	3回目以降1回/2,160円
特浴介助	○ 時間毎 2回/週	3回目以降1回/2,160円	■ 2回/週	3回目以降1回/2,160円
身辺介助			■	
・体位交換			■	
・居室からの移動			■	
・衣類の着脱			■	
・身だしなみ介助			■	
口腔衛生管理			■	
機能訓練			■	
通院介助 (協力医療機関)			■	
通院介助 (上記以外)		1,850円/時間		1,850円/時間
緊急時対応	○		■	
オンコール対応	○ 24時間		■ 24時間	
<生活サービス>				
居室清掃		648円/1回	○ 1回/週	2回目以降1回648円
リネン交換		648円/1回	■ 1回/週	2回目以降1回648円
日常の洗濯		3,780円/月		3,780円/月
居室配膳・下膳				
嗜好に応じた特別食		実費		
おやつ	○		■	
理美容		実費		実費

買物代行(通常の利用区域)		540円/回	■ 2回/週	540円/回
買物代行(上記以外の区域)		1,080円/回		1,080円/回
役所手続き代行		1,080円/回		1,080円/回
金銭管理サービス				
<健康管理サービス>				
定期健康診断		実費		実費
健康相談	○		■	
生活指導・栄養指導	○		■	
服薬支援			■	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)			■	
医師の訪問診療		医療保険対応		医療保険対応
医師の往診		医療保険対応		医療保険対応
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス		1,080円/1回及び 1,080円/時間		1,080円/1回及び 1,080円/時間
入退院時の同行(協力医療機関)	○		■	
入退院時の同行(上記以外)		1,080円/1回及び 1,080円/時間		1,080円/1回及び 1,080円/時間
入院中の洗濯物交換・買物		1,080円/回		1,080円/回
入院中の見舞い訪問	○		○ 1回/週	
<その他サービス>				

この様式は参考様式です。施設ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援I・II、要介護I～Vと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、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) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームの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ものであること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「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。

施設名:ケアポート八王子

## 八王子市有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目	該当に○	備考
<b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>		
1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合 .	不適合
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合 .	不適合 . ○ 非該当
<b>緊急時の安全確保のための項目</b>		
3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	○ 適合 .	不適合
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合 .	不適合
5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合 .	不適合
6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	○ 適合 .	不適合 . ○ 非該当
7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合 .	不適合
8 災害時の関係機関への通報及び連携体制並びに地域との連携体制を整備し、これらを定期的に職員に周知しているか。	○ 適合 .	不適合
<b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>		
9 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合 .	不適合
10 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13m <sup>2</sup> 以上であるか。	○ 適合 .	不適合 9.2m <sup>2</sup> 以上
11 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合 .	不適合
12 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合 .	不適合
13 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合 .	不適合
14 入居者への虐待の防止早期発見のため、職員に対する研修の実施その他の必要な措置を講じているか。	○ 適合 .	不適合
	○	

15	職員の資質向上のために、外部研修その他、適切な研修の機会を確保しているか。	<input checked="" type="radio"/> 適合	.	<input type="radio"/> 不適合
----	---------------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------

### 入居者の財産を保全するための項目

16	前払金について、規定された保全措置を講じているか。	<input checked="" type="radio"/> 適合	.	<input type="radio"/> 不適合	<input type="radio"/> 非該当	保全先:朝日信託
17	前払金について、全額を返還対象としているか。 (初期償却0の場合のみ「適」とする。)	<input checked="" type="radio"/> 適合	.	<input type="radio"/> 不適合	<input type="radio"/> 非該当	初期償却率: %
18	入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	<input checked="" type="radio"/> 適合	.	<input type="radio"/> 不適合	<input type="radio"/> 非該当	

### その他

19	入居希望者への事前の情報開示することが定められているか。	<input checked="" type="radio"/> 適合	.	<input type="radio"/> 不適合	
----	------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------	--

※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。