

重要事項説明書

作成日 2021年7月1日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

事業主体名	HITOWAケアサービス株式会社
代表者名	代表取締役 袴田 義輝
所在地	東京都港区六本木1丁目4番5号
電話番号／FAX番号	TEL:03-6632-7702 / FAX:03-5562-7552
ホームページアドレス	http://www.irs.jp
設立年月日	平成18年11月1日
直近の事業収支決算額※	(収益) 31,816,489千円 (費用) 30,059,928千円 (損益) 1,756,561千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	

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

2 施設概要

施設名	イリーゼ鎌倉	
所在地	神奈川県鎌倉市大船1914-1	
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	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 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ()
開設年月日	平成25年12月1日	
管理者氏名	山田 潤子	
電話番号／FAX番号	0467-42-7741 / 0467-42-7742	
メールアドレス	Kamakura@irs.jp	
交通の便	JR「大船」駅より徒歩18分	

ホームページアドレス		http://www.irs.jp					
敷地概要	権利形態	所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地					
	(借地の場合の契約形態)	通常借地契約 ・ <input type="checkbox"/> 定期借地契約					
	(借地の場合の契約期間)	平成25年12月1日～平成55年11月30日					
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有					
	敷地面積	2388.04㎡					
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
建物概要	権利形態	所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家					
	(借家の場合の契約形態)	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25年12月1日～平成55年11月30日					
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有					
	建物の構造	鉄筋コンクリート造 3階建 <input type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他					
	延床面積	2293.71 ㎡ (うち有料老人ホーム2293.71㎡)					
	建築年月日	平成25年11月30日建築					
	改築年月日	年 月 日改築					
建築確認時の主要用途	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()						
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
居室概要	居室総数 56室 定員 56人(一時介護室を除く)						
	<input type="checkbox"/> 全室個室 ・ 2 相部屋あり						
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数	
	Aタイプ	56	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	18.54㎡	56	
	Bタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡		
	Cタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡		
	Dタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡		
共用設備概要	食堂	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(1階 ・	122.27㎡)		
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(1階 ・	37.09 ㎡)	
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有		(階 ・ ㎡)	
		ストレッチャー浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有		(階 ・ ㎡)	
	便所	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	各階 ・ ㎡)	
	洗面設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	1階 ・ ㎡)	
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	1階 ・ 19.85 ㎡)	
	談話室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	各階 ・ 38.46 ㎡ ・ 41.9 ㎡)	
	面談室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	1階 ・ 21.51 ㎡)	
	事務室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	1階 ・ 37.22 ㎡)	
	洗濯室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	1階 ・ 19.78 ㎡)	
	汚物処理室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	各階 1.2 ㎡ ・ 7.81 ㎡)	
	看護・介護職員室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(	各階(6.3 ㎡ ・ 7.2 ㎡)	
	機能訓練室	設置階		1階(32.72㎡) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (食堂と兼務)			
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有		(階)			
	緊急通報設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有					
	エレベーター	無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(ストレッチャー搬入可 1 基)			
居室のある区域の廊下幅	(		1.8 m ~		1.8 m)	
消防設備概要	消火器	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		自動火災報知設備	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		
	火災通報設備	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		スプリンクラー	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		

	防火管理者 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
危険区域の指定状況	1 無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	指定されている危険区域 1 水害 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	イリーゼ鎌倉訪問介護センター (事業所番号1472102696) イリーゼ居宅介護支援事業所 (事業所番号1472102704)	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)					
プラン名	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	242000	134000	54000		54000	
Bタイプ	209600	134000	21600		54000	
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	入居者一人あたりの居室の家賃相当額 地代家賃、修繕費、借入利息等を基礎として 近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。				
	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、共用施設の費用、施設等の維持管理費。 入居者の介護度による管理費減額については、下記の通りとします。 一 管理費減額の対象となるか否かは月末時点の介護度を基準に判断するものとし、管理費減額の対象となる場合は、当該月の翌々月分管理費から減額するものとします。 二 前号に付随して、管理費減額の対象から外れる場合は、当該月の翌々月分管理費から減額対象外となります。 三 月末時点で介護認定未審査の場合には、管理費減額対象とはなりません 四 月中で介護度の区分変更が発生した場合、管理費の追加請求・返金の日割計算は行いません。 五 介護度の区分変更等により、過月における介護度が変更になったことが明らかになった場合、介護認定の有効期間開始日に遡っての追加請求・返金はありません。				
	介護費用	無し				
	食費	1か月を30日として月54,000円(税込)を徴収。 1日1,800円(税込)として算出。 食材費、厨房人件費、設備備品等 ※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として、 翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求(お引落)の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。				
	光熱水費	管理費に含むため不要				

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 27 日
支払方法	月額利用料は毎月の請求による月払い (口座振替)
その他留意事項	特になし

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件 ()
	手続き ()
	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	関係法令の改定時・消費者物価指数、人件費の変動時等	
	手続き方法	運営懇談会で意見を聞き、同意を得て行う。	
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	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	
消費税の対象外とする利用料等	月額利用料は消費税込みの金額です。 家賃相当額については非課税		
体験入居の取扱い	1	無	
	2	有	期間 費用

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと。 ・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。 ・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。		
サービスの提供内容の特色	お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける立場で考え、されたい介護で対応させて頂いております。		
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、掃除等の家事の供与	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	事務管理部門の人件費・事務費、共用施設の費用、施設等の維持管理費	
	食費	1日3食（定食方式）、食堂内配膳・下膳	
	その他	郵便物・宅配便・クリーニング等の取次	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先（HITOWAフードサービス株式会社）	
		委託内容（朝昼夕食と15時おやつの提供）	
安否確認の方法・頻度等	昼間時は随時 夜間時は最低2時間に1回以上		
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（東京海上日動火災保険㈱介護事業者総合賠償責任保険）	

※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	一般居室は全て介護居室となっており、入居されている居室において介護を行います。
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	<p>常に見守り等が必要となった場合には、</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける</p> <p>③住替え後の居室および介護等の内容、住み替え後の権利の内容、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者および身元引受人等に説明を行う</p> <p>④身元引受人等の意見を聴く</p> <p>⑤入居者の同意を得る</p> <p>以上の手続を経て、住み替え前の居室の利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな居室の利用権を設定します。</p>
----------------------------	--

(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	医療法人 湘和会 湘南記念病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、婦人科
	所在地	〒248-0027 鎌倉市笛田 2-2-60
	距離及び所要時間	距離：4.4 km 所要時間：15 分
	協力内容	随時の健康相談、疾病の変化による入院治療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団コンパス コンパスクリニック湘南台
	所在地	藤沢市湘南台 1-15-22 ガーデンパレス湘南台 102
	距離及び所要時間	距離：11.5 km 所要時間：30 分
	協力内容	無料検診、訪問診療
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>施設内では医療行為は受けられません。</p> <p>通院：協力医療機関、又は入居者が選択する医療機関において治療を受けていただきます。</p> <p>入院：医師の判断を基本とし、身元引受人・ご家族等とお話しいただき、協力医療機関、又はご入居者が選択する医療機関に入院となります。</p> <p>入院・通院ともに医療保険で支給される以外の費用は入居者負担となります。</p> <p>入院期間中も家賃相当額及び管理費をお支払いいただきます。</p>	

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1	0		
	生活相談員	0	0		
	介護職員	12	10	2	
	看護職員	1	0		
	機能訓練指導員				
	理学療法士	0	0		
	作業療法士	0	0		
	その他	0	0		
	計画作成担当者	0	0		
	栄養士				外部委託
	調理員				外部委託
	事務職員	0	2		
	その他職員	0	0		
合計	17	13			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		資格等		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有					
	資格等の名称		介護支援専門員							
	1 無		2 <input checked="" type="checkbox"/> 有							
	資格等の名称		介護支援専門員							
	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	0	1	4	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1		3	1	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	5	7	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	5	2	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				1	<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	18 人	介護職員初任者研修修了者	7 人
介護支援専門員	3 人	資格なし	0 人

6 入居状況等

(2021 年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	55 人 (定員 56 人)			
入居者の状況	男 性 10 人、女 性 45 人			
	自 立 0 人			
	要支援 1 人	(内訳)	要支援 1	1 人
			要支援 2	0 人
要介護 54 人	(内訳)	要介護 1	9 人	
		要介護 2	9 人	
		要介護 3	11 人	
		要介護 4	17 人	
		要介護 5	8 人	
平均年齢	89 歳 (男性 87 歳、女性 90 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	4人	
		社会福祉施設	3人	
		医療機関	4人	
		死亡者	10人	
		その他	1人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 自宅、施設、医療機関への転居	22人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>1 無</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <table border="1" data-bbox="759 300 1391 389"> <tr> <td>1 代替措置あり ()</td> </tr> <tr> <td>2 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	<p><input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p>						
苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	<p>苦情マニュアルに従って担当者に連絡し、誠実に対応すると共に、経過を記録に残します。</p> <p><施設及び本社> HITOWAケアサービス株式会社 お客様相談センター TEL：0120-765-600 受付時間 9:00～17:00（12/31～1/3） 施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談する事が出来ます。</p> <p><第三者機関> 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL：045-210-1111（代表）</p> <p>鎌倉市健康福祉部高齢者いきいき課 TEL:0467-61-3899</p>						
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	<p>事故対応マニュアルに基づき、応急処置、協力医療機関への搬送、若しくは119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、ホーム長等から家族へ連絡します。さらに、在宅総合診療を行う医療機関とも連携を取って対応します。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>						
生活保護受給者の受入れ対応	<p><input type="checkbox"/> 否 ・ 可</p>						
身元引受人の条件及び義務等							
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	<table border="1" data-bbox="651 1350 1391 1476"> <tr> <td>協会への加入</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> <tr> <td>入居者基金への加入</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> </table>	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		
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	<p>1 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <table border="1" data-bbox="778 1541 1391 1666"> <tr> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>無 ・ 有</td> </tr> </table>	実施日		結果の開示	無 ・ 有		
実施日							
結果の開示	無 ・ 有						
第三者による評価の実施状況	<p>1 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <table border="1" data-bbox="778 1731 1391 1917"> <tr> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価機関名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>無 ・ 有</td> </tr> </table>	実施日		評価機関名称		結果の開示	無 ・ 有
実施日							
評価機関名称							
結果の開示	無 ・ 有						
看取りの対応	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>						

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1	公開 (閲覧 ・ 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

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（有・無）

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 9時～ 18時	有・無	随時		随時			随時		
・夜間 18時～ 9時	有・無	2時間毎に巡回		2時間毎に巡回			2時間毎に巡回		
②食事介助	有・無	必要時							
③排泄									
・排泄介助	有・無	必要時		必要時			必要時		
・おむつ交換	有・無	必要時		必要時			必要時		
④入浴等									
・清拭	有・無		介助 10分550円		介助 10分550円			介助 10分550円	
・一般浴介助	有・無		介助 10分550円		介助 10分550円			介助 10分550円	
・特浴介助	有・無		介助 10分550円		介助 10分550円			介助 10分550円	
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	必要時		必要時			必要時		
・居室からの移動	有・無	必要時		必要時			必要時		
・衣類の着脱	有・無	必要時		必要時			必要時		
・身だしなみ介助	有・無	必要時		必要時			必要時		
⑥機能訓練	有・無		お客様希望 10分550円	必要時			身体状況に応じて		
⑦通院の介助	有・無		お客様希望 10分550円		お客様希望 10分550円		お客様希望 10分550円		10分550円
⑧緊急時対応	有・無								
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無		お客様希望 10分550円		お客様希望 10分550円		お客様希望 10分550円		10分550円
・洗濯	有・無		洗濯サービス（月13回） 月額4950円		洗濯サービス（月13回） 月額4950円		洗濯サービス（月13回） 月額4950円		月額4950円
②居室配膳・下膳	有・無	体調不良時は無料	お客様希望 10分550円	体調不良時は無料	お客様希望 10分550円		体調不良時は無料	お客様希望 10分550円	
③理美容	有・無		月1回 実費		月1回 実費		月1回 実費		実費
④代行									
・買物	有・無	週1回指定日・指定業者無料	左記以外希望により 1回550円	週1回指定日・指定業者無料	左記以外希望により 1回550円		週1回指定日・指定業者無料	左記以外希望により 1回550円	
・役所手続	有・無		10分550円		10分550円				10分550円
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無		年2回実費		年2回実費				年2回実費
・健康相談	有・無	適時看護師対応		適時看護師対応			適時看護師対応		
・生活指導	有・無	適時看護師対応		適時看護師対応			適時看護師対応		
・医師の往診	有・無	必要に応じ随時	医療保険制度で支給される以外の費用は実費	必要に応じ随時	医療保険制度で支給される以外の費用は実費		必要に応じ随時	医療保険制度で支給される以外の費用は実費	
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有・無	お客様の希望により付添	有料10分540円	お客様の希望により付添	有料10分540円		お客様の希望により付添	有料10分540円	
5. その他サービス									
・レクリエーション	有・無	随時	一部のレクリエーションはお客様の希望により 実費負担有	一部のレクリエーションはお客様の希望により 実費負担有			一部のレクリエーションはお客様の希望により 実費負担有		実費負担有

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)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	チェア浴にて対応
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	使用頻度が高い食堂の便所については2つあるため代用
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	有			
16	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	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

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

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。