

重要事項説明書

作成日
令和3年7月20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	株式会社ウェルメディック・ジャパン
代表者名	代表取締役 安田 宰
所在地	神奈川県横浜市中区山吹町1-3 K&Gビルディング1階
電話番号／FAX番号	045-315-7450／045-315-5448
ホームページアドレス	https://wmj.co.jp/
設立年月日	平成19年11月16日
直近の事業収支決算額※	(収益) 395,067,484 円 (費用) 394,695,531 円 (損益) 371,953 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 (訪問看護・訪問介護・居宅支援事業)

※ 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	メディホス鎌倉	
所在地	神奈川県鎌倉市上町屋524-3	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (一般型・外部サービス利用型) <input checked="" type="checkbox"/> 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦個室含む) 2 相部屋あり

	提携ホームの利用等	無 ・ 有 ()				
開設年月日	令和2年11月1日					
管理者氏名	清水 泰治					
電話番号／FAX番号	0467-55-5792／0467-55-5793					
メールアドレス	info@medihos-kamakura.jp					
交通の便	湘南モノレール「湘南町屋」下車徒歩約10分					
ホームページアドレス	https://medihos-kamakura.jp					
敷地概要	権利形態	所有 ・ 借地				
	(借地の場合の契約形態)	通常借地契約 ・ 定期借地契約				
	(借地の場合の契約期間)	年 月 日～年 月 日				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無 ・ 有				
	敷地面積	676.26 m ²				
	抵当権の設定	無 ・ 有				
建物概要	権利形態	所有 ・ 借家				
	(借家の場合の契約形態)	通常借家契約 ・ 定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	令和2年8月1日～令和12年7月31日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ 有				
	建物の構造	鉄筋コンクリート 造4 階建 (耐火) ・ 準耐火 ・ その他				
	延床面積	1287.3 m ² (うち有料老人ホーム 1287.3 m ²)				
	建築年月日	平成元年5月31日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
建築確認時の主要用途	有料老人ホーム ・ その他 ()					
	抵当権の設定	無 ・ 有				
居室概要	居室総数18 室 定員18 人(一時介護室を除く)					
	1 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	1人	無 ・ 有	無 ・ 有	24.912m ²	2
	Bタイプ	1人	無 ・ 有	無 ・ 有	28.715m ²	2
	Cタイプ	1人	無 ・ 有	無 ・ 有	34.216m ²	3
	Dタイプ	1人	無 ・ 有	無 ・ 有	33.995m ²	11
共用設備概要	食堂	無 ・ 有 (1 階 ・ 96.16m ²)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有 (1 階 ・ 13.167 m ²)			

	リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)
	ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ 12.285 m ²)
	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1・2・3・4 階・ 3.763 m ²)
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ 1.5 m ²) 各居室
	医務室(健康管理室)	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ 96.16 m ²) 食堂兼用
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ 12.562 m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ 18.765 m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ 11.910 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2・3・4 階・ 4.541 m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1・2・3・4階・ 10.3~24.115 m ²)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 0 基)
	居室のある区域の廊下幅	(1.26 m ~ 1.95 m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" 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	指定されている危険区域
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	<input checked="" type="checkbox"/> 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要		

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷 金	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (100,000 円、家賃相当額の 1.07~1.88 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
緩和ケア	163,000 円	93,000 円	30,000 円 (税込)	0 円	40,000 円 (税込)	実費負担
指定難病	123,000 円	53,000 円	30,000 円 (税込)	0 円	40,000 円 (税込)	実費負担
Cタイプ						
Dタイプ						
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	建物の家賃より算出				
	管理費	共用施設・各居室の設備費の維持管理費・運営費に係る事務経費・管理部門の 人件費を考案して算出				
	介護費用					
	食費	食費（普通食・1日3食）・厨房維持管理費：月額 40,000 円（食事は 30 日分 としての計算となります。） 内訳：＜食費＞朝食：300 円、昼食 450 円、夕食 450 円×30 日=36,000 円 ＜厨房維持管理費＞4,000 円 ※欠食時は、3 日前に届出下さい。 欠食の時は、1 日単位で 3 食分の欠食となります。 ※普通食以外の嚙下食（きざみ食・ムース食）別途 300 円追加。 ※治療食、その他医療食はご相談下さい。				
	光熱水費	別途、実費負担。				
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 10 日までに請求し、当月 27 日支払い。
支払方法	銀行口座から自動引き落とし。
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件	<ul style="list-style-type: none"> ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。 ②月額利用料の支払いを正当な理由なく、一定期間以上連続して遅滞する時。 ③施設の利用において入居者に禁止又は、管理規程違反・制限している規程に是正しない時。 ④入居者や身元引受人をはじめ入居者に関わる人物が他の入居者や職員に身体的・精神的に危害を及ぼし業務に支障をきたすおそれがある場合。かつ、入居者に対し通常の介護方法等ではこれを防止することができない時。 ⑤建物及び、その付帯設備を故意又は重大な過失により破損、滅失せしめた時。 ⑥事業者の経営上、困難で運営ができないと判断した場合は、90日前に説明し退去頂きます。
	手続き	<ul style="list-style-type: none"> ①契約解除の通告に90日程度の十分な予告期間をおく。 ②契約解除の通告に先立ち、入居者及び身元引受人に弁明の機会を設ける。 ③契約解除通告の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と協議し移転先の確保に協力する。 ④前項条件④により契約を解除する場合には、加えて主治医等の意見を聴くとともに、一定の観察期間を設ける。
	解約予告期間（	90 日）
入居者からの解約予告期間		30日前

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	公租公課の増加、消費者物価指数及び人件費、その他経済状況の変化等生じた場合。
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴き、入居者又は身元引受人の同意を得る
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		<ul style="list-style-type: none"> 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	家賃相当額、敷金		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 有	期間	2～3日
		費用	13,200円/1泊（税込）、 介護保険は適用外となります。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	ホスピス型の医療に特化した住宅型有料老人ホームです。 ご本人・ご家族様に寄り添ったサービスを提供します。		
サービスの提供内容の特色	24時間、在宅医療看護を中心にターミナルケア対応を目指して いきます。（多職種連携）		
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	共用施設・各居室の設備費の維持管理費・運営費 に係る事務経費・管理部門の人件費を考案して算 出	
	食費	1日3食の費用と厨房維持管理費	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先（株式会社Dear Plus One）	
		委託内容（食事提供）	
安否確認の方法・頻度等	必要時に応じて対応致します。		
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）	

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	各一般居室にて介護を行います。
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	

(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	医療法人社団 清隆会 藤沢脳神経外科病院
	診療科目	脳外科・外科・整形外科・麻酔科
	所在地	藤沢市片瀬 2-15-36
	距離及び所要時間	距離 5.9Km 車で 16 分
	協力内容	脳外科・外科・整形外科
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団 清康院 かがみ在宅クリニック
	診療科目	外来診療・嚔下外来・気管切開外来・在宅医療
	所在地	鎌倉市岡本 2-21-26 山一ビル 3 階
	距離及び所要時間	距離 1.6 km 車で 4 分
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>入院一・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族の話し合いより協力医療機関又は希望する病院に入院となります。長期入院の場合は、ご家族との話し合いをもとに今後の対応を決めるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払い下さい。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用する事はありません。 	

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

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年7月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (18時～翌9時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員	1			管理者兼務
	介護職員	1	15	1	管理者兼務
	看護職員		7	1	
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員				
	事務職員	2			
	その他職員		2		
合計	3	24	2		

(2) 職員の状況

		他の職務との兼務		無 ・ 有							
		資格等	1 無		2 有						
			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			17		20						
前年度1年間の退職者数		1	10		5	1					
業務に従事した経年数に 応じた職員の人数	1年未満				2						
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満		2		3						
	5年以上 10年未満				5						
	10年以上		5	1	5	1					
従業者の健康診断の実施状況					1 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	人	介護職員実務者研修修了者	2人
介護福祉士	9人	介護職員初任者研修修了者	4人

介護支援専門員	人	資格なし	人
---------	---	------	---

6 入居状況等 (2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	11人(定員 18人)		
入居者の状況	男性	8人	女性 3人
	自立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	10人	(内訳) 要介護1 人 要介護2 人 要介護3 1人 要介護4 1人 要介護5 8人
平均年齢	74.6歳(男性 77歳、女性 67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	人	
		社会福祉施設	人	
		医療機関	人	
		死亡者	25人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
				1人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	
			入居後、自宅での療養をご希望された為。	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無
	2 有
	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	無 ・ 有
苦情解決の体制(相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	<施設> 施設管理者 清水 泰治 TEL: 0467-55-5792 運営指導窓口 <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 <鎌倉市役所 健康福祉部高齢者いきいき課>

	TEL : 0467-61-3899		
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）	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬送を行うとともに、施設長から家族等への連絡を行います。また、事故の内容や措置状況等については検証し速やかに入居者の家族等に連絡します。		
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人等は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要な時には、入居者の身柄を引き取ります。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況	協会への加入	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 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 checked="" type="checkbox"/> 無		
	2 有	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・）

区分	要支援 1～2			要介護 1～5		
	提供サービスの別	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス						
①巡回						
・昼間 9時～18時	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	1日5回以上必要に応じて対応		1日5回以上必要に応じて対応		
・夜間 18時～9時	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
③排泄						
・排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		実費負担		実費負担	
④入浴等						
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で入浴不可の場合週2回 3300円/30分（税込）		体調不良で入浴不可の場合週2回 3300円/30分（税込）	
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で入浴不可の場合週2回 3300円/30分（税込）		体調不良で入浴不可の場合週2回 3300円/30分（税込）	
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で入浴不可の場合週2回 3300円/30分（税込）		体調不良で入浴不可の場合週2回 3300円/30分（税込）	
⑤身辺介助						
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1100円/1回（税込）	
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
⑧緊急時対応						
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	24時間対応		24時間対応		
2. 生活サービス						
①家事						
・清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1650円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1650円/1回（税込）	
・洗濯（一般）	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1650円/1回（税込）		体調不良で自立対応不可の場合随時対応 1650円/1回（税込）	
・クリーニング（汚物・血液等付着衣類等）	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		外注クリーニング 実費負担		外注クリーニング 実費負担	
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	身体の具合が悪く、食堂で食事できない方のみ対応		身体の具合が悪く、食堂で食事できない方のみ対応		
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
④代行						
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
・役所手続	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
3. 健康管理サービス						
・健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		年1回	実費負担	年1回	実費負担
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要な時に随時対応			必要な時に随時対応	
・生活指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要な時に随時対応			必要な時に随時対応	
・医師の往診	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		月2回程度	医療保険適用	月2回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス						
・医療費	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			医療対応		医療対応
・付き添いサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
5. その他サービス						
・レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			実費負担		実費負担
・緊急時対応	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		緊急時による対応 11000円/1回（税込）		緊急時による対応 11000円/1回（税込）	

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。
 注5) 「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。
 注6) 1-②、③、④、⑤については、原則的に入居者の選択する介護保険サービスを利用して頂きます。

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。	
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。	
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)	無			
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	無			各居室の設置箇所あり、持ち込み可
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	無			
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		不適合	<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。	既存建物を転用して開設した有料老人ホームの為、2.3.4階の居室前廊下が幅1.26mとなります。車いすのすれ違いができるように居室等の転回スペースを設けて対応します。
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)

※建物賃貸借契約の契約期間及び、更新後の契約期間が短期間であり、自動更新ではない。理由として、建物所有者の意向で5年間毎の更新(自動更新ではない)である為、建物所有者とは継続して更新を行い、契約をできる旨を確約しております。

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。