

別紙様式

有料老人ホーム 兼 特定施設入居者生活介護 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	株式会社チャーム・ケア・コーポレーション
代表者名	下村 隆彦
所在地	大阪府大阪市北区中之島3丁目6番32号
電話番号／FAX番号	06-6445-3389/06-6445-3398
ホームページアドレス	http://www.charmcc.jp
設立年月日	昭和59年8月22日
直近の事業収支決算額※	(収益)19,630,485千円 (費用)17,795,227千円 (損益)1,835,256千円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (仰星監査法人)
他の主な事業	介護付有料老人ホーム運営 (特定施設入居者生活介護) 住宅型有料老人ホーム運営 (訪問介護・通所介護・居宅介護支援)

※ 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	チャームプレミア鎌倉山	
所在地	神奈川県鎌倉市鎌倉山三丁目20番1号	
施設の類型及び表示事項	類型	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	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 1472103421 号 指定年月日 令和2年10月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室 (夫婦等居室付) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()
開設年月日	2020年10月1日	
管理者氏名	橋 節子	
電話番号／FAX番号	0467-39-1016/0467-39-1017	
メールアドレス	gyomu-kanri-horei@charmcc.jp	
交通の便	湘南モノレール江の島線「西鎌倉」駅徒歩約12分	

		京急バス「鎌倉山」バス停徒歩2分					
ホームページアドレス		http://www.charmcc.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	m ²					
	抵当権の設定	無 ・ 有					
建物概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家					
	(借家の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約					
	(借家の場合の契約期間)	2020年9月1日～2050年8月31日					
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
	建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上3階建(耐火・準耐火・その他)					
	延床面積	3,873.72 m ² (うち有料老人ホーム3,873.72m ²)					
	建築年月日	2020年8月3日建築					
	改築年月日	年 月 日改築					
	建築確認時の主要用途	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()					
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
居室概要	居室総数	57室	定員	68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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	21.99m ² ～22.20m ²	45	
	Bタイプ	1	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	31.23m ²	1	
	Cタイプ	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	43.72m ² ～45.25m ²	11	
	Dタイプ		<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	m ²		
共用設備概要	食堂	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・201.94m ²)					
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各階・4.60 m ² ～5.98 m ²)				
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・20.81 m ²)				
	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各階・4.40 m ² ～5.62 m ²)					
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各階・5.74 m ² ～7.72 m ²)					
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・12.53 m ²)					
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・28.45 m ² ～60.60 m ²)					
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・18.41 m ²)					
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・38.24 m ²)					
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1～3階・6.77～9.88 m ²)					
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1～3階・4.50 m ² ～6.36 m ²)					
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2～3階・14.79～19.37 m ²)					
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)					
	健康・生きがい施設	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 () 階					
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可2基)					
	居室のある区域の廊下幅	(1.8 m ～ 1.8m)					
	消防設備概要	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"/> 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	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	指定されている危険区域 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	無し	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ 月払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃相当額	管理費	介護費用	食費	光熱水費
A-1タイプ プラン1	0	518,500	315,000	121,000	-	82,500	-
A-1タイプ プラン2	8,100,000	383,500	180,000	121,000	-	82,500	-
A-1タイプ プラン3	16,200,000	248,500	45,000	121,000	-	82,500	-
A-2タイプ プラン1	0	498,500	295,000	121,000	-	82,500	-
A-2タイプ プラン2	7,500,000	373,500	170,000	121,000	-	82,500	-
A-2タイプ プラン3	15,000,000	248,500	45,000	121,000	-	82,500	-
A-3タイプ プラン1	0	412,500	209,000	121,000	-	82,500	-
A-3タイプ プラン2	4,920,000	330,500	127,000	121,000	-	82,500	-
A-3タイプ プラン3	9,840,000	248,500	45,000	121,000	-	82,500	-
Bタイプ プラン1	0	750,500	470,000	198,000	-	82,500	-
Bタイプ プラン2	12,600,000	540,500	260,000	198,000	-	82,500	-
Bタイプ プラン3	25,200,000	330,500	50,000	198,000	-	82,500	-
Cタイプ プラン1 (1人利用)	0	914,500	590,000	242,000	-	82,500	-
Cタイプ プラン2 (1人利用)	16,200,000	644,500	320,000	242,000	-	82,500	-
Cタイプ プラン3 (1人利用)	32,400,000	374,500	50,000	242,000	-	82,500	-
Cタイプ プラン1 (2人利用)	0	1,123,500	590,000	368,500	-	165,000	-
Cタイプ プラン2 (2人利用)	16,200,000	853,500	320,000	368,500	-	165,000	-
Cタイプ プラン3 (2人利用)	32,400,000	583,500	50,000	368,500	-	165,000	-
月 額	家賃	居室及び共有部の利用にかかる費用。近傍家賃等を参照して算出。					

利用料の算定根拠	管理費	事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の光熱水費及び維持管理費、居室の光熱水費。	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費	食材料費、加工費（1日3食で30日の場合の費用） 喫食実績に応じて請求いたします。※暦月によって変動します。 軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供はなく、飲食料品の提供は軽減税率の対象外とします。	
	光熱水費	管理費に含みます。	
前払金		4,920,000円～32,400,000円	
算定根拠		前払金月額単価（円）×想定居住期間（60か月）により算出	
償却開始日		契約開始日（入居予定日）の翌日を償却起算日とします。	
返還対象としない額		前払金の30%	
契約終了時の返還金の算定方法		<p>・前払金償却期間内に契約が終了した場合： 次により計算された金額を返還します。 〔前払金×（1－非返還対象分の前払金に占める比率30%）÷60月〕×（60月－経過月数※） 償却期間＝60ヶ月（80歳未満の場合は満80歳の誕生日までの月数を加算）</p> <p>※入居予定日（契約開始日）の翌日が属する月を含む月数（入居予定日（契約開始日）の翌日が属する月及び契約終了月が1か月に満たない端数の日数がある場合は、1か月を30日として、日割計算します。） なお、〔 〕内で算出される金額は1か月に償却される金額に相当します。</p> <p>・前払金償却期間を超えて契約が終了した場合： 返還金はありません。</p>	
短期解約の返還金の算定方式		<p>入居した日の翌日から3ヶ月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの前払金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <p>・算定方法 前払金×償却部分の額の比率（一時金の70%）÷想定居住期間（60ヶ月×30日）×（入居した日の翌日から契約終了日（明け渡し日）までの日数） ※1日当たりの利用料は10円未満切り捨て ※「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」は、全額返金します。</p>	
返還期限		契約終了日から90日以内	
保全措置		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>保全措置の内容 （株式会社りそな銀行との信託契約） 無の場合の理由（ ）</p>
その他留意事項			

(2) 月額利用料の取扱い

支払日/ 支払方法	<p><入居時の支払> 原則入居予定日 5 日前までにホームが指定する銀行口座にお振込みいただきます。</p> <p><二回目以降の支払> 入居者は、各種請求を行う口座を指定していただき、その口座から毎月 28 日に前月分の実績と翌月分の家賃相当額・管理費を自動振替の方法によりお支払い頂きます。</p>
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 (入居契約書第29条第1項乃至第2項参照)
	手続き (入居契約書第29条第3項参照)
	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	介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、入居者に対して、変更を行う前までに説明をした上。	
	手続き方法	介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、入居者に対して、変更を行う前までに説明をし、運営懇談会の意見を聴いた上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができるものとします。	
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	<p>① 減額なし</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>		
消費税の対象外とする利用料等	入居金、家賃相当額、介護保険に係る利用料		
体験入居の取扱い	1 無	期間	1泊2日～7泊8日
	② 有	費用	1泊2日11,000円 (宿泊費・食費・介護サービス費含む)

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立について必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話等、日常生活を営むことができるよう必要な援助を妥当適切に行うものです。 ・介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行うものとし、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮して行います。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。 ・事業の実施にあたっては、事業所の所在する市町村、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるとともに、常に利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めるものとします。 		
サービスの提供内容の特色	<p>私たちはサービス業の基本であるお客様の満足を第一とし、常に誠意ある介護に努め、お客様の様々なご要望にお応えしています。</p> <p>入居者様のライフスタイルに応じた料金プランの選択が可能であり、入居者様やご家族様に安心してご入居いただけるように努力して参ります。</p>		
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"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
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 person 費・事務費、日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の光熱水費及び維持管理費、居室の光熱水費。	
	食費	食材料費、加工費（1日3食で30日の場合の費用） 喫食実績に応じて請求いたします。※暦月によって変動します。	
	生活支援費（自立のみ）	自立者等に対する健康管理及び身体状況の変化、能力の低下等により発生する日常生活に必要なサービス費用です。1か月に満たない場合は、日割計算を行います。	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（株式会社LEOC）	
		委託内容（食事提供）	
安否確認の方法・頻度等	日中及び夜間の定期的な巡回		
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"/>	保険名（福祉事業者総合賠償責任保険（三井住友海上火災保険㈱））	

※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	居室
----------------------	----

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	入居契約書 第12条参照

(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	医療法人社団湘南中央会 片瀬クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県茅ヶ崎市松林1-16-52
	距離及び所要時間	7.9km(車で約31分)
	協力内容	(1) ホーム内における定期健康相談の実施 (2) ホーム内の往診の実施 (3) ホームでの死亡時の確認 (4) 外来診療の受け入れ (5) 予防接種の実施 (6) 定期健康診断の受け入れ (7) カンファレンスへの可能な範囲での参加および助言
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団若葉会 湘南食サポート歯科
	所在地	神奈川県藤沢市本藤沢1-10-14
	距離及び所要時間	4.8km(車で約31分)
	協力内容	(1) 平常の歯科診療（口腔ケア）の訪問診療 (2) 緊急時の歯科診療（口腔ケア）の指示 (3) その他
入居者が医療を要する場合の対応※	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思を確認し保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力 ・入院治療を要する場合は、利用者の意思を確認し保証人の同意を得て、医師の判断・指示により近隣病院へ入院の協力 ・夜間・緊急時については書面で確認 	

※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	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			
	生活相談員	1			
	介護職員	10	5	1	
	看護職員	2			
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	(0.1)			
	計画作成担当者	1			兼務
	栄養士				兼務
	調理員				
	事務職員		1		
	その他職員				
合計	11	6	1		

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		資格等		資格等の名称									
	無		有		介護福祉士									
	1 無		2 有		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	2	0	8	5	1	0	1	0	1	0			
	1年以上3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
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	1 人
介護福祉士	3 人	介護職員初任者研修修了者	6 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	29人 (定員 68人)		
入居者の状況	男性	15人	女性 14人
	自立	1人	
	要支援	10人	(内訳) 要支援1 6人 要支援2 4人
	要介護	18人	(内訳) 要介護1 4人 要介護2 4人 要介護3 4人 要介護4 3人 要介護5 3人
平均年齢	86.0歳 (男性 85.7歳、女性 86.3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	1人	
		社会福祉施設	人	
		医療機関	人	
		死亡者	1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
				人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ・ 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)	・ チャームプレミア鎌倉山 ホーム長 0467-39-1016 ・ 鎌倉市高齢者いきいき課 0467-61-3950 ・ 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 045-210-1111
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・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族及び関係機関への迅速に連絡を行い適切に対応する。
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	①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う ②事業者と協議し必要なときは入居者の身柄を引き取る ③入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行う	
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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	入居者基金への加入	<input checked="" 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	1 無	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日 結果の開示 無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 <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"/> 有	

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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 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	1 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 ・ 無）

区分	自立			要支援 1～2			要介護 1～5		
	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 時～時	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。	
・ 夜間 時～時	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。	
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。	
③排泄		—	—	—					
・ 排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。	

・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無		随時	実費		随時	実費		随時	実費
④入浴等		—	—	—						
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
⑤身辺介助		—	—	—						
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	—	—	—	ケアプランに沿って実施します。			ケアプランに沿って実施します。		

⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		予約制	1,650円 /30分～		予約制	1,650円 /30分～		予約制	1,650円 /30分～
⑧緊急時対応										
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	随時対応 します。			随時対応しま す。			随時対応します。		
2. 生活サービス										
①家事		—	—	—	—	—	—			
・清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	居室清掃 1回/週			居室清掃 1回/週			居室清掃 1回/週		
・洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	—	—	ケアプランに沿 って実施しま す。			ケアプランに沿って実施 します。		
②居室配膳・下 膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	—	—	ケアプランに沿 って実施しま す。			ケアプランに沿って実施 します。		
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		予約制	業者指定 料金		予約制	業者指定 料金		予約制	業者指定料 金
④代行		—	—	—						
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		予約制	業者指定 料金		予約制	業者指定 料金		予約制	業者指定料 金
・役所手続	有・ <input checked="" 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		予約制	業者指定 料金		予約制	業者指定 料金		予約制	業者指定料 金
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				ケアプランに沿 って実施しま す。			ケアプランに沿って実施 します。		
・生活指導	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—	—

・医師の往診	有・ <input type="checkbox"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有・ <input type="checkbox"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・移送サービス	有・ <input type="checkbox"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. その他サービス										
生活支援費	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	月額 121,000 円			—	—	—	—	—	—

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。

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"/> 界壁で区別されていない。	
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。 (※介護者等を入居対象とする場合) <input checked="" 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)	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。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型 (外部サービス利用型) 4 地域密着型 <input checked="" type="checkbox"/> 5 介護予防 6 介護予防 (外部サービス利用型)																																									
介護保険に係る利用料(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)																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">利用者負担額 (1割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td style="color: red;">194,003 円</td> <td style="color: red;">19,401 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="color: red;">217,168 円</td> <td style="color: red;">21,717 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="color: red;">241,722 円</td> <td style="color: red;">24,173 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="color: red;">264,171 円</td> <td style="color: red;">26,418 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="color: red;">288,383 円</td> <td style="color: red;">28,839 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)	要介護1	194,003 円	19,401 円	要介護2	217,168 円	21,717 円	要介護3	241,722 円	24,173 円	要介護4	264,171 円	26,418 円	要介護5	288,383 円	28,839 円																							
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)																																							
	要介護1	194,003 円	19,401 円																																							
	要介護2	217,168 円	21,717 円																																							
	要介護3	241,722 円	24,173 円																																							
	要介護4	264,171 円	26,418 円																																							
	要介護5	288,383 円	28,839 円																																							
	各種加算の状況																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">身体拘束廃止取組の有無</td> <td style="width: 50%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/>基準型</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4"><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(I)イ</td> </tr> <tr> <td>(I)ロ</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> </tr> <tr> <td>(IV)</td> </tr> <tr> <td>(V)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>I</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	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"/> 無・有	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)	(II)	(I)イ	(I)ロ	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(II)	(III)	(IV)	(V)	<input checked="" type="checkbox"/> I	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I	II
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																								
	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"/> 無・有																																								
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																																								
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																																								
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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																									
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"/>																																									
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																																									
看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																									
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																																									
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)																																								
		(II)																																								
		(I)イ																																								
		(I)ロ																																								
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(II)																																								
		(III)																																								
		(IV)																																								
		(V)																																								
		<input checked="" type="checkbox"/> I																																								
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I																																								
		II																																								

介護保険に係る利用料(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)	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
	要支援1	65,601円
	要支援2	110,861円
	利用者負担額(割の場合)	
	要支援1	6,561円
	要支援2	11,087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	<input type="checkbox"/> ・有
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> ・有
	若年性認知症入居者受入加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	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"/>
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> ・有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> ・有	
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> ・有	(I)
		(II)
		(I)イ
		(I)ロ
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(II)
		(III)
		(IV)
		(V)
		(I)
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		II
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)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	有の場合は別添短期利用のサービス等の概要 参照

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数		3	10
要介護者の人数		7.6	19
指定基準上の直接処遇職員の数		3	8
配置している直接処遇職員の数		12	15.1
要支援者・要介護者の合計数に対する配置直接処遇職員の数割合	:	0.9:1	1.4:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間37.9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: 日勤 9:00～18:00: 遅番 10:00～19:00: 夜勤 16:00～翌10:00:
	看護職員 早番 8:30～17:30: 日勤 9:00～18:00: 遅番 10:00～19:00:

別添4

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

利用可能期間	最短 日 ～ 最長 日
サービスの内容	

2 利用料

費用の支払方法							
1日あたりの利用料		17280円～37450円					
年齢に応じた金額設定		無・ <input checked="" type="checkbox"/>					
要介護状態に応じた金額設定		<input checked="" type="checkbox"/> ・有					
料金プラン	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
		17280円	4030円	2750円		10500円	
		16610円	4030円	2750円		9830円	
		13750円	4030円	2750円		6960円	
		25010円	6600円	2750円		15660円	
		30480円	8060円	2750円		19660円	
37450円	12280円	5500円		19660円			
算定根拠	管理費	事務管理部門の person 費・事務費、日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の光熱水費及び維持管理費、居室の光熱水費。					
	介護費用						
	食費	食材料費、加工費（1日3食で30日の場合の費用） 喫食実績に応じて請求いたします。※暦月によって変動します。					

	光熱水費		
	家賃相当額	建物賃借料及び近隣同種の施設等の家賃等を勘案し算出	
	その他		
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	オムツ代金、医療費、理美容代金等費用		
介護保険に係る利用料 (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		
		日 額	利用者負担額 (1割の場合)
	要介護1	6,291円	629円
	要介護2	7,063円	706円
	要介護3	7,882円	788円
	要介護4	8,630円	863円
	要介護5	9,437円	943円
	○各種加算の状況		
	夜間看護体制加算		(無・有)
	サービス提供体制強化加算	無・有	(I) イ
(I) ロ			
(II)			
介護職員処遇改善加算	無・有	(III)	
		I	
		II	
		III	
		IV	
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	V	
		I	
		II	
3 その他			
利用(契約)に際しての留意点、特記事項等			