

重要事項説明書

作成日 2021年 7月 1日

1 事業主体概要

| | |
|------------|---|
| 事業主体名 | 医療法人社団 景翠会 |
| 代表者名 | 理事長 富田 春郎 |
| 所在地 | 神奈川県横浜市金沢区泥亀2-8-3 |
| 電話番号／FAX番号 | 045-781-2611／045-789-2349 |
| ホームページアドレス | http://www.keisuikai.or.jp/ |
| 設立年月日 | 1972年 12月 13日 |
| 直近の事業収支決算額 | (収益)5,357,136千円(費用)5,580,598千円(損益)223,462千円 |
| 会計監査人との契約 | <input type="checkbox"/> 無・有 |
| 他の主な事業 | 病院、健診、老健、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援、通所介護、小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者向け住宅・認知症対応型共同生活介護 |

2 施設概要

| | | |
|---------------------|--|--|
| 施設名 | けいすいone'sホームゆるりと | |
| 所在地 | 神奈川県逗子市桜山3-4-45 | |
| 施設の類型 及び表示事 項 | 類型 | 1 介護付 (<input 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 | <input 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 | 1 自立 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 |
| | 介護保険 | <input type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 1472501046 指定年月日 令和元年10月1日) 介護専用型 <input type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着 型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可 |
| | 居室区分 | <input 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 | <input type="checkbox"/> 無・有() |
| 開設年月日 | 2019年 10月 1日 | |
| 施設の管理者氏名 | 西久保 涼子 | |
| 電話番号／FAX番号 | 046-854-4411 / 046-854-4422 | |
| メールアドレス | yururito@keisuikai.or.jp | |
| 交通の便 | JR東逗子駅より徒歩10分(700m)、または京急バス「逗子警察署前」停下車徒歩1分(50m) | |
| ホームページアドレス | http://www.keisuikai.or.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 789.66㎡ 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) 2019年9月17日～2049年9月16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 鉄骨造 地上 4階建 耐火・準耐火・その他 延床面積 1,665.72㎡ (うち有料老人ホーム 1,665.72㎡) 建築年月日 2019年 9月 17日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 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 41室 定員 42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 | |
| | 居室 | 1人 | 無・有 | 無・有 | 17.48㎡ | 3室 | |
| | | 1人 | 無・有 | 無・有 | 17.66㎡ | 3室 | |
| | | 1人 | 無・有 | 無・有 | 18.00㎡ | 3 4室 | |
| | | 2人 | 無・有 | 無・有 | 36.00㎡ | 1室 | |
| 共用施設概要 | 食堂 | | | 無・有 | 1階 | (128.81㎡) | |
| | 浴室 | 一般浴槽 | | | 無・有 | 2・3・4階 | (各5.28㎡) |
| | | リフト浴 | | | 無・有 | | (㎡) |
| | | ストレッチャー浴 | | | 無・有 | 1階 | (16.86㎡) |
| | 便所 | | | 無・有 | 各階居室 | 共用各階 | |
| | 洗面設備 | | | 無・有 | 各階居室 | 共用1階 | |
| | 医務室(健康管理室) | | | 無・有 | | | |
| | 談話室 | | | 無・有 | 1階 | (6.11㎡) | |
| | 面談室 | | | 無・有 | 2・3・4階 | (96.95㎡) | |
| | 事務室 | | | 無・有 | 1階 | (10.8㎡) | |
| | 洗濯室 | | | 無・有 | 各階 | (18.06㎡) | |
| | 汚物処理室 | | | 無・有 | 各階 | | |
| | 看護・介護職員室 | | | 無・有 | 2・3・4階 | | |
| | 機能訓練室 | | | 無・有 | 1階 | (128.81㎡) 他の共用施設との兼用 無・有(食堂) | |
| | 健康・生きがい施設 | | | 無・有 | 1階機能訓練室 | (128.81㎡) | |
| | 緊急通報設備 | | | 無・有 | | | |
| | エレベーター | | | 無・有 | 1基(ストレッチャー搬入可) | 1基 | |
| | 居室のある区域の廊下幅 | | 両手すり設置後の有効幅員 (1.8m～1.8m) | | | | |
| 消防用設備概要 | 消火器 | (無・有) | | 自動火災通報設備 | (無・有) | | |
| | 火災通報設備 | (無・有) | | スプリンクラー | (無・有) | | |
| | 防火管理者 | (無・有) | | 防災計画 | (無・有) | | |
| 危険区域の指定状況 | 1 | 無 | | | | | |
| | 2 | 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 | |

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 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (220,000 円、家賃相当額の 2 か月分) | | | | | |
| プラン名 | (内訳) | | | | | |
| | 月額利用料 | 家賃 | 管理費 | 上乗せ 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| 前払い方式 | 209,260 円 | 59,000 | 52,600 | 31,900 | 65,760 | |
| 月払い方式 | 260,260 円 | 110,000 | 52,600 | 31,900 | 65,760 | |
| 月 額 利 用 料 の 算 定 根 拠 | 家賃 | 建物賃借料等を利用者数かつ月数で除した額。 | | | | |
| | 管理費 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 清掃員、運転員の人件費 (17,600円) ・ 共用部分の水道光熱費、居室の水道費、設備の維持、メンテナンス費用、看介護がサービスに注力できるよう、最先端の設備 (見守り・情報共有など) を導入し、維持するための費用を利用者数かつ月数で除した額 (35,000円)。 | | | | |
| | 上乗せ介護費 | <p>入居者2.5名に対して、週40時間換算で看介護1名の配置体制による人件費。</p> <p>人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付 (利用者負担分を含む) による収入で賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。</p> | | | | |
| | 食費 | <p>(30日喫食した場合) 一日あたり2,192円</p> <p>内訳は、朝食432円、昼食880円、夕食880円とする。</p> <p>欠食の場合は食材費を清算する。(管理規程による)</p> | | | | |
| | 光熱水費 | 居室部分の光熱費は自己負担 | | | | |
| 前払い方式 前払金 | | 3,800,000 円 | | | | |
| 算定根拠 | | <p>「家賃相当額 × 60 月(1825 日) (想定居住期間) + 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(前払金の 20%)」により設定。</p> <p>【1 人居室の場合】 51,000 円 × 60 月 + 760,000 円</p> | | | | |
| 償却開始日 | | 入居日 | | | | |
| 返還対象としない額 | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (760,000 円) | | | | |
| 契約終了時の返還金の算定方法 | | <p>【1 人居室の場合】</p> <p>1. 入居日から3か月経過後以降返還金</p> $= (3,800,000 - 760,000) \times (1,825 \text{日} - \text{入居日数}) \div 1,825$ | | | | |

| | | |
|---------------|--|---------------------|
| 短期解約の返還金の算定方式 | 入居日から3か月以内（短期解約特例） $月額単価 = (3,800,000 - 760,000) \div 60 = 50,666円$ $日額単価 = 50,666 \div 30 = 1,688円$ $返還金 = 3,800,000 - 日額単価 \times 経過日数$ （入居後3月以内の契約解除の場合は、想定居住期間を超えた部分における家賃相当額について全額返還します。） | |
| 返還期限 | ※返還金は契約解除（終了）後、3月以内に返還します。 | |
| 保全措置 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 保全措置の内容（有老協入居者保証制度） |
| | | 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 | 月額利用料その他は、毎月27日の請求による。 |
| 支払方法 | 口座自動振替 |
| 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26条による） |
| | 手続き（入居契約書第26条3項・4項による） |
| | 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 | 神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する。 | |
| | 手続き方法 | 県に事前相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者また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 | <ol style="list-style-type: none"> 1 減額なし（ただし、金沢病院入院の場合は日割り計算で減額し、上限半月分までの減額を行います） 2 日割り計算で減額 3 不在期間が30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・管理費の内共益費部分（その他税法上の規定に則る） | | |
| 体験入居の取扱い | 1 無 | 期間 | 6泊7日を上限とする。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 費用 | 1泊2日15,154円（介護保険の適用はありません。） |

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

| | | | |
|----------------------------------|---|---|--|
| 運営に関する方針 | 「そのままの自分でいられる家」を目指します。 また、住み慣れた地域で安心した生活を送ることができるよう、努めます。さらに、地域と入居者の交流も積極的に行います。 | | |
| サービスの提供内容の特色 | 入居者2人に対し、看介護、事務、清掃、送迎職員全体で1名とした体制を確保します。 また、医療的ケアの必要な方を受入れ、ターミナルケアも実施します。 | | |
| 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"/> | 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 | 共用部分の水道光熱費、居室の水道費、設備の維持・メンテナンス費用、看介護がサービスに注力できるよう、見守り・情報共有などの設備を導入し、維持するための費用 | |
| | 食費 | 委託業者への委託料、厨房管理費、食材費 | |
| | その他 | — | |
| 業務の委託状況 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 委託先（日清医療食品株式会社） | |
| | | 委託内容（3食の調理、配膳、下膳） | |
| 安否確認の方法・頻度等 | 昼夜2時間ごとに巡回のほか、適宜居室見回りを実施。 夜間は離床キャッチにて確認及び随時巡回。 | | |
| 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"/> | 介護保険・社会福祉事業者総合保険（賠償責任、傷害等） | |

※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 | 入居している居室で介護します。 |
| 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 | ・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。 |

(3) 医療の提供状況等

| | | |
|-------------------|--|---|
| 協力医療機関の概要及び協力内容 | 名 称 | 医療法人社団 景翠会 金沢病院 |
| | 診療科目 | 内科・整形外科・眼科・糖尿病内科・外科・神経内科・脳神経外科・リハビリテーション科 |
| | 所在地 | 神奈川県横浜市金沢区泥亀 2-8-3 |
| | 距離及び所要時間 | 5.2 k m、車で約 15 分 |
| | 協力内容 | 入居者の急変時の受診、訪問診療 |
| 協力歯科医療機関の概要及び協力内容 | 名 称 | 松岡歯科医院 |
| | 所在地 | 逗子市久木 3-10-11 |
| | 距離及び所要時間 | 2.2 k m、車で 7 分 |
| | 協力内容 | 歯科訪問診療 |
| 入居者が医療を要する場合の対応※ | <p>通院 ・通院の移送・同行に係る費用は有料となります。協力医療機関への通院の同行は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院 ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <p>・入院期間中も、月額利用料はお支払いください。ただし、金沢病院入院の場合は日割り計算で減額し、上限半月分までの減額を行います</p> <p>・入退院の移送・同行に係る費用は有料となります。協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、月額利用料に含みます。</p> <p>・入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>・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ことはありません。</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

(令和 3 年 7 月 1 日現在)

| | 職員数 | | 夜間勤務職員数 (17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 | | 看護職員兼務 | |
| | 生活相談員 | 1 | | | |
| | 介護職員 | 11 | 4 | 2 | |
| | 看護職員 | 1 | 3 | | |
| | 機能訓練指導員 | | | | |
| | 理学療法士 | | 1 | | |
| | 作業療法士 | | | | |
| | その他 | | | | |
| | 計画作成担当者 | 1 | | | 介護職員兼務 |
| | 栄養士 | | | | 委託 |
| | 調理員 | | | | 委託 |
| 事務職員 | | 2 | | | |

| | | | | |
|-------|----|----|---|--|
| その他職員 | | 3 | | |
| 合計 | 15 | 13 | 2 | |

(2) 職員の状況

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|--------|---|---|---|-----|---------|-----|---------|-----|---|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | |
| | 資格等 | | 1 無 | | | | | | | | |
| | | | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | 看護師 | | | | | | | |
| | 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 | | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に応じた職員の経験年数 | 1年未満 | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | |
| | 1年以上3年未満 | 1 | 2 | 10 | 3 | | | | 1 | | |
| | 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | | | 1 | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 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 | 一人 | 介護職員実務者研修修了者 | 1人 |
| 介護福祉士 | 12人 | 介護職員初任者研修修了者 | 2人 |
| 介護支援専門員 | 1人 | 資格なし | 0人 |

6 入居状況等

(令和3年 7月 1日現在)

| | | | | |
|----------|---------------------------|---------|---------|----------|
| 入居者数及び定員 | 40人 (定員 42人) | | | |
| 入居者の状況 | 男性 | 13人 | 女性 27人 | |
| | 自立 | 0人 | | |
| | 要介護 | 32人 | (内訳) | 要介護1 12人 |
| | | | 要介護2 4人 | |
| | | | 要介護3 5人 | |
| 要介護4 5人 | | | | |
| 要介護5 6人 | | | | |
| 要支援 | 8人 | (内訳) | 要支援1 2人 | |
| | | 要支援2 6人 | | |
| 平均年齢 | 88.7歳 (男性 89.8歳、女性 88.1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 | 0人 |
| | | 医療機関 | 1人 |
| | | 死亡者 | 9人 |
| | | その他 | 3人 |
| | 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | | 入居者側の申し出 | 5人 他の施設を希望。在宅復帰。医療機関看取り |

8 その他運営体制

| | | |
|--|--|--|
| 運営懇談会の実施状況 | 1 無 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり（書面によって説明と同意を得る） |
| | | 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"/> 無 ・ <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） | 施設管理者 046-854-4411 神奈川県子どもみらい局福祉部高齢福祉課 045-210-1111 逗子市役所高齢介護課 046-873-1111 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 03-3548-1078 神奈川県国民健康保険団体連合会 045-329-3447 | |
| 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、協力医療機関である金沢医院への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。 | |
| 生活保護受給者の受入れ対応 | | <input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 可 |
| 身元引受人の条件及び義務等 | 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任を負うとともに、事業所の管理規程の定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとする。また、返還金受取人を兼ねることができ、記名押印する。 さらに、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き受を行うものとする。 | |
| 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 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 利用者アンケート調査、意見 | 1 無 | |

| | | | |
|---------------------|-----|--------|-------------|
| 箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 2 有 | 実施日 | 令和 3年 4月 1日 |
| | | 結果の開示 | 無 ・ 有 |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 有 | 1 無 | |
| | | 実施日 | 令和 年 月 日 |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 無 ・ 有 |
| 看取りの対応 | | | 無 ・ 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 ・ 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)

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

別添 1

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 | | 要支援1～2 要介護1～5 | | |
|-------------------------|---|--|--------------|-----------------------------|
| 提供サービスの別 | | 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） |
| 1. 介護サービス | | | | |
| ①巡回 | | | | |
| ・昼間 9時～17時 | 有 | 2時間ごとに巡回+随時 | — | |
| ・夜間 17時～9時 | 有 | 2時間ごとに巡回+随時 | — | |
| ②食事介助 | | | | |
| | 有 | 必要時対応 | — | |
| ③排泄 | | | | |
| ・排泄介助 | 有 | 必要時対応 | — | |
| ・おむつ交換 | 有 | 必要時対応 | — | |
| ④入浴等 | | | | |
| ・清拭 | 有 | 随時 | | |
| ・一般浴介助 | 有 | 週2回入浴 | 左記以上 | 2,200円/回 |
| ・特浴介助 | 有 | 週2回入浴 | 左記以上 | 2,200円/回 |
| ・入浴見守り | 有 | 週2回入浴 | 左記以上 | 2,200円/回 |
| ⑤身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | 有 | 体調不良時 | — | |
| ・居室からの移動 | 有 | 必要時対応 | — | |
| ・衣類の着脱 | 有 | 必要時対応 | — | |
| ・身だしなみ介助 | 有 | 必要時対応 | — | |
| ⑥機能訓練 | | | | |
| | 有 | ケアプランに沿った機能訓練 | — | |
| ⑦通院の介助 | | | | |
| | 有 | 必要時対応（協力医療機関） | 協力医療機関以外 | 2,200円/時間（送迎のみ） |
| ⑧院内介助 | | | | |
| | 有 | 必要時対応（協力医療機関） | 協力医療機関以外 | 2,200円/時間 |
| ⑨緊急時対応 | | | | |
| | 有 | ナースコール24時間対応 | | |
| 2. 生活サービス | | | | |
| ①家事 | | | | |
| ・居室清掃 | 有 | 週2回程度 | 左記以上 | 1,100円/回 |
| ・居室の大掃除 | 有 | — | | 1,100円/回 |
| ・日常の洗濯 | 有 | 週2回程度 | 左記以上 | 1,100円/回 |
| ・クリーニング | 有 | — | | 実費 |
| ・リネン交換 | 有 | 週1回程度 | 左記以上 | 550円/回 |
| ・簡易な縫物 | 有 | 必要に応じて随時 | | |
| ・ごみ処理 | 有 | 日1回 | 左記以上 | 実費 |
| ・粗大ゴミ | 有 | — | | 実費 |
| ②居室配膳・下膳 | | | | |
| | 有 | 体調不良時のみ対応 | — | |
| ③理美容 | | | | |
| | 有 | — | 訪問理容師対応 | 実費 |
| ④代行 | | | | |
| ・来訪者の受付 | 有 | 必要に応じて随時 | — | |
| ・郵便物の取次 | 有 | 必要に応じて随時 | — | |
| ・鍵の管理 | 有 | 必要に応じて随時 | — | |
| ・買物 | 有 | 必要に応じて随時（往復1時間未満） | 左記以上 | 1,100円/回（代行者の交通費の負担） |
| ・役所手続 | 有 | 必要に応じて随時 | — | |
| ・薬の受け取り | 有 | 必要に応じて随時（1時間未満） | — | |
| 3. 健康管理サービス | | | | |
| ・健康診断 | 有 | — | 年2回 | 実費 |
| ・健康相談 | 有 | 適宜対応 | | |
| ・生活指導 | 有 | 適宜対応 | | |
| ・医師の往診 | 有 | — | 月2回程度 | 医療保険適用 |
| ・服薬支援 | 有 | 適宜対応 | | |
| ・水分補給 | 有 | 適宜対応 | | |
| ・生活の記録（睡眠、排便等） | 有 | 適宜対応 | | |
| 4. 入退院時、入院中のサービス | | | | |
| ・医療費 | 有 | — | | 医療保険適用 |
| ・移送サービス | 有 | 必要時対応（協力医療機関） | 協力医療機関以外 | 2,200円/時間（送迎のみ） |
| ・入退院時の同行 | 有 | 必要時対応（協力医療機関） | 協力医療機関以外 | 2,200円/時間 |
| ・入院中の洗濯物交換・買物 | 有 | 必要時対応（協力医療機関） | 協力医療機関以外 | 2,200円/回 |
| 5. 外出付添サービス | | | | |
| ・買物 | 有 | — | | 2,200円/時間 （交通費等は付添者分も負担） |
| ・散歩（介護計画外） | 有 | — | | 2,200円/時間 （交通費等は付添者分も負担） |
| ・その他外出 | 有 | — | | 2,200円/時間 （交通費等は付添者分も負担） |
| 5. その他サービス | | | | |
| ・レクリエーション | 有 | — | | 参加された方は、実費 |
| ・クラブ活動 | 有 | — | 月2回程度 | 自由参加で、材料費は実費 |

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。 | |
| 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 | | | 食堂と併用 |
| 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 | 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 checked="" 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。 | 1階の廊下については、一部1.6mとなっている。 |
| 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: 10%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">月 額</th> <th style="width: 70%;">利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td style="text-align: right;">198,141円</td> <td style="text-align: right;">19,814円/39,628円/59,442円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="text-align: right;">221,098円</td> <td style="text-align: right;">22,110円/44,220円/66,329円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="text-align: right;">245,445円</td> <td style="text-align: right;">24,544円/49,089円/73,633円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="text-align: right;">267,705円</td> <td style="text-align: right;">26,771円/53,541円/80,312円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="text-align: right;">291,705円</td> <td style="text-align: right;">29,171円/58,341円/87,512円</td> </tr> </tbody> </table> | 区 分 | 月 額 | 利用者負担額 (1割/2割/3割の場合) | 要介護1 | 198,141円 | 19,814円/39,628円/59,442円 | 要介護2 | 221,098円 | 22,110円/44,220円/66,329円 | 要介護3 | 245,445円 | 24,544円/49,089円/73,633円 | 要介護4 | 267,705円 | 26,771円/53,541円/80,312円 | 要介護5 | 291,705円 | 29,171円/58,341円/87,512円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 区 分 | 月 額 | 利用者負担額 (1割/2割/3割の場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護1 | 198,141円 | 19,814円/39,628円/59,442円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護2 | 221,098円 | 22,110円/44,220円/66,329円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護3 | 245,445円 | 24,544円/49,089円/73,633円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護4 | 267,705円 | 26,771円/53,541円/80,312円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護5 | 291,705円 | 29,171円/58,341円/87,512円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 各種加算の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 40%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無・有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無・有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無・有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無・有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無・有</td> <td style="text-align: center;">(I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> </tbody> </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"/> 有 | 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"/> 有 | 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 口腔衛生管理体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 栄養スクリーニング加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 看取り介護加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | (I) | (II) | サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I | <input checked="" type="checkbox"/> II | III | 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> I | II | III | IV | V | 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> I |
| 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"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 栄養スクリーニング加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看取り介護加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | (I) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (II) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

| | | | |
|---|--|--|---|
| 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 | 利用者負担額 (1割/2割/3割の場合) |
| | 要支援1 | 70,839円 | 7,084円/14,168円/21,252円 |
| | 要支援2 | 115,709円 | 11,571円/23,142円/34,712円 |
| | 各種加算の状況 | | |
| | 身体拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <u>基準型</u>) | |
| | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | (I) (II) |
| | サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | I <input checked="" type="checkbox"/> II III |
| | 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> I II III IV V |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <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 | 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照 | |
| | 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 | 4 | 3.8 | 6.8 |
| 要介護者の人数 | 30 | 29.3 | 33.2 |
| 指定基準上の直接処遇職員の数 | 11 | 10.2 | 10.2 |
| 配置している直接処遇職員の数 | 15.2 | 15.2 | 17.3 |
| 要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数割合 | 2.0:1 | 2.0:1 | 2.0:1 |
| 常勤換算方法の考え方 | 常勤職員の週勤務時間 40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 | 8:30~17:30 | |
| | 遅番 | 11:00~20:00 | |
| | 夜勤 | 17:00~ 9:00 | |
| | 看護職員 早番 | 7:30~16:30 | |
| | 日勤 | 8:30~17:30 | |
| | 遅番 | 10:00~19:00 | |