

重要事項説明書

作成日 令和3年 7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	シマダリビングパートナーズ株式会社
代表者名	代表取締役 三田 武
所在地	東京都渋谷区代々木3-22-7新宿文化クイントビル14階
電話番号／FAX番号	03-6275-1182／03-6275-1183
ホームページアドレス	http://www.hibari-kaigo.jp/
設立年月日	平成19年 3月 19日
直近の事業収支決算額※	(収益)金 3,092,617,141円 (費用) 2,800,880,439円 (損益) 291,736,702円
会計監査人との契約	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ (税理士法人 タクトコンサルティング)
他の主な事業	サービス付き高齢者向け住宅の設置、運営、管理 訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、訪問看護の運営

※ 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	うみのホテル	
所在地	神奈川県三浦郡葉山町堀内字5ツ合251-1	
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 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 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 (夫婦個室含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()
開設年月日	令和2年 6月 1日	
管理者氏名	水木 範子	
電話番号／FAX番号	046-854-9202／046-854-9233	
メールアドレス	hayama@hibari-kaigo.jp	
交通の便	京急本線逗子・葉山駅より逗12葉山行バス5分 清浄寺バス停目の前	
ホームページアドレス	http://www.hibari-kaigo.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	2254.44㎡				
	抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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)	<input 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4月1日～2040年3月31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 地下1階 地上6階建 (<input type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	4436.24㎡ (うち有料老人ホーム1736.41㎡)				
	建築年月日	平成11年 1月 28日建築				
	改築年月日	令和2年 5月 1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 ・ <input type="checkbox"/> 有			
居室概要	居室総数 58室 定員 65人(一時介護室を除く)					
	<input type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	29	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	13.75㎡	29
	Bタイプ	22	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	15.12㎡	22
	Cタイプ	4	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	30.25㎡	2
	Dタイプ	4	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	30.25㎡	2
	Eタイプ	2	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	31.91㎡	1
	Fタイプ	4	無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	32.30㎡	2
共用設備概要	食堂	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (6階 ・ 184.60㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (3階3.20㎡、4階 3.20㎡)			
		リフト浴	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (3階4.125㎡、4階 4.125㎡)			
		ストレッチャー浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ ㎡)			
	便所	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (6階 ・ 5.83㎡)				
	洗面設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (3, 4, 6階 ・)				
	医務室(健康管理室)	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ ㎡)				
	談話室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (6階)				
	面談室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 5.60㎡)				
	事務室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 33.67㎡)				
	洗濯室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (2, 3, 4階)				
	汚物処理室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (2, 3, 4階)				
	看護・介護職員室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 20.84㎡)				
	機能訓練室(兼食堂)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (6階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input 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 type="checkbox"/> 有				
	エレベーター	無 ・ <input 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	(1.72 m 内寸)				
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 checked="" type="checkbox"/>)	スプリンクラー (無・ <input checked="" type="checkbox"/>)
	防火管理者 (無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	防災計画 (無・ <input checked="" type="checkbox"/>)
危険区域の指定状況	1 無	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	ひばり訪問介護ステーション葉山 0㎡ 指定番号 1471100402 (2020年5月1日開設) ひばりデイサービス葉山 127.96㎡ 指定番号 1491100069 (2020年7月1日開設)	

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"/> (●●●●●●円、家賃相当額の3か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		水光熱費	管理費	食費	家賃相当額 (非課税)	その他
Aタイプ	239,620円	44,000円	71,500円	42,120円	82,000円	
Bタイプ	243,620円	44,000円	71,500円	42,120円	86,000円	
Cタイプ	246,620円	44,000円	71,500円	42,120円	89,000円	
Dタイプ	247,620円	44,000円	71,500円	42,120円	90,000円	
Eタイプ	271,620円	44,000円	71,500円	42,120円	114,000円	
Fタイプ	277,620円	44,000円	71,500円	42,120円	120,000円	
Gタイプ	481,240円	66,000円	143,000円	84,240円	188,000円	
Hタイプ	501,240円	66,000円	143,000円	84,240円	208,000円	
Iタイプ	531,240円	66,000円	143,000円	84,240円	238,000円	
Jタイプ	551,240円	66,000円	143,000円	84,240円	258,000円	
月額利用料の	水光熱費	共用部の水光熱費、居室の水光熱費等 (税込; 10%)				
	管理費	入居者に対する日常生活支援サービスのための人件費・施設運営に関わる維持管理費及び人件費、 厨房運営費 、事務費等 (税込; 10%)				
	食費	月額金42,120円 (税込; 8%) 1日3食×30日計算による突き当りの概算額です。 ※朝食 350円・昼食 500円・夕食 450円 (別途消費税)				

算定根拠 前払金	家賃相当額	月額 ① 単身部屋：●●●●●●円 ② 二人部屋：●●●●●●円 入居者が当該目的施設に入居し、契約期間中の住まいと日常生活に必要な各種サービスを受ける場として利用するための居住に関する家賃相当の費用です。当該目的施設の開発費、家賃、修繕費等を含む総費用を、1室あたりの月額費用を算出したものです。また、当該目的施設周辺の類似ホームと比較したうえ算出しております。 家賃相当額及び敷金は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金及び対価性のない金品に該当しません。 単身部屋、二人部屋に関しては、居住階数や方位により家賃に差額がございます。	
	その他	要介護認定が要支援の方は自立支援サポート費として、別途月額50,000円（別途消費税）が掛かります	
	前払い金	円	
	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 その他留意事項	無 ・ 有	保全措置の内容（ ） 無の場合の理由（ ）

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	当月の26日に指定口座から引落しまたは25日までに指定口座振込み
支払方法	賃料・水光熱費は翌月分、管理費・食費等は前月分の請求書を毎月15日前後発送。 当月の26日に指定口座から引落しまたは25日までに指定口座振込みによる支払い。但し、振込みの場合振込み手数料はお客様負担となります
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（以下、入居契約書第29条第1項及び4項記載の通り） 第29条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に定めた条件の下に、本契約を解除することがあります。
----------------	--

	<p>一 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とき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、2か月以上連続して遅滞するとき</p> <p>三 第3条5項の定めに違反し、是正しないとき</p> <p>四 第20条の定めに違反し、是正しないとき</p> <p>五 入居者の行動が、自傷又は他の入居者或いは従業員の生命、身体又は財産に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ住宅型有料老人ホームにおける善良なる管理者の注意と日常生活支援方法、及び地域の指定居宅サービス事業所等との連携等の便宜の提供ではこれを防止することができないとき</p> <p>4 事業者は、入居者、成年後見人及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、前項までの定めに関わらず、催告することなく、本契約を解除することができます。</p> <p>一 第46条の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 第20条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>手続き（以下、入居契約書 第29条第2項・3項記載の通り）</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者、成年後見人及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、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成年後見人及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>解約予告期間（90日）</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・租税その他の負担金が増額した場合 ・価格上昇その他経済事情の変動した場合 ・近傍同種と比較して家賃相当額が不相当となった場合 ・本件建物及び共用施設ならびに敷地に改良を加えた場合 			
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴き同意を得た上で改定する。			
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	<table border="1"> <tr> <td>1 減額なし</td> <td>2 日割り計算で減額</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</td> </tr> </table>	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	
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				
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	誠意をもって介護に取り組み、お客様とご家族の幸せ、そして豊かな高齢社会に貢献します。		
サービスの提供内容の特色	自立支援を重視し、自立を損なう過剰なサービス提供は実施しません。		
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
選択、掃除等の家事の許与	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	状況把握、郵送物の受け取り、レクリエーションの実施	
	食費	1日3食	
	その他		
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	委託先 ()	
		委託内容 ()	
安否確認の方法・頻度等	日中；3回の訪室 夜間；1回以上の訪室		
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株式会社 超ビジネス保険)	

※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	認知症等、特別な身体状況により、その居室にて介護が不可能になったと事業者が判断した場合、当施設内で介護居室を移動していただく場合があります。この場合、一定の観察期間を設けて、医師の意見を聞いたうえで入居者本人及び身元引受人の同意を得て住み替えて頂きます。この際、追加費用は発生致しません。但し、入居者及び身元引受人からの申し出の場合、理由の如何に関わらず、入居されていた居室の解約手続きを行ったうえで新たな居室の入居手続きを行う必要があります。この際、別途費用が発生致します。
----------------------------	--

(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	サンライズファミリークリニック
	診療科目	内科、外科、精神科、整形外科、耳鼻科、皮膚科、眼科、歯科、口腔外科、泌尿器科、婦人科、緩和医療科、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導
	所在地	横須賀市武 1-20-17
	距離及び所要時間	20 分
	協力内容	定期往診（月 2 回）、緊急時の往診
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※	個別契約	

※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 (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				
	介護職員	5	1 1	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				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員	1	7		
	事務職員	2			

その他職員				
合計	9	20	1	

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務				無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
	資格等		1 無							
			2 <input checked="" type="checkbox"/>							
		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			2	5	17					
前年度1年間の退職者数				1	6					
業務に 応じた 職員の 人数	1年未満				2					
	1年以上 3年未満			1	2					
	3年以上 5年未満				6					
	5年以上 10年未満			1	5					
	10年以上			1	2					
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	1人	介護職員実務者研修修了者	3人
介護福祉士	11人	介護職員初任者研修修了者	6人
介護支援専門員	1人	資格なし	1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	33人(定員65人)				
入居者の状況	男性 10人、女性 23人				
	自立 0人				
	要介護	31人	(内訳)		要介護1 10人
					要介護2 8人
					要介護3 5人
			要介護4 6人		
			要介護5 2人		
要支援	1人	(内訳)		要支援1 1人	
				要支援2 0人	
平均年齢	84.6歳(男性 81.5歳、女性 86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	2人	
		社会福祉施設	3人	
		医療機関	5人	
		死亡者	1人	
		その他	0人	
	生前解約の状況	施設側の申し出		0人
			(解約事由の例)	
		入居者側の申し出		10人
			(解約事由の例) 入院期間の長期化、在宅復帰	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無				
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>代替措置あり (紙面での意見集約・報告)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>代替措置なし</td> </tr> </table>	1	代替措置あり (紙面での意見集約・報告)	2	代替措置なし
1	代替措置あり (紙面での意見集約・報告)				
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)	施設及び本社 ・施設担当者 TEL: 046-854-9202 ・本社 TEL: 03-6275-1182 ※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できます。 ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL: 03-3237-3781 ・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) ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 TEL: 045-329-3447 ・葉山町福祉課 TEL: 046-876-1111				
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)	災害、負傷及び集団感染等が発生した場合には、所轄消防署及び保健所ならびに協力医療機関等と連携しながら必要な措置を講じます。また、事故の内容や措置状況等については、速やかに入居者の家族等に連絡致します。				
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	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任を負うとともに、事業者の管理規程で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します。				
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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
	入居者基金への加入	無 ・ <input 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	1 有		
	2 有	実施日	3ヵ月毎(3・6・9・12月)
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 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 ・ 有(心身の状況等の諸条件による)		

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		
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				2回程度（体調等考慮）	-		2回程度（体調等考慮）	-	
・夜間 18時～9時	有				1回程度（体調等考慮）	-		1回程度（体調等考慮）	-	
②食事介助										
③排泄										
・排泄介助	有				必要時対応	-		必要時対応	-	
・おむつ交換	有				必要時対応	-		必要時対応	-	
・おむつ代	有				-	-	実費	-	-	実費
④入浴等										
・清拭	有				必要時対応	-		必要時対応	-	
・一般浴介助	有				-	週 2 回	3,300円（税込）/回	-	週 2 回	3,300円（税込）/回
・特浴介助	有				-	週 2 回	3,300円（税込）/回	-	週 2 回	3,300円（税込）/回
⑤身辺介助										
・体位交換	有				必要時のみ対応	-		必要時のみ対応	-	
・居室からの移動	有				必要時のみ対応	-		必要時のみ対応	-	
・衣類の着脱	有				必要時のみ対応	-		必要時のみ対応	-	
・身だしなみ介助	有				必要時のみ対応	-		必要時のみ対応	-	
⑥機能訓練										
⑦通院の介助										
・ナースコール	有				-	希望時（職員付き添い）	1,500円/30分（税別）	-	希望時（職員付き添い）	1,500円/30分（税別）
⑧緊急時対応										
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有				必要時対応	-		必要時対応	-	
・洗濯	有				必要時対応	-	洗濯・乾燥機代 *注6	必要時対応	-	洗濯・乾燥機代 *注6
②居室配膳・下膳										
③理美容										
④代行										
・買物	有				必要時対応	-		必要時対応	-	
・役所手続	有				必要時対応	-		必要時対応	-	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有				年 2 回		実費	年 2 回		実費
・健康相談	有				適宜対応			適宜対応		
・生活指導	有				適宜対応			適宜対応		
・医師の往診	有				-	月 2～3 回	医療保険適用	-	月 2～3 回	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	無				-			-		
・移送サービス	有					必要時	1,500円/30分（税別）		必要時	1,500円/30分（税別）
5. その他サービス										
・レクリエーション	有				随時			随時		

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) 「その他のサービス」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回 400円（税込）

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)		選択してください	<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	選択してください	選択してください	<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	選択してください	選択してください	(居室内に設置していない場合) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	特別浴槽設置なし。介助を行いながら、一般浴槽で対応します。
4	便所	選択してください	選択してください	<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	選択してください	選択してください	(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	選択してください	選択してください	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	選択してください	選択してください	<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。	1階に設置
8	医務室 (健康管理室)	選択してください			
9	看護・介護職員室	選択してください			
10	機能訓練室	選択してください			食堂と併用
11	談話室	選択してください			食堂と併用
12	洗濯室	選択してください			
13	エレベーター	選択してください			
14	スプリンクラー	選択してください			
15	健康・生きがい施設	選択してください			
16	緊急通報装置	選択してください	選択してください	(未設置箇所) <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input checked="" type="checkbox"/> 一時介護室 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input checked="" type="checkbox"/> 便所	携帯式(ペンダントタイプ)のコールを貸与し居室及び居室内便所等からのコールに対応する。 浴室及び脱衣場については、介護職員の見守り及び介助で対応する。 * 入居者単独での入浴は行わない。
17	廊下		選択してください	<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。	複数名が車椅子にてすれ違う場合は、職員が介助を行うことで事故発生等を防ぐ措置を講じる。
18	居室等の出入口		選択してください	<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。