

## 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	株式会社川島コーポレーション
代表者名	代表取締役 川島 輝雄
所在地	千葉県君津市東猪原248番地2
電話番号／FAX番号	0439-37-3600／0439-37-3603
ホームページアドレス	http://www.sunnylife-group.co.jp/
設立年月日	平成2年9月17日
直近の事業収支決算額※	(収益)47,273,764千円 (費用)45,321,950千円 (損益)1,951,814千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	介護保険指定事業 (訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、通所介護事業)

※ 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	有料老人ホーム サニーライフ綾瀬	
所在地	〒252-1113 神奈川県綾瀬市上土棚中2丁目13番28号	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 ( <input type="checkbox"/> 一般型 ・ 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 1474400486 指定年月日平成24年5月1日 ) <input 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 (夫婦居室付) <input type="checkbox"/> 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	平成24年 5月 1日	
管理者氏名	北澤 美由紀	
電話番号／FAX番号	0467-79-3600 /0467-79-3800	
メールアドレス	ayase@sunnylife-group.co.jp	
交通の便	小田急江ノ島線「長後駅」西口より徒歩約22分(約1.7km)、 長後駅西口バスターミナル③番乗り場より神奈中バスで上土棚 バス停下車(所要時間5分)、徒歩約6分約515m	
ホームページアドレス	http://www.sunnylife-group.co.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 2,668.73㎡ 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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) 平成23年 7月 27日～平成46年 7月 26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 地上3階建 <input type="checkbox"/> 耐火・ <input type="checkbox"/> 準耐火・その他 延床面積 3,067.56㎡ (うち有料老人ホーム3,052.67㎡) 建築年月日 平成23年 7月 27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 ・ <input type="checkbox"/> 有					
居室概要	居室総数 91 室 定員 91人(一時介護室を除く) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	13.48㎡	7室
	Bタイプ	1人	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	13.68㎡	84室
	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・ 144.37㎡ ) ( 2階・ 40.40㎡ ) ( 3階・ 40.40㎡ )				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階・ 42.29㎡)			
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階・ ㎡)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階・ 14.61㎡)			
	便所	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 男子用 設置箇所 1～3階 各1 女子用 設置箇所 1階1、2階～3階 各2				
	洗面設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階5箇所、2・3階 各階2箇所)				
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階・ 16.92㎡)				
	談話室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 2・3階・ 40.40㎡)				
	面談室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階・ 13.58㎡)				
	事務室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階・ 38.23㎡)				
	洗濯室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階・ 15.10㎡)				
	汚物処理室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階 2.62㎡、2・3階/ 2.79㎡)				
	看護・介護職員室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (設置階 1階 12.78㎡、2・3階/6.76㎡)				
	機能訓練室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 設置階 1階 ) 他の共用施設との兼用 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ロビー )				
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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	両手摺設置後の有効幅員 ( 1.8 m ～ 2.6 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	<input 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		

### 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	(内訳)							
	月額利用料	家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費	その他生活サポート費	
自立	200,955円	85,000円	35,825円		43,465円		36,665円	
要支援1・2	164,290円	85,000円	35,825円		43,465円			
要介護1～5	164,290円	85,000円	35,825円		43,465円			
月額利用料の算定根拠	家賃	有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、賃借料等(非課税)。						
	管理費	共用施設の維持に関する管理費、事務費、管理部門に係る人件費等。						
	介護費用	—						
	食費	1日3食定食方式。おやつ代含む。欠食の場合は、2日前の申出により終日欠食の場合に限り翌日割返還。ただし基本料20,005円を除く						
	光熱水費	—						
	その他	自立等の介護保険給付対象外の方については、「介護サービス等の一覧表」に記載のサービスを提供の為、生活サポート費として月額36,665円の負担あり。						
前払金	0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、毎月の請求により口座から自動引き落としします。
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（入居者が、入居契約書の解約条項のいずれかに該当し、且つ、これによって本契約を将来にわたって、これ以上維持することが社会的通念上著しく困難と認められる場合）
	手続き（書面にて入居者に通知）
	解約予告期間（通知の翌日を起算日とし、90日）
入居者からの解約予告期間	書面にて施設に通知し、通知後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の変動等を勘案する。		
	手続き方法	運営懇談会での意見を聴き、入居者または身元引受人の同意を得たうえで行う。		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 減額なし、（但し、食材費のみ減額あり）</li> <li>2 日割り計算で減額</li> <li>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</li> </ol>			
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	最長1週間
			費用	1日あたり個室、13,200円介護保険適用外

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	老人福祉法並びに介護保険法の趣旨に従い、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。		
サービスの提供内容の特色	入居者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じた日常生活を過ごすことが出来るよう、サービスの提供に努めます。		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共用施設の小規模修繕</li> <li>・買い物代行（指定日）</li> <li>・官公庁手続き代行（指定日）</li> <li>・フロントサービス</li> <li>・家族対応（随時）</li> </ul>	
	食費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食 事：1日3食（定食方式）食堂内配膳、おやつ</li> <li>の提供を含む</li> <li>・食事のうち、基本料金は20,005円とする。</li> <li>・3食とも欠食の場合は、2日前までに申し出ることにより基本料金を除いた金額を日割り計算して翌月返金する。</li> </ul>	
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室の小規模修繕</li> <li>・レクリエーション</li> <li>・協力医療機関への通院の車両運行 随時</li> </ul>	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	委託先（	）
		委託内容（	）
安否確認の方法・頻度等	（同意を受けた入居者） 介護職員による巡回：日中6回、夜間2時間毎（又は昼夜必要時）		
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（介護事業者向け賠償責任保険）	

※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	介護については、入居されている居室に於いて行います。 但し、心身の状況により居室移動の場合があります。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の健康管理上、居室の移動が必要と認めた時は、医師に所見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、且つ入居者及び身元引受人の同意を得て、居室の移動を行う場合があります。</li> <li>・施設管理運営上又は入居者に万全の介護サービスを提供する上で支障が無いと認められるときは、入居者の求めに従い、居室の移動を行うことができます。入居者は、居室の移動に伴い、原状回復の義務を負うものとします。</li> <li>・移動に伴う居室の利用権は存続されます。</li> </ul>

(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 湘南台クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台2丁目6-10WestPlaza7thBldg3F
	距離及び所要時間	1.85 km、車で約7分
	協力内容	1. 月2回以上の定期的訪問診療の実施 2. 入居者の受診・治療 3. 入居者の病状急変時、24時間オンコール対応 4. 入院の協力・他病院の紹介 5. 時間外の受診・治療の受け入れ
	名 称	医療法人社団医誠会湘陽かしわ台病院
	診療科目	内科、外科、リハビリ科、特殊外来
	所在地	神奈川県海老名市柏ヶ谷584-2
	距離及び所要時間	7.1 km、車で約20分
	協力内容	1. 入居者の受診・治療 2. 入居者の病状急変時・夜間時オンコールの対応 3. 入院の協力・他病院の紹介 4. 時間外の受診・治療の受け入れ 5. 入居者、職員の健康診断
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TKG会 まいおか町歯科
	所在地	神奈川県横浜市戸塚区舞岡町3544-3
	距離及び所要時間	12km、車で約29分
	協力内容	週1回以上の定期的訪問歯科診療
協力眼科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団翠光会 上野毛クリニック
	所在地	東京都世田谷区上用賀5-2-10 鴨水層2A号室
	距離及び所要時間	約47km、車で約60分
	協力内容	訪問眼科診療（月1回医師の来館による）
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>疾病等にて入居者の生活に支障・困難が生じた場合には、入居者の意向に応じ、ホームの協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において適切な治療が受けられるよう、医療機関との連絡・紹介・受診手続き・通院介助等の協力を努めると共に家族への連絡等所定の措置をとります。</p> <p>医師の所見・判断により、一定の観察期間を設けるなどの措置をとります。</p> <p>費用については、入退院の手続きは無料ですが、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担となります。</p> <p>入院により食事辞退となった場合、入院から2日経過後の欠食日については、日割計算により食費のうち基本料金を除いた額から減額します。また、入院中は、管理費、家賃相当額及び食費のうち基本料金をお支払いいただきます。</p> <p>長期入院時の居室の利用権は存続し、且つホーム側に於いては定期的に病院を訪問し、入院生活に支障をきたさないように努めます。又、入院生活状況及び疾病状況を定期的及び必要に応じて随時身元引受人もしくはご家族に連絡・報告をいたします。</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

(令和3年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (16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			計画作成担当者兼務
	生活相談員	1			
	介護職員	14	27	3	
	看護職員	3	4		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1			
	計画作成担当者	2			管理者兼務
	栄養士	1			
	調理員	3	3		
	事務職員	2			
	その他職員	3			
合計	31	34	3		

(2) 職員の状況

管理者	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	4	1	7	19	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	3	4	7	19	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		1	12	1					
	1年以上3年未満		3	3						
	3年以上5年未満		3	1						
	5年以上10年未満	1		6	6			1		2
	10年以上	2	4	1	5					
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	0人	介護職員実務者研修修了者	3人
介護福祉士	8人	介護職員初任者研修修了者	13人

介護支援専門員	0 人	資格なし	17 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	85 人 (定員 91 人)		
入居者の状況	男性 29 人、女性 56 人		
	自立 0 人		
	要支援 0 人	(内訳)	要支援1 0 人 要支援2 0 人
	要介護 85 人	(内訳)	要介護1 18 人 要介護2 20 人 要介護3 16 人 要介護4 18 人 要介護5 13 人
平均年齢	87.3 歳 (男性 85.6 歳、女性 87.6 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	5人	
		医療機関	2人	
		死亡者	14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	
		入居者側の申し出	7人	
			(解約事由の例)	
			特養老人ホームへ入所、療養型病院へ入院	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無			
	2 有 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>代替措置あり (書面で運営状況を報告)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>代替措置なし</td> </tr> </table>	1	代替措置あり (書面で運営状況を報告)	2
1	代替措置あり (書面で運営状況を報告)			
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	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)	施設及び本社 ・施設 有料老人ホーム サニーライフ綾瀬 担当者 生活相談員 電話 0467-79-3600 (代表) ・本社 サニーライフ東京事務所 担当 お客様相談室 ファクシ 0120-17-0036 受付時間 9時~17時 (土日祝日、年末年始を除く)			

	行政機関等（土日祝日、年末年始を除く） ・神奈川県 国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話 0570-022110 ・神奈川県 福祉子どもみらい局福祉部 高齢福祉課 電話 045-210-1111(代) ・綾瀬市 高齢介護課 電話 0467-70-5636 ・その他、別紙参照	
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、災害等の発生にあたっては、事故対応マニュアルに基づき、職員により的確且つ迅速な対応に努め、応急処置を行う。尚、医療機関による加療が必要な場合、提携医療機関と連絡を取りつつ、迅速かつ適切な治療が受けられるよう、介助協力に努め、併せて身元引受人及び家族らへの連絡を行う。 介護サービス提供中の事故にあつては、十分な検証、原因究明を行い、再発防止に努め、速やかに関係官庁に届出ます。	
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	あらかじめ、身元引受人を2名又は1名定める。身元引受人は、利用料等の支払いについて、月額利用料の24ヶ月分を極度額として、入居者と連帯責任を負い、入居契約が解除された場合、入居者を引き取る。	
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	<input type="checkbox"/> ・ 有
	入居者基金への加入	<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 無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日 結果の開示 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
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 ・ <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 type="checkbox"/> 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）	<input checked="" type="checkbox"/> 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

別添 1

介護サービス等の一覧表（サニーライフ綾瀬）

介護を行う場所	（自 立）		（要支援 1～2・要介護 1～5）	
	居室		居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険(※) 給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス				
○巡回				
・昼間 9時～17時	要望時及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—
・夜間17時～9時	要望時及び適宜対応	—	2時間毎巡視及び適宜対応	—
○食事介助（食堂）	配膳・下膳	—	配膳・下膳・食事毎見守り・一部又は全介助	—
食事介助（居室）	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・一部介助	左記以外 1回520円	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・一部又は全介助	—
○排泄介助	—	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応	—
・おむつ交換	—	—	状況により起床時・日中・就寝前・就寝中 1日8回程度、及び適宜対応	—
・おむつ代金	—	実費	—	実費
○入浴（一般浴介助）	週2回	—	週2回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—
○入浴（特浴介助）	—	—	週2回又は必要に応じ対応、更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—
○清拭	健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応	—	健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応	—
○身辺介助				
・体位交換	—	—	適宜対応	—
・居室からの移動	必要に応じ対応	—	歩行介助（杖・歩行器）車いす誘導等、移動時に適宜対応	—
・衣類の着脱	必要に応じ対応	—	起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応	—
・身だしなみ	—	—	洗顔・髭剃り・化粧毎日、歯磨き入歯洗浄1日3回、爪切り・耳掃除適宜	—
○機能訓練	必要に応じ、随時 機能訓練指導員による指導	—	必要に応じ、随時 機能訓練指導員により身体状況に応じた指導	—

○緊急通報装置等 緊急連絡・緊急通報への 対応	24 時間対応	—	24 時間対応	—
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯 ・シーツ交換 ・クリーニング ○理美容 理容・美容 ○代行 ・買物 ・役所手続 ・郵便物・宅配便の取 次ぎ	必要に応じて 適時対応 必要に応じて 適時対応 週一回又は必要に応じ対応 取次ぎ — 週一回指定日 週一回指定日 随時	— — — 実費 要望時実施 左記以外 30分520円 左記以外 30分520円 —	必要に応じて 適時対応 必要に応じて 適時対応 週一回又は必要に応じ対応 取次ぎ — 週一回指定日 週一回指定日 随時	— — — 実費 要望時実施 左記以外 30分520円 左記以外 30分520円 —
健康管理サービス ○健康診断 ○健康相談 ○生活指導 ・医療介助 医薬品の投与と 管理 体温・血圧・脈拍 測定 ○医師の往診	随時 随時 随時 1日1回、又は必要に応じて対応 必要に応じて	年2回実施 実費 — — — — 医療保険で支 給される以外 の費用	随時 随時 随時 1日1回、又は必要に応じて対応 必要に応じて	年2回実施 実費 — — — — 医療保険で支 給される以外 の費用
通院・入院中・入退院時 のサービス ○通院時の準備と 付添い ○入院・退院時の準備と 付添い ○入院中の見舞い訪問 ・入院中の 洗濯物交換・買い物 ・医療費	協力医療機関へは適時対応 協力医療機関へは適時対応 協力医療機関へは週一回又は適 宜対応 — —	協力病院以外 は30分520円 協力病院以外 は30分520円 協力病院以外 は30分520円 — 医療保険制度 で支給される 以外の費用	協力医療機関へは適時対応 協力医療機関へは適時対応 協力医療機関へは週一回又は適 宜対応 — —	協力病院以外 は30分520円 協力病院以外 は30分520円 協力病院以外 は30分520円 — 医療保険制度 で支給される 以外の費用

その他サービス ・レクリエーション	随時	材料費実費負担	随時	材料費実費負担
・誕生会	毎月一回	—	毎月一回	—
・季節の行事	随時	—	随時	—
・クラブ活動	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担
・生活預り金 事務手数料		月額550円		月額550円

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立・要支援1～2・要介護1～5と区分した場合は、8区分となるが、一覧表をわかりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、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) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームの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3) 記入に当たっては、各サービスごとに回数及び費用負担等を明示すること。

注4) 「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。

(※) (介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付を指す。有料老人ホームが提供しない訪問介護サービス等は含まない。

## 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			
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		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 サニーライフ綾瀬

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 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）	<p>特定施設入居者生活介護 5級地単価 10.45円（1か月30日の例）</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区 分</th> <th rowspan="2">月 額</th> <th colspan="3">利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)</th> </tr> <tr> <th>1割</th> <th>2割</th> <th>3割</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>193,325円</td> <td>19,333円</td> <td>38,665円</td> <td>57,998円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>215,959円</td> <td>21,596円</td> <td>43,192円</td> <td>64,788円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>239,963円</td> <td>23,997円</td> <td>47,993円</td> <td>71,989円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>261,918円</td> <td>26,192円</td> <td>52,384円</td> <td>78,576円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>285,577円</td> <td>28,558円</td> <td>57,116円</td> <td>85,674円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)			1割	2割	3割	要介護1	193,325円	19,333円	38,665円	57,998円	要介護2	215,959円	21,596円	43,192円	64,788円	要介護3	239,963円	23,997円	47,993円	71,989円	要介護4	261,918円	26,192円	52,384円	78,576円	要介護5	285,577円	28,558円	57,116円	85,674円
	区 分			月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)																													
		1割	2割		3割																													
	要介護1	193,325円	19,333円	38,665円	57,998円																													
	要介護2	215,959円	21,596円	43,192円	64,788円																													
	要介護3	239,963円	23,997円	47,993円	71,989円																													
	要介護4	261,918円	26,192円	52,384円	78,576円																													
	要介護5	285,577円	28,558円	57,116円	85,674円																													
	各種加算の状況																																	
	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Ⅰ	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																	
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"/>																																	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																	
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	(Ⅰ) (Ⅱ)																																
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)																																
		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ																																
		Ⅰ Ⅱ																																
介護職員処遇改善加算	無・ <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"/>	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	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)		
	要支援1	67,789円	6,779円	13,558円	20,337円
	要支援2	112,044円	11,205円	22,409円	33,614円
	各種加算の状況				
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)			
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
	個別機能訓練加算 I	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
	若年性認知症入居者受入加算	無・ <input checked="" 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				
口腔・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 checked="" type="checkbox"/> 有	(I)			
		(II)			
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)			
		(II)			
		(III)			
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input 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	I			
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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			

## 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	0.2	0.0	0.0
要介護者の人数	79.7	83.3	83.9
指定基準上の直接処遇職員の数	28	27	28
配置している直接処遇職員の数	36.2	38.5	37.0
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 の割合	2.2 : 1	2.1 : 1	2.2 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 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 07:00 ~ 16:00	
		日勤 08:30 ~ 17:30	
		遅番 10:30 ~ 19:30	
		夜勤 16:00 ~ 9:00	
	看護職員	早番 07:30 ~ 16:30	
		日勤 08:30 ~ 17:30	
		遅番 09:00 ~ 18:00	
		夜勤 : ~ :	