

## 1 事業主体概要

事業主体名	ミモザ株式会社
代表者名	代表取締役 松本 考二
所在地	東京都品川区南品川二丁目2番5号
電話番号/FAX番号	03-5796-0630 / 03-5796-0631
ホームページアドレス	<a href="https://www.mimoza-care.jp">https://www.mimoza-care.jp</a>
設立年月日	平成11年8月27日
直近の事業収支決算額※	(収益) 11,773百万円 (費用) 11,490百万円 (損益) 283百万円
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 (認知症対応型共同生活介護事業、通所介護事業、居宅介護支援事業、訪問介護事業、小規模多機能型居宅介護事業、地域密着型特定施設生活介護事業、短期入所生活介護事業、看護小規模多機能型居宅介護事業)、サービス付き高齢者向け住宅事業、家具付き高齢者住宅事業

※ 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	ミモザ厚木藤苑	
所在地	〒243-0027 神奈川県厚木市愛甲東一丁目23番1号	
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	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 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	1 全室個室 (夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
	開設年月日	平成27年11月1日
管理者氏名	澁谷 公一	
電話番号/FAX番号	046-228-3811 / 046-228-3812	
メールアドレス	a-fujien@mimoza-care.jp	

交通の便	小田急小田原線 愛甲石田駅下車 徒歩8分						
ホームページアドレス	<a href="https://www.mimoza-care.jp">https://www.mimoza-care.jp</a>						
敷地概要	権利形態 (借地の場合の契約形態) (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無) 敷地面積 抵当権の設定	所有 ・ 借地 通常借地契約 ・ 定期借地契約 年 月 日～ 年 月 日 無 ・ 有 1,886.45㎡ 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
建物概要	権利形態 (借家の場合の契約形態) (借家の場合の契約期間) (通常借家契約における自動更新条項の有無) 建物の構造 延床面積 建築年月日 改築年月日 建築確認時の主要用途 抵当権の設定	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 <input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約 平成27年11月1日～令和27年10月31日 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 3階建 ( <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他) 2,156.48 ㎡ (うち有料老人ホーム 1,780.9 ㎡) 平成27年 9月 16日建築 令和2年 2月 1日改築 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有					
居室概要	居室総数 48室 定員 48人(一時介護室を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり						
(内訳)		居室	定員	トイレ	浴室	面積	室数
		居室	1人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	18.00㎡	48室
		食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2・3階・ 75.62 ㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2階・ 7.62 ㎡)				
			無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3階・ 7.62 ㎡)				
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2階・ 5.88 ㎡)				
			無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3階・ 5.88 ㎡)				
		ストレッチャー浴		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( . ㎡)			
	便所			無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2～3階各居室内・ 2.23 ㎡)			
				無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階共用・ 5.11 ㎡)			
		( 2階共用・ 5.04 ㎡)					

		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階共用 ・ 1.98 m <sup>2</sup> )
		( 3階共用 ・ 5.04 m <sup>2</sup> ) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 3階共用 ・ 1.98 m <sup>2</sup> )
洗面設備(共用)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1～3階 各1ヵ所 )
医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 ・ 11.98 m <sup>2</sup> )
談話室		<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 階 ・ m <sup>2</sup> )
面談室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 ・ 16.20 m <sup>2</sup> )
事務室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 5.28 m <sup>2</sup> )
洗濯室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階 ・ 0.93 m <sup>2</sup> , 1.76 m <sup>2</sup> )
		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 3階 ・ 0.93 m <sup>2</sup> , 1.76 m <sup>2</sup> )
汚物処理室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階 ・ 2.10 m <sup>2</sup> )
		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 3階 ・ 2.10 m <sup>2</sup> )
看護・介護職員室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階健康管理室 ・ 11.98 m <sup>2</sup> )
		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階 ・ 12.45 m <sup>2</sup> )
		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 3階 ・ 12.45 m <sup>2</sup> )
機能訓練室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階 )
		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 3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		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階リフレッシュルーム )
		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 プレイルーム )
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 1基)
居室のある区域の廊下幅		( 1.80 m ～ 1.84 m )
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"/> )	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 type="checkbox"/> 1 無	
	<input type="checkbox"/> 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	営業主体 ミモザ株式会社： 1階に(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所(361.11㎡)を併設 1階に訪問介護事業所(14.47㎡)を併設	

### 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	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	生活支援サービス費	食費	光熱水費
Aプラン① (北向き)	① 195,390 (内消費税8,890)	75,000 (非課税)	25,750 (内消費税750)	44,000 (内消費税4,000)	50,640 (内消費税4,140)	実費
Aプラン②	② 200,390 (内消費税8,890)	80,000 (非課税)	25,750 (内消費税750)	44,000 (内消費税4,000)	50,640 (内消費税4,140)	実費
Bプラン① (北向き)	① 170,390 (内消費税8,890)	30,000 (非課税)	25,750 (内消費税750)	44,000 (内消費税4,000)	50,640 (内消費税4,140)	実費
Bプラン②	② 175,390 (内消費税8,890)	35,000 (非課税)	25,750 (内消費税750)	44,000 (内消費税4,000)	50,640 (内消費税4,140)	実費
月額利用料の算定根拠	家賃	近傍相場等を勘案して算出				
	管理費	月額 25,750円(内消費税750円) <内訳> 1) 管理費①：17,500円(非課税) ・ 共用施設整備費、エレベーター維持費、環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。 2) 管理費②：8,250円(内消費税750円) ・ 事務管理部門の人件費・事務費です。				
	生活支援サービス費	月額44,000円(内消費税4,000円) ・ 緊急通報装置等緊急連絡対応・安否確認・フロントサービス等(「介護サービス等の一覧表」を参照)に係る生活支援サービス提供職員の人件費 ・ 介護保険を利用されています入居者が居宅のケアプラン限度額を超えて特に希望される場合及び介護保険をご利用されていない方でも特に希望される介護サービスが発生する場合は、都度払い又は月払いの利用料が発生します。 (介護サービス等の一覧表「その都度徴収するサービス」欄に対応した利用料です。)				

食費	①基本食事コース 月額 50,640円(内消費税4,140円) (1人1日3食×30日の場合の概算額) <内訳> 1)朝食:378円(内消費税28円) 2)昼食:540円(内消費税40円)(おやつ代込) 3)夕食:770円(内消費税70円) ※欠食は2日前12時までの申し出により、 1)朝食:216円(内消費税16円) 2)昼食:400円(内消費税30円)(おやつ代込) 3)夕食:346円(内消費税26円) として計算し、精算いたします。 ②月額3食セットコース 月額42,120円(内消費税3,120円) ・キャンセルによる減額はなく月額での請求となります。 ・食事のお申し込みは月単位です。 ・日々のキャンセルは提供される日の3日前までにお知らせ下さい。 ※基本食事コース又は月額3食セットコースをお選び下さい。	
	光熱水費	居室内の電気使用料及び電話代等は別途実費負担とします。
前払金	【Aプラン】0円 【Bプラン】180万円	
算定根拠	「家賃想定額×72月(想定居住期間)」により設定。 【Bプラン】2.5万円×72月=180万円	
償却開始日	入居日の翌日	
返還対象としない額	-	
契約終了時の返還金の算定方法	有料老人ホーム入居契約書34条に従い、前払金を返還します。 返還額=前払金 $\div$ 入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数 $\times$ 契約終了日から償却期間満了日までの実日数	
短期解約の返還金の算定方式	入居後3月以内に退去された場合は、有料老人ホーム入居契約書44条に従い、前払金を返還します。 返還額=前払金-1日当たりの施設の利用料 $\times$ 入居日の翌日から退去日までの実日数	
返還期限	※返還金は契約解除(終了)後、90日以内に返還します。	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容 ( 公益社団法人全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度 )
		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	月額費用は請求月の27日になります。
支払方法	銀行口座から自動引き落としになります。
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 ( 入居契約書第29条1項、2項、5項、6項による )
	手続き ( 入居契約書第29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	地元自治体が係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、検討する。		
	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て改定する。		
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	1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 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	家賃相当額 及び 管理費の一部			
体験入居の取扱い	1 無			
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	期間	6泊7日を上限とする。	
		費用	1泊2日11,000円(内消費税1,000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	1. 今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様を、私たちは尊敬と感謝の念を持ってお迎え致します。 2. いま介護を必要とされている高齢者や、日常生活に不安のある高齢者のために、施設と介護サービスと提供し、人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかにお過ごしいただける環境を提供致します。 3. 加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により、要介護等の認定を受けた利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話等について、ご本人の尊厳とご家族の意志を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来る様、「介護サービス」の提供を通じ支援いたします。		
サービスの提供内容の特色	1. あたたかい家庭的な介護の提供を第一に考えています。 2. 安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。		
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	事務管理部門の person 費、管理費・共用部分の維持管理費	
	食費	食材費：3食の提供、おやつ、その他水分補給のための飲み物、一部外食費用 調理費：調理職員経費、調理機材保全費、備品補填費を含みます	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（株式会社 東京天竜）	
		委託内容 (給食調理業務委託契約 (3食及びおやつの調理))	
安否確認の方法・頻度等	・日中 1回 ・夜間 2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 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉施設総合保険)	

※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	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により居室を移動する場合があります。
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 2 別の居室へ住み替える場合 <input checked="" type="checkbox"/> 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	心身の変化に伴い、介護の緊急対応及びスタッフの見守りが必要と医師が判断した場合、その対応がスムーズに行える居室フロアへ住み替えていただく場合があります(追加費用はありません。)

## (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	JA 神奈川厚生連 伊勢原協同病院
	診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・小児科・ 外科・消化器外科・肛門外科・整形外科・ 脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・ 泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・ 精神科・麻酔科・放射線科・臨床検査科・ リハビリテーション科・病理診断科・ 緩和ケア内科

	所在地	神奈川県伊勢原市田中 345
	距離及び所要時間	4.3km 車で8分
	協力内容	緊急時の対応、診察、健康診断、入院先の紹介
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人あすなろ会 伊勢原サンクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県伊勢原市東大竹 279-1
	距離及び所要時間	5.6km 車で13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	医療法人社団 高輪会 サンフラワー秦野歯科
	所在地	神奈川県秦野市南矢名 1-4-1
	距離及び所要時間	9.5km 車で18分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>&lt;有料老人ホーム管理規程&gt;</p> <p>1 2. 費用及び使用料</p> <p>(8)入居者が医療を要する場合、ホームの協力医療機関又は入居者が選択する医療機関で治療を受けます。費用については医療保険制度で支給される以外の自己負担額は入居者負担となります。</p> <p>また、入院中の食材費は減額(1ヶ月を30日として日割り計算)します。長期入院(30日以上)の場合は、管理費の50%を減額します。</p> <p>&lt;別表Ⅳ-2② 健康管理サービス(治療への協力)&gt;</p> <p><input type="checkbox"/> 日常医療支援</p> <p>①通院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通院可能な場合は、入居者のかかりつけの医師・病院</li> <li>・施設の協力医療機関または専門医を紹介</li> </ul> <p>※協力医療機関の場合の送迎は、月額利用料金に含む。</p> <p>②入院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院治療が必要となった場合、入居者のかかりつけの医師、病院、施設の協力医療機関等への入院</li> </ul> <p>※協力医療機関の場合の送迎は、月額利用料金に含む。</p> <p>③その他サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通院、入院、退院に際し、職員による事務手続きの代行等</li> </ul> <p>※協力医療機関の場合の送迎は、月額利用料金に含む。</p> <p><input type="checkbox"/> 救急時対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急に身体の具合が悪くなった場合は、職員がそのお知らせにより適確かつ迅速に応急処置に当たります。</li> </ul> <p>また、状況により医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるようはからいます。</p> <p>※月額利用料金に含む</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			
	生活相談員	1		-	管理者兼務
	介護職員	1	7	1	管理者兼務
	看護職員	-	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				委託
	調理員				委託
	事務職員				
	その他職員				
合計	3	8			

(2) 職員の状況

		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		実践者研修			
		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		1						
前年度1年間の退職者数			2	2	1						
業務に 従事した 職員の 経験 年数に 応じた 人数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満				2						
	5年以上 10年未満				2						

	10年以上		1	1	3	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	1人	介護職員実務者研修修了者	-人
介護福祉士	5人	介護職員初任者研修修了者	6人
介護支援専門員	2人	資格なし	-人

6 入居状況等

(令和3年 2月 1日現在)

入居者数及び定員	24人 (定員 48人)		
入居者の状況	男性	12人、女性	12人
	自立	5人	
	要支援	4人	(内訳) 要支援1 1人 要支援2 3人
	要介護	15人	(内訳) 要介護1 6人 要介護2 4人 要介護3 5人 要介護4 1人 要介護5 1人
平均年齢	86.0歳 (男性 86.6歳、女性 85.4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	2人	
		医療機関	1人	
		死亡者	2人	
		その他	1人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 特養入所・自宅へ戻られたため・医療機関入院 (医療処置要す)	5人

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(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 ・ 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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情対応マニュアルに従って、担当者・責任者に連絡し、誠実に対応し、経過を記録に残します。</li> <li>・相談窓口 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ミモザ厚木藤苑 管理者 澁谷 公一 電話 046-228-3811</li> <li>2) ミモザ株式会社 本社 お客様相談室 電話 03-6712-8110</li> </ol> </li> <li>・施設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ことができます。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談窓口 電話 0570-022110(苦情専用)</li> <li>2) 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(代表)</li> <li>3) 厚木市 福祉部 介護福祉課 高齢支援課 電話 046-225-2220</li> <li>4) 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 電話 03-3272-3781</li> </ol> </li> </ul>			
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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、家族への連絡を行います。また、事故に基づいての検証、今後の防止策を講じます。</li> </ul>			
生活保護受給者の受入れ対応		<input type="checkbox"/> 可			
身元引受人の条件及び義務等		連帯保証人が身元引受人を兼ねます。身元引受人は本契約に関連して生ずる債務について、入居者と連帯して履行する責任を負います。また、身元引受人は必要に応じて事業者と協議すること、入居者が死亡した場合及び本契約が解除された場合に入居者の身柄等を引き取ることを行います。			
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 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	1 無				
	2 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>無 ・ 有</td> </tr> </table>	実施日		結果の開示
実施日					
結果の開示	無 ・ 有				
第三者による評価の実施状況	1 無				
	2 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価機関名称</td> <td></td> </tr> </table>	実施日		評価機関名称
実施日					
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)

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 印

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、内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印 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		
	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	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	その都度徴収するサービス	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）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 9時～17時	<input checked="" type="radio"/> 有・無	見回り・声掛け(1回)		見回り・声掛け(1回)			見回り・声掛け(1回)		
・夜間 17時～ 9時	<input checked="" type="radio"/> 有・無	見回り・声掛け(2回)		見回り・声掛け(2回)			見回り・声掛け(2回)		
②食事介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
③排泄									
・排泄介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・おむつ交換	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・おむつ代	<input checked="" type="radio"/> 有・無		実費負担		実費負担			実費負担	
④入浴等		週2回の入浴機会提供	週3回目以降 1回605円	週2回の入浴機会提供	週3回目以降	1回605円	週2回の入浴機会提供	週3回目以降	1回605円
・清拭	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・一般浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・特浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
⑤身辺介助									
・体位交換	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・居室からの移動	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・衣類の着脱	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
・身だしなみ介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
⑥機能訓練	<input checked="" type="radio"/> 有・無								
⑦通院の介助	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 1,128円		時間(15分)	1,128円		時間(15分)	1,128円
⑧緊急時対応									
・ナースコール	<input checked="" type="radio"/> 有・無	24時間対応		24時間対応			24時間対応		
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 605円		時間(15分)	605円		時間(15分)	605円
・洗濯	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 605円		時間(15分)	605円		時間(15分)	605円
・リネン(シーツ、枕カバー、布団カバー)	<input checked="" type="radio"/> 有・無		週1回実施 1月(30日あたり) 1,100円 (1日36円、入院等の不在日数を差引精算します)		週1回実施	1月(30日あたり) 1,100円 (1日36円、入院等の不在日数を差引精算します)		週1回実施	1月(30日あたり) 1,100円 (1日36円、入院等の不在日数を差引精算します)
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 605円		時間(15分)	605円		時間(15分)	605円
③理美容	<input checked="" type="radio"/> 有・無	機会の提供	実費負担	機会の提供	実費負担		機会の提供	実費負担	
④代行									
・買物	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 605円		時間(15分)	605円		時間(15分)	605円
・役所手続	<input checked="" type="radio"/> 有・無		時間(15分) 605円		時間(15分)	605円		時間(15分)	605円
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	<input checked="" type="radio"/> 有・無	年2回の機会を提供	日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等についてはホームが示したものに限ります。 実費負担	年2回の機会を提供	日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等についてはホームが示したものに限ります。 実費負担		年2回の機会を提供	日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等についてはホームが示したものに限ります。 実費負担	
・健康相談	<input checked="" type="radio"/> 有・無	適宜対応		適宜対応			適宜対応		
・生活指導	<input checked="" type="radio"/> 有・無	適宜対応		適宜対応			適宜対応		
・医師の往診	<input checked="" type="radio"/> 有・無	適宜対応	医療費は実費負担	適宜対応	医療費は実費負担		適宜対応	医療費は実費負担	
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	<input checked="" type="radio"/> 有・無		実費負担			実費負担			実費負担
・移送サービス	<input checked="" type="radio"/> 有・無								
<b>5. その他サービス</b>									
	<input checked="" type="radio"/> 有・無								

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	無			
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。