

住宅型有料老人ホーム
重要事項説明書

株式会社日本アメニティライフ協会
福寿あつぎ長谷

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	株式会社日本アメニティライフ協会
代表者名	江頭 瑞穂
所在地	横浜市青葉区みたけ台5番地10
電話番号／FAX番号	045-978-5051 / 045-978-5750
ホームページアドレス	https://jala.co.jp
設立年月日	平成8年4月3日
直近の事業収支決算額※	(収益) 12,766,057,603円 (費用) 12,172,041,189円 (損益) 594,016,414円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (双葉監査法人)
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・特定施設入居者生活介護・小規模多機能型居宅介護・通所介護・訪問介護)

※ 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	福寿あつぎ長谷	
所在地	神奈川県厚木市長谷1146番	
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	<input checked="" 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 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 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) 介護専用型・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) <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 (夫婦等居室含む) 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	2016年5月1日	
管理者氏名	荒金 南津子	
電話番号／FAX番号	046-290-5787/046-290-5788	

メールアドレス	f-atsugihase@hana-kaigo.com					
交通の便	小田急電鉄愛甲石田駅よりバスで5分「依胡田」下車後、徒歩6分					
ホームページアドレス	https://fuku-kaigo.jala.co.jp					
敷地概要	<p>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 1012.43㎡</p>					
建物概要	<p>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) 平成28年4月1日～ 平成53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 checked="" type="checkbox"/>有 建物の構造 軽量鉄骨造 地上3階建(<input checked="" type="checkbox"/>耐火・準耐火・その他) 延床面積 1.240㎡ (うち有料老人ホーム ㎡) 建築年月日 平成28年4月4日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <input checked="" type="checkbox"/>有料老人ホーム・その他()</p>					
居室概要	<p>居室総数 35室 定員 36人(一時介護室を除く)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 全室個室 ・ 2 相部屋あり</p>					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
		1	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.52 ㎡～ 27.22㎡	34室
		2	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	27.22㎡	1室
			無・有	無・有	㎡	
			無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階1箇所 (90.64㎡)			
	浴室 浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 2階1箇所 (4.19㎡) 3階1箇所 (4.19㎡)			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 「 - 」			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 「 - 」			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階3箇所、2階4箇所、3階4箇所			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階食堂、2、3階脱衣室、2、3階談話室			
医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階1箇所 (7.34㎡)				

	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	2階, 3階 各1箇所 (9.43㎡)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階 (6.21㎡)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階 (18.76㎡) 2階 (11.38㎡) 3階 (11.38㎡)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階 (4.96㎡) 2階(脱衣室内) (8.39㎡) 3階(脱衣室内) (8.39㎡)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	2階, 3階 各1箇所
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	2階, 3階 各1箇所
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階 (90.64㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	「 - 」
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1基(うちストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(1.800m以上~1.975m以下)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無		
	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		通所介護事業 デイサービスセンター福寿あつぎ長谷 (運営主体 : 株式会社日本アメニティライフ協会 事業所番号 : 1472902384)	

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"/> (210,000 円円、家賃相当額の 2.4~5.1 か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
A タイプ	109,000 円	41,000 円	38,000 円	0	30,000 円	0
B タイプ	136,000 円	68,000 円	38,000 円	0	30,000 円	0
C タイプ	146,000 円	78,000 円	38,000 円	0	30,000 円	0
特別室	156,000 円	88,000 円	38,000 円	0	30,000 円	0
特別室 2名入居	205,000 円	88,000 円	57,000 円	0	60,000 円	0
生活保護費受給者の月額利用料および敷金については、既存の料金体系に関わらず、当該生活保護受給者の住宅扶助基準・生活扶助基準により算定される基準額を基に、担当の行政機関との協議により決定する。						
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	近傍家賃相場及び階層、方位等を考慮し算出				
	管理費	専用居室及び共用設備の維持管理、運営管理に係る事業経費等を勘案して算出 ※特別室に2名入居（夫婦及び3親等以内の親族に限る）をする場合は、月額管理費に19,000円プラス				
	介護費用	「 - 」				
	食費	1ヶ月を30日で計算（朝食200円、昼食350円、夕食350円、おやつ100円） ※ 1週間前までに欠食の申し出を受けた場合、欠食分を返金します。 ※特別室に2名入居をする場合、食費は2名分 （月額60,000円）				
	光熱水費	管理費に含む				
前払金		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	翌月分を毎月27日まで
支払方法	指定の口座にお振込みください。(別紙料金表 参照)
その他留意事項	月の途中での入退居については、日割り計算となります。(1ヶ月を30日として計算) 1週間前までの食事キャンセルの場合には欠食分を返金します。 入院期間中は入院の翌日より食材費について返金します。 入居当月分については、入居日までに当該料金を指定の口座にお振込みください。

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件	<ul style="list-style-type: none"> 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 二 月払いの利用料の支払いを正当な理由なく、一定期間以上連続して遅滞するとき 三 入居契約書第19条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は職員等の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ通常の対応方法及び接遇方法等ではこれを防止することができないとき <p>入居者が上記のいずれかに該当し、かつそのことが入居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は、入居契約を解除することができます。</p>
	手続き	<ul style="list-style-type: none"> 一 通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けます。 二 解除通告の予告期間中に、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します。
	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を勘案します。
	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)の取扱い		<ul style="list-style-type: none"> 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		敷金、家賃相当額、管理費 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。
体験入居の取扱い		1 無

	2 有	期間	最長1週間程度
		費用	1泊5,000円(税抜き)

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	「照一隅」を念頭に、「安心・安全・清潔をベースに笑顔のある生活」の提供を目指す。		
サービスの提供内容の特色	①ケア方針の統一化、②職員の育成、③地域・市区町村・提携施設・協力医療機関等との連携 上記3点を通じてサービスの質の向上を目指す。		
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"/> 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
洗濯、掃除等の家事の供与	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	施設設備の維持管理等	
	食費	1日3食(含むおやつ)の提供	
	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	概ね2時間に1回巡回、他適宜の見守り		
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 (損害賠償保険 三井住友海上火災保険株式会社) (※契約書第10条参照)	

※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	介護サービス一覧表に基づき福寿あつぎ長谷の施設内で実施します
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 通常では居室は変更しませんが、入居者本人及び身元引受人の希望もしくは必要となる介護の状態により変更となる場合があります。居室のタイプが変更になる場合は、費用に差額が発生する場合があります。

	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	「 - 」

(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 沖縄徳洲会 湘南厚木病院
	診療科目	内科、循環器内科、外科、整形外科、脳神経外科他
	所在地	神奈川県厚木市温水118-1
	距離及び所要時間	2.1km 車で7分
	協力内容	救急医療、治療の受入、他医療機関への入院・紹介、職員に対する医療相談、健康相談等
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 扇会 ホームオン伊勢原クリニック
	診療科目	内科、血液内科、精神科
	所在地	神奈川県伊勢原市桜台1-10-9-1階
	距離及び所要時間	6.2km 車で19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 あさがお会 あさがお歯科 高座渋谷
	診療科目	歯科
	所在地	神奈川県大和市福田1826-2
	距離及び所要時間	16.7km 車で46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>通院－協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院－</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族の話し合いにより、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・長期入院の場合は、ご家族との話し合いにて今後の対応を決めるものとします。 ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。 ・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。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・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。 	

※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		夜間勤務職員数 (17時30分～翌9時30分) (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	3			介護職員
	介護職員	7	18	2	生活相談員
	看護職員	1	3		
	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	1		
	事務職員				
	その他職員		3		
合計					

(2) 職員の状況

		他の職務との兼務		資格等		資格等の名称		正看護師			
		無		有							
管理者		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
前年度1年間の採用者数			1	4	8	2					
前年度1年間の退職者数				5	7						
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		1	2	3						
	1年以上3年未満	1	2		5	2					
	3年以上5年未満			2	7	1					
	5年以上10年未満			3	3	1					
	10年以上										
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	一人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	15人	介護職員初任者研修修了者	8人
介護支援専門員	一人	資格なし	5人

6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	36人 (定員 36人)		
入居者の状況	男性	14人、女性	22人
	自立	一人	
	要支援	一人	(内訳) 要支援1 一人 要支援2 一人
	要介護	36人	(内訳) 要介護1 8人 要介護2 8人 要介護3 8人 要介護4 10人 要介護5 2人
	平均年齢	81.5歳 (男性 81歳、女性 82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	一人	
		社会福祉施設	4人	
		医療機関	4人	
		死亡者	2人	
		その他	一人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	一人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 特養入居待ちなど	8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 (2021年4月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	無 ・ 有	

<p>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）</p>	<p>施設及び本社</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設 管理者 Tel046-290-5787 ・本社 第三事業部 県央ブロック Tel045-978-5051 <p>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ことができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 保健・居住施設グループ Tel045-210-4856 ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 在宅サービスグループ Tel045-210-4840 ・厚木市福祉部介護福祉課 Tel046-225-2240 				
<p>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）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 事業者は、本契約に基づくサービスの提供にあたり、万一事故等が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対し、損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減じることがあります。 2 事業者は、前項の事故の状況及び処置等について記録を作成し、保存します。 3 事業者は、入居者に対するサービスの提供にあたり、不可抗力の場合（天災等）又は事業者に故意、過失がない場合（入居者の故意による自損行為、入居者ご自身の移動による転倒、ご自身のみでの食事等による誤飲食、物の破損等の事故、他の入居者による他害行為等）、入居者の損害を賠償する義務を負いません。 4 入居者の故意又は過失により、事業者の本事業所又は備品に対し、通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合又は他の入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合、その損害は入居者等の負担とします。 				
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可				
<p>身元引受人の条件及び義務等</p>	<p>身元引受人等は、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います。また、必要ときには入居者の身柄を引き取ります。</p>				
<p>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</p>	<p>協会への加入</p>	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有			
	<p>入居者基金への加入</p>	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有			
<p>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</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無				
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">実施日</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">結果の開示</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">無 ・ 有</td> </tr> </table>	実施日		結果の開示
実施日					
結果の開示	無 ・ 有				
<p>第三者による評価の実施状況</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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 _____

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		
	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	有・無			概ね2時間毎			概ね2時間毎		
・夜間 時～時	有・無			概ね2時間毎			概ね2時間毎		
②食事介助	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
③排泄									
・排泄介助	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・おむつ交換	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
④入浴等									
・清拭	有・無			（週2回の提供）介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			（週2回の提供）介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・一般浴介助	有・無			（週2回の提供）介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			（週2回の提供）介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・特浴介助	有・無			（週2回の提供）介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			（週2回の提供）介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・居室からの移動	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・衣類の着脱	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・身だしなみ介助	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
⑥機能訓練	有・無			[-]			[-]		
⑦通院の介助	有・無			協力病院へは必要に応じて対応	協力病院以外	1,150円/30分	協力病院へは必要に応じて対応	協力病院以外	1,150円/30分
⑧緊急時対応	有・無			24時間対応、随時対応			24時間対応、随時対応		
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無			1週間に1日程度			1週間に1日程度		
・洗濯	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
②居室配膳・下膳	有・無			健康状態等により食堂等での食事が困難な場合等に対応			健康状態等により食堂等での食事が困難な場合等に対応		
③理美容	有・無					実費			実費
④代行									
・買物	有・無			[-]			[-]		
・役所手続	有・無			必要に応じて対応			必要に応じて対応		
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無			[-]	年2回の機会の提供		[-]	年2回の機会の提供	
・健康相談	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・生活指導	有・無			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応			介護保険サービス利用外時に必要に応じて対応		
・医師の往診	有・無					実費			実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有・無			協力医療機関への通院介助	協力医療機関以外への通院介助	1,150円/30分	協力病院へは必要に応じて対応	協力病院以外	1,150円/30分
5. その他サービス									
・レクリエーション	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。

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。	一般浴での入浴が困難な方は、併設する通所介護事業所の介護浴槽をサービス提供時間外に利用する。
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			食堂と兼務
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。