

## 1 事業主体概要

事業主体名	株式会社朝日ケアコンサルタント
代表者名	代表取締役 長沼 信治
所在地	〒251-0037 神奈川県藤沢市鵠沼海岸2-11-17
電話番号/FAX番号	0466-30-5251 /0466-30-5250
ホームページアドレス	http://www.ocean-promenade.com/
設立年月日	平成12年 3月 6日
直近の事業収支決算額※	(収益) 427,489千円 (費用) 440,448千円 (損益) ▲12,959千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	訪問介護事業、障害者相談支援事業

※ 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	オーシャンプロムナード湘南	
所在地	〒251-0037 神奈川県藤沢市鵠沼海岸2-11-17	
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	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 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 1472200839 指定年月日 平成12年12月1日) 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	平成12年11月21日	
管理者氏名	鴨下 和美	
電話番号/FAX番号	0466-30-5251/0466-30-5250	
メールアドレス	asahi-care@ocean-promenade.com	
交通の便	小田急江ノ島線「鵠沼海岸」駅下車、徒歩6分(480メートル)	

ホームページアドレス		http://www.ocean-promenade.com/				
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	5,749.81㎡				
	抵当権の設定	無 ・ 有				
建物概要	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25年 7月10日～平成45年 7月 9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	鉄筋コンクリート造地上3 階建 ( <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	4,596.56㎡ (うち有料老人ホーム 4,596.56㎡)				
	建築年月日	平成4年 9月 1日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
	建築確認時の主要用途	有料老人ホーム ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他( 共同住宅 )				
	抵当権の設定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
居室概要	居室総数 51室 定員 63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)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	1人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	45.08㎡	6室
	Bタイプ	1人～2人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	50.58㎡	6室
	Cタイプ	1人～2人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	54.41㎡	24室
	Dタイプ	1人～2人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	60.64㎡	6室
	Eタイプ	1人～2人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	68.38㎡	3室
	Fタイプ	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	8.5㎡～11.5㎡	6室
	共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階 ・ 150.0㎡)		
浴室		一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 A～Eタイプ居室			
		個浴対応介護浴室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (Fタイプ共用浴室 ・ 3.20㎡)			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階 ・ ㎡)			

	ストレッチャー浴 (ミソ浴)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階 ・ 19.45 m <sup>2</sup> )
便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 1.2階共用部、Fタイプ 共用部 A～Eタイプ 居室
洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 1,2階共用部、Fタイプ 共用部 A～Eタイプ 居室、
医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 2階 ・ 62.55 m <sup>2</sup> )
談話室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 ・ 54.45 m <sup>2</sup> )
面談室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 ・ 16.00 m <sup>2</sup> )
事務室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 1階
洗濯室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 1階 乾燥機 2台設置
汚物処理室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2階
看護・介護職員室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2階
機能訓練室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階多目的ホール 153.71m <sup>2</sup> ) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (健康・生きがい施設)
健康・生きがい施設		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階多目的ホール 153.71m <sup>2</sup> )
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 2基)
居室のある区域の廊下幅		( 0.9 m ～ 2.9m )
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	1 無	指定されている危険区域
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	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 ・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">選択方式</span>				
敷金		<p>無 ・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">有</span> (480,000円～2,934,000円、家賃相当額の6か月分)</p> <p>月払い方式の場合に必要なになります。</p> <p>入居者が当該目的施設（居室及び共用施設）に入居し、日常生活に必要な各種サービスを受ける場として当該目的施設を利用するにあたり、月額家賃相当額の6か月分を入居契約から生ずる債務の担保として事業者に預け入れ、事業者は、全額無利息の預り金とします。また、消費税の負担はありません。</p> <p>なお、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。</p>				
プラン名 (月払い方式)		(内訳)				
	月額利用料	家賃	管理費	介護費用	食費 (1ヶ月30日の場合)	光熱水費
Aタイプ居室 (1人入居の場合)	419,800円 ～433,700円 (税抜)	175,000円 ～188,900円 (非課税)	143,000円 (税抜)	32,800円 (税抜)	69,000円 (税抜)	実費
Bタイプ居室 (1人入居の場合)	482,300円 ～496,200円 (税抜)	237,500円 ～251,400円 (非課税)	143,000円 (税抜)	32,800円 (税抜)	69,000円 (税抜)	実費
Cタイプ居室 (1人入居の場合)	510,100円 ～544,800円 (税抜)	265,300円 ～300,000円 (非課税)	143,000円 (税抜)	32,800円 (税抜)	69,000円 (税抜)	実費
Dタイプ居室 (1人入居の場合)	586,500円 ～607,300円 (税抜)	341,700円 ～362,500円 (非課税)	143,000円 (税抜)	32,800円 (税抜)	69,000円 (税抜)	実費
Eタイプ居室 (1人入居の場合)	649,000円 ～662,900円 (税抜)	404,200円 ～418,100円 (非課税)	143,000円 (税抜)	32,800円 (税抜)	69,000円 (税抜)	実費
A～Eタイプ居室 (2人入居の場合の追加料金)	267,700円 (税抜)	70,900円 (非課税)	95,000円 (税抜)	32,800円 (税抜)	69,000円 (税抜)	実費
Fタイプ居室	319,500円 (税抜)	80,000円 (非課税)	143,000円 (税抜)	27,500円 (税抜)	69,000円 (税抜)	管理費に含む
プラン名 (前払い方式)						
A～Eタイプ居室 (1人入居の場合)	212,000円 (税抜)	前払金で受領	143,000円 (税抜)	前払金で受領	69,000円 (税抜)	実費
A～Eタイプ居室 (2人入居の場合)	376,000円 (税抜)	前払金で受領	238,000円 (税抜)	前払金で受領	138,000円 (税抜)	実費
月額	家賃	用途： 入居者が当該目的施設（居室及び共用施設）に入居し、契約期間中の住まいと日常				

利用料の算定根拠		生活上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 算定根拠： 土地建物賃借費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照した上で平均的な余命等を勘案して月額費用を算出しています。家賃相当額は、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。
	管理費	共用施設・設備の維持管理費、健康管理部門・事務管理部門・管財部門・フロント・日常業務等に関わる人件費、事務用品代、什器備品類、通信費、健康増進事業費、共用部の清掃費・有料ゴミ収集費居室の清掃費、植栽管理費、光熱水費（Fタイプ居室入居者のみ）
	介護費用	A～Eタイプ居室入居者 月額32,800円（税抜）/1人当たり ①要介護者等の人員過配置サービス費 （人員を基準以上に配置し行うサービスの内、利用者負担分を含む介護保険給付による収入でカバーでき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） 月額27,500円（税抜）  ②要介護者等以外の介護サービス費 （一時的な怪我や病気への対応） 月額5,300円（税抜）  *介護保険サービスの自己負担額は含まない  Fタイプ居室入居者 月額27,500円（税抜）/1人当たり ①要介護者等の人員過配置サービス費 （人員を基準以上に配置し行うサービスの内、利用者負担分を含む介護保険給付による収入でカバーでき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） 月額27,500円（税抜）  *介護保険サービスの自己負担額は含まない
	食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用、厨房設備・備品代、水光熱費等 A～Fタイプ居室 69,000円（税抜）/1人当たり（1日3食、30日の場合） 朝食500円（税抜）、昼食600円（税抜）、夕食1,200円（税抜） *予めお申し込み頂き、召し上がった分のみお支払い頂きます。 2日前までのキャンセルの場合、料金は頂きません。 昼食について当日10：00まではキャンセル料はかかりません。 *有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税については、一食640円（税抜）以下、且つ一日の累計額が1,920円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。
	光熱水費	居室（A～Eタイプ）の光熱水費、個別の外部契約による実費負担
	その他	電話、インターネット代等の通信費は実費負担。その他、月極駐車場等の有料利用は、管理規程に示します。
	月額利用料に含まれない実費負担等	●ホームから半径5km以遠の通院・外出の付添375円（税抜）/15分 ●ホームから半径5km以遠の買い物・役所手続きの代行300円（税抜）/15分 ●治療食の調製にかかる費用/実費 ●行事食と通常食との差額/実費 ●医療費/実費 ●レクリエーション等の材料費交通費等/実費 ●おやつ等の費用/実費 ●理美容/実費 ●おむつ代/実費 ●介護用品費/実費 ●モノクロコピーサービス（片面A3まで）10円（税抜）/1枚 ●カラープリントサービス（片面A3まで）48円（税抜）/1枚

		<ul style="list-style-type: none"> <li>●ファックス送信サービス（遠距離長文別途）29円（税抜）／1回</li> <li>●外出の付添（自立者のみ、疾病時を除く）375円（税抜）／15分</li> <li>●居室配下膳（自立者のみ、疾病時を除く）200円（税抜）／1回</li> <li>●家事援助（自立者のみ、疾病時を除く）300円（税抜）／15分</li> <li>●給湯料 1リットル当りの料金 1.5円（税抜）</li> </ul>
前払金		<p>入居前払金： 2,520万円～7,040万円（非課税）  介護等前払金： 470万円（税抜/1人当たり）</p> <p>[入居前払金]  A～Eタイプ居室：  Aタイプ 45.08㎡、Bタイプ 50.58㎡、Cタイプ 54.41㎡、  Dタイプ 60.64㎡、Eタイプ 68.38㎡  Aタイプ：2,520～2,720万円  Bタイプ：3,420～3,620万円  （夫婦等利用の場合 4,440～4,640万円、追加入居金1,020万円含む）  Cタイプ：3,820～4,320万円  （夫婦等利用の場合 4,840～5,340万円、追加入居金1,020万円含む）  Dタイプ：4,920～5,220万円  （夫婦等利用の場合 5,940～6,240万円、追加入居金1,020万円含む）  Eタイプ：5,820～6,020万円  （夫婦等利用の場合）6,840～7,040万円、追加入居金1,020万円含む）</p> <p>[介護等前払金]  A～Eタイプ居室入居者 470万円（税抜）/1人当たり  ①要介護者等の人員過配置サービス費（人員を基準以上に配置し行うサービスの内、利用者負担分を含む介護保険給付による収入でカバーでき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）  395万円（税抜）  ②要介護者等以外の介護サービス費（一時的な怪我や病気への対応）  75万円（税抜）  以上の2項目の合計額、470万円（税抜）が介護等前払金になります。</p>
算定根拠		<p>[入居前払金]  用途：  入居前払金は、目的施設（居室及び共用施設）を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。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又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p>内訳：  土地建物賃借費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照した上で想定居住期間を勘案して算出しています。</p> <p>算定根拠：  入居前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づき、第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会による算定結果によります。具体的な算定方法は、別紙で示します。</p> <p>[介護等前払金]  ①長期推計（12年）に基づき、要介護者等1.5人に対し、週40時間換算で看護・介護職員を1人以上配置するための費用</p>

	②自立者に対し、一時的な看護・介護が発生した場合に備え、看護・介護職員を配置するための費用	
償却開始日	入居日の翌日・初期償却率 15% 償却期間 144 ヶ月 (12年)	
返還対象としない額	<p>入居前払金： 無・<input checked="" type="checkbox"/> ( 入居前払金の非返還対象分 378万円～903万円 追加入居前払金の非返還対象分 153万円)</p> <p>介護等前払金： 無・<input checked="" type="checkbox"/> ( 70.5万円・税抜 )</p>	
契約終了時の返還金の算定方法	<p>[A～Eタイプ 居室入居者] 入居前払金の返還金の算定方法 想定居住期間内に契約が終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します (入居者が1人の場合) 返還金＝入居前払金×0.85÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)</p> <p>(入居者が2人の場合であって、その一方が死亡又は退去した場合) 返還金＝追加入居前払金×0.85÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数) 想定居住期間を超えて契約が終了した場合、返還金はありません。 なお、入居前払金の追加徴収も行いません。</p> <p>介護等前払金の返還金の算定方法 入居前払金の返還金と同じ算定式により返還されます。</p>	
短期解約の返還金の算定方式	<p>入居後3月以内の契約解除 1日当たり利用料は、入居前払金のうち返還対象部分1月を30日として償却月数で割り返した額で算出します。 算定式：入居前払金×85%÷償却期間月数144÷30 (入居前払金のうち非返還部分は、上記にかかわらず全額を無利息で返還します。)</p>	
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"/>	<p>保全措置の内容： 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入しています。入居者生活保証制度は、ホームが入居者1人に基金を20万円・80歳以上13万円を拠出する事により、事業主体の倒産等により、すべての入居者が退去せざるを得なくなり、かつ入居者から契約が解除された場合に、入居者1人当たり500万円、又は入居基金が500万円未満の場合は、その入居金の額が支払われる制度です。</p>
		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 20 日締、当月末日請求とします。
支払方法	入居者の銀行口座から翌月末日に引き落とします。
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：前払い方式入居契約書第30条第1項及び第4項又は月払い方式入居契約書第30条第1項及び第4項による
	手続き：前払い方式入居契約書第30条第2項及び第3項 又は月払い方式入居契約書第30条第2項及び第3項による
	解約予告期間：90日、但し、前払い方式入居契約書第30条第4項又は月払い方式入居契約書第30条第4項による解約の場合は予告期間なし
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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、改定致します。		
	手続き方法	運営懇談会に提案し意見を聴いた上で実施致します。		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	入居前払金、月額家賃及び介護保険の自己負担分。なお、それ以外の費用は、税法に則り、消費税を負担して頂きます。			
体験入居の取扱い	1 無			
	<input type="checkbox"/> 2 有	期間	6泊7日を上限とする。	
費用		1人1泊4,000円（税抜） 食事1人3食2,300円（税抜）		

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	オーシャンプロムナード湘南は、ご入居者の安心・満足・信頼の実現を目指し、「入って良かった」のお気持ちと共に繁栄することを職員共通の目的としています。		
サービスの提供内容の特色	入居時よりお看取りまでを入居者と身元引受人のご希望に沿いながら一貫したサービス内容で行っています。 看護職員24時間体制です。		
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	[週1回] 浴室及び水廻清掃、ホームから半径5km以内の買物・役所手続き代行 [随時] 看護師及び栄養士による健康相談、車両の運行、レクリエーション・クラブ活動の企画・援助、生活相談、宅配便、郵便物の取次ぎ等フロント業務 [その他] 居室内清掃（隔週1回、浴室・水廻含む）クリーニング取次ぎ（週2回）、定期健康診断（年2回）ゴミ出（自治体の規定による）	
	食費	三食の提供、食堂内配下膳	
	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	介護サービスお受けの方：ケアプランに則り、日中夜間巡回実施 自立者：フロント職員による目視での安否確認・毎日		
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：介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおいニッセイ同和損保）	

※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。但し、A～Eタイプ <sup>7</sup> の居室入居者は、心身の状況により一時介護室又はFタイプ居室へ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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	急激な体調の変化等、一時的な常時見守りが必要になった場合や退院後の日常生活に慣れるまでの一定期間について、本人の申し出により一時介護室で介護することが可能です。この場合、居室の利用権は存続します。追加費用はありません。 介護上の必要がある場合は、医師の意見を聞き、本人の意思を確認するとともに、身元引受人の意見を聞いた上で一時介護室において介護する場合があります。追加費用はありません。

	<p>月払い方式による入居契約の場合</p> <p>[A～Eタイプ 居室からFタイプ 居室に住替える場合の条件、手続き等]</p> <p>1 オーシャンプロムナード湘南における指定特定施設入居者生活介護の実施は、A～E タイプ 居室入居者については、原則、終身に亘り A～E タイプ 居室で行うが、次の場合はFタイプ 居室に住替え、オーシャンプロムナード湘南における指定特定施設入居者生活介護の実施を終身に亘りFタイプ 居室で行ないます。なお、住替えの条件は、次の一から三の条件をすべて満たした時とします。</p> <p>一 入居者は要支援以上の方。</p> <p>二 入居者本人又はその家族等の要望があった場合。</p> <p>三 管理者及び介護員等が A～E タイプ 居室での指定特定施設入居者生活介護の実施よりもFタイプ 居室で実施する方が最善と判断したときは、主治医に相談の上、入居者または家族等の意向を伺い同意を得た上で事前に書面による了解のもと移行します。</p> <p>2 前項によりFタイプ 居室に住替えを行う場合には、住替えの移行期間としてFタイプ 居室へ住替え日より最大3か月間既存契約を継続した後、ご入居者又は身元引受人の同意により既存契約を解約するものとし、既存契約解約後は、新たにFタイプ 居室の月払い方式入居契約書を締結するものとしします。</p> <p>3 A～Eタイプ 居室に2人入居でどちらか一方がFタイプ 居室に住替える場合は、既存契約を一旦解約し、新たに A～E タイプ 居室及び F タイプ 居室の月払い方式入居契約書を各々締結するものとしします。</p> <p>4 A～E タイプ 居室から F タイプ 居室への住替えを行う場合には、月払い方式入居契約書第 32 条の定めに基づき、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復するものとしします。</p> <p>5 敷金の返還等の取扱いについては、月払い方式入居契約書第 24 条、第 35 条及び第 36 条の定めに基づき返還するものとしします。</p> <p>6 住替え後の敷金、家賃相当額、介護費用、管理費及び食費等の条件は、新たに締結する入居契約書に基づくものとしします。</p> <p>[Fタイプ 居室から他のFタイプ 居室に住替える場合の条件、手続き等]</p> <p>Fタイプ 居室から他のFタイプ 居室への住替えの条件は、次のとおりとしします。</p> <p>1 入居者又はその家族等の要望があった場合、又は管理者及び介護員等が他の居室で介護を実施する方が、最善と判断したときまたは主治医が判断したときに入居者または家族及び身元引受人の意向を伺い同意を得た上で、事前に書面による了解のもと移行します。</p> <p>2 前項により住替えを行う場合には、住替えの移行期間として住替え日より最大3か月間既存契約を継続した後、ご入居者又は身元引受人の同意により既存契約を解</p>
--	--

	<p>約するものとし、既存契約の解約後は、新たにFタイプ居室の入居契約を締結するものとしします。</p> <p>3 新たにFタイプ居室への住替えを行う場合には、月払い方式入居契約書第 32 条の定めに基づき、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復するものとしします。</p> <p>4 敷金の返還等の取扱いについては、月払い方式入居契約書第 24 条、第 35 条及び第 36 条の定めに基づき返還するものとしします。</p> <p>5 住替え後の敷金、家賃相当額、介護費用、管理費及び食費等の条件は、新たに締結する月払い方式入居契約書に基づくものとしします。</p> <p>前払い方式による入居契約の場合  [A～Eタイプ居室からFタイプ居室に住替える場合の条件、手続き等]</p> <p>1 オーシャンプロムナード湘南における指定特定施設入居者生活介護の実施は、A～Eタイプ居室入居者については、原則、終身に亘り A～E タイプ居室で行うが、次の場合はFタイプ居室に住替え、オーシャンプロムナード湘南における指定特定施設入居者生活介護の実施を終身に亘りFタイプ居室で行いません。住替えの条件は、次の一から三の条件をすべて満たした時としします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 入居者は要支援以上の方。</li> <li>二 入居者本人又はその家族等の要望があった場合。</li> <li>三 管理者及び介護員等が A～E タイプ居室での指定特定施設入居者生活介護の実施よりも介護居室で実施するほうが最善と判断したときは、主治医に相談の上、利用者本人または家族等の意向を聞き同意を得た上で事前に書面による了解のもと移行する。</li> </ul> <p>2 A～E タイプ居室から F タイプ居室に住替える場合の手続きは、以下のとおりとしします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 住替えの移行期間として、住替え日より最大3か月間は既存契約を継続し、ご入居者又は身元引受人の同意により契約の変更を行う。</li> <li>二 Fタイプ居室の家賃相当額は、全室月額8万円とします。</li> </ul> <p>(1) A～E タイプ居室の入居前払金償却残額がある場合は、月額家賃相当額8万円を毎月償却する。償却残額が月額家賃相当額8万円に満たなくなった場合には、残存金額を償却し、不足分の補填は必要としない。なお、これ以後、毎月の家賃相当額8万円の支払い義務はなく、生涯入居継続の権利を有する。</p> <p>(2) A～E タイプ居室の入居前払金償却残額が月額家賃相当額8万円に満たない場合には、残存金額を償却し、不足分の補填は必要としない。なお、これ以後、毎月の家賃相当額8万円の支払い義務はなく、生涯入居継続の権利を有する。</p>
--	--

	<p>(3) A～E タイプ居室の入居前払金償却終了入居者については、F タイプの月額家賃相当額 8 万円は発生せず、生涯入居継続の権利を有する。</p> <p>(4) A～E タイプ居室に 2 人入居でどちらか 1 人の入居者が先に F タイプ居室に住み替える場合は、前払い方式入居契約書第 41 条第 3 項第 6 号に基づき入居前払金の調整を行うものとします。</p> <p>三 F タイプ居室の手厚い介護費用は、月額 27,500 円（税抜）とします。</p> <p>(1) 介護等前払金の償却残額がある場合は、手厚い介護費用月額 27,500 円（税抜）を毎月償却する。償却残額が手厚い介護費用月額 27,500 円（税抜）に満たなくなった場合には、残存金額を償却し、不足分の補填は必要としない。なお、これ以後、毎月の手厚い介護費用 27,500 円（税抜）の支払い義務はなく、生涯に亘る手厚い介護の権利を有する。</p> <p>(2) 介護等前払金の償却残額が手厚い介護費用月額 27,500 円（税抜）に満たない場合には、残存金額を償却し、不足分の補填は必要としない。なお、これ以後、毎月の手厚い介護費用 27,500 円（税抜）の支払い義務はなく、生涯に亘る手厚い介護の権利を有する。</p> <p>(3) 介護等前払金償却終了入居者については、手厚い介護費用月額 27,500 円（税抜）の支払い義務はなく、生涯に亘る手厚い介護の権利を有する。</p> <p>(4) A～E タイプ居室に 2 人入居でどちらか 1 人の入居者が F タイプ居室に住み替える場合は、前払い方式入居契約書第 41 条第 3 項第 6 号に基づき介護等前払金の調整を行うものとします。</p> <p>四 F タイプ居室の管理費は、月額 143,000 円（税抜）とします。ただし、A～E タイプ居室に 2 人入居でどちらか一方が F タイプ居室に住替える場合は、A～E タイプ居室及び F タイプ居室の管理費 143,000 円（税抜）が各々必要となります。</p> <p>五 原則、A～E タイプ居室に 1 人入居で F タイプ居室への住替えの場合、F タイプ居室居住の権利のみとなるが、例外として権利を有したまま F タイプ居室を利用される場合は「居室（A～E タイプ）維持管理費」71,500 円（税抜）が必要となります。</p> <p>六 A～E タイプ居室から F タイプ居室への住替えを行う場合には、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復するものとします。</p> <p>[F タイプ居室から他の F タイプ居室に住替える場合の条件、手続き等]</p> <p>A～E タイプ居室から F タイプ居室に住替え、その後、他の F タイプ居室へ住替えた場合の条件は、次のとおりとします。</p> <p>1 入居者又はその家族等の要望があった場合、又は管</p>
--	---

	<p>理者及び介護員等が他の居室で介護を実施する方が、最善と判断したときまたは主治医が判断したときに入居者または家族及び身元引受人の意向を伺い同意を得た上で、事前に書面による了解のもと移行します。</p> <p>2 新たなFタイプ居室への住替えを行う場合には、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復するものとします。</p> <p>3 住替えに伴う家賃相当額、手厚い介護費用、管理費、食費、その他の条件については、変更なく継続するものとします。</p>
--	--

(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	クローバークリニック
	診療科目	内科・皮膚科・外科
	所在地	藤沢市片瀬海岸4-10-22      Te0466-22-5110
	距離及び所要時間	約2.1km、車で7分
	協力内容	①入居者の要請による訪問診療 ②夜間・緊急時の往診
	名称	クローバーホスピタル
	診療科目	内科・呼吸器・消化器科・循環器科・神経内科・皮膚科・整形外科・リハビリテーション科
	所在地	藤沢市鵠沼石上3丁目2160      Te0466-22-7111
	距離及び所要時間	約4.5km、車で15分
	協力内容	①入居前健康診断 ②入居者の年2回の健康診断 ③入居者の外来診療 ④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	島田歯科クリニック
	所在地	藤沢市鵠沼海岸4-9-1      Te0466-33-6644
	距離及び所要時間	約0.7km、車で2分
	協力内容	①入居者の歯科診療 ②無料歯科健診の実施 ③口腔ケア講座の実施
	名称	パーク歯科クリニック
	所在地	藤沢市鵠沼石上2-8-5 Te0466-29-5864
	距離及び所要時間	約4.2km、車で14分
	協力内容	①入居者の要請による訪問歯科診療及び口腔ケア ②夜間・緊急時の対応
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>[対応]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病により医療的な処置が必要となった場合は、協力医療機関または入居者の希望する医療機関等において治療を受けていただきます。</li> <li>・医療費は入居者の実費負担となります。</li> <li>・週に1度、協力医のホーム訪問日を設けております。（診療は要予約）</li> <li>・ご希望により、協力医が医療機関等を斡旋いたします。</li> </ul>	

	<p>[通院]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>協力医療機関または入居者の希望する医療機関等で、ホームから半径5km以内の医療機関等への通院に係る付添いの費用は、自立者及び疾病時の自立者は介護等前払金、要介護者等の方は介護保険給付に含まれます。</li> </ul> <p>[入院]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師の判断を基本として、入居者と身元引受人でお話し合いのうえ、協力医療機関または入居者の希望する医療機関等に入院となります。</li> <li>入院期間中は、月額利用料の管理費をお支払いください。</li> <li>協力医療機関または入居者の希望する医療機関等で、ホームから半径5km以内の医療機関等への入退院の付添いに係る費用は、月額利用料に含みます。</li> <li>入院に係る費用は入居者の負担となります。</li> <li>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。</li> </ul>
--	---

※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	2			管理者、介護支援専門員が兼務
	介護職員	12	13	2	
	看護職員	4	8	1	機能訓練指導員を兼務
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他		1		看護職員が兼務
	計画作成担当者	2			介護支援専門員 介護職員、生活相談員を兼務
	栄養士	1			
	調理員	3	12		
	事務職員	1	2		
	その他職員	2	30	1	
合計	28	66	4		

### (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	<input checked="" type="checkbox"/>									
		2	有									
	資格等の名称											
	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	2	5	3					1		

前年度1年間の退職者数	2	3	2	1					
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満			3					
	1年以上3年未満	1		2					
	3年以上5年未満				1	1			
	5年以上10年未満	1		2	4				2
	10年以上	2	8	8	5	1		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	一人	介護職員実務者研修修了者	一人
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	2人	資格なし	2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	47人 (定員 63人)			
入居者の状況	男性	19人、女性 28人		
	自立	19人		
	要支援	8人	(内訳)	要支援1 5人 要支援2 3人
	要介護	20人	(内訳)	要介護1 5人 要介護2 3人 要介護3 7人 要介護4 4人 要介護5 1人
平均年齢	88.6歳 (男性 88.6歳、女性 88.7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	0人	
		社会福祉施設	0人	
		医療機関	0人	
		死亡者	2人	
		その他	0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)	—
				0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 ( 書面による説明 )	
		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)	<p>施設及び本社 (同一敷地内)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者一鴨下和美 TEL0466-30-5251</li> </ul> <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出来ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-3548-1077</li> <li>・神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課 TEL045-329-3447</li> <li>苦情相談窓口 (苦情専用) TEL0570-022-110</li> <li>・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111 (代)</li> <li>・藤沢市市長部局福祉部介護保険課 TEL0466-25-1111 (代)</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)	事故対応マニュアルに基づき、応急措置または119番通報による協力医療機関等への搬入を行うとともに、管理者もしくはそれに準じる職員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	否 ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、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。必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。また、入居者の介護の方法や、入院時のご相談をさせていただきます。		
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 ・ 有	
	入居者基金への加入	無 ・ 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	実施日	利用者アンケート：毎年2月頃 意見箱：常時設置
		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	平成23年 2月16日
		評価機関名称	株式会社川原経営総合センター
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

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		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）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 9時～17時	有・無	疾病時は身体の状況に応じて2時間毎又は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
・夜間 17時～9時	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
②食事介助									
・食事介助	有・無	疾病時は食事の都度、必要に応じ見守り若しくは介助	—	—	—	—	—	—	—
③排泄									
・排泄介助	有・無	疾病時は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
・おむつ交換	有・無	疾病時は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
・おむつ代	有・無	—	—	—	—	実費負担	—	—	実費負担
④入浴等									
・清拭	有・無	疾病時は入浴不可の場合及び入浴日以外で必要に応じ実施	—	—	—	—	—	—	—
・一般浴介助	有・無	疾病時は一部若しくは全介助 週2回	—	—	—	—	—	—	—
・特浴介助	有・無	疾病時は一部若しくは全介助 週2回	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	疾病時は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
・居室からの移動	有・無	疾病時は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
・衣類の着脱	有・無	疾病時は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
・身だしなみ介助	有・無	疾病時は適宜対応	—	—	—	—	—	—	—
⑥機能訓練									
・機能訓練	有・無	疾病時は身体状況に応じた訓練	—	—	—	—	—	—	—
⑦通院の介助									
・通院の介助	有・無	半径5km以内の医療機関への付添（受診介助を除く）	半径5km以遠の医療機関への付添（受診介助を除く）	375円/15分（税抜） 実費交通費	—	—	半径5km以内の医療機関への付添（受診介助を除く）	半径5km以遠の医療機関への付添（受診介助を除く）	375円/15分（税抜） 実費交通費
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無	居室内に緊急通報コールボタン設置、24時間対応	—	—	—	—	—	—	—
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有・無	週1回水廻り 隔週1回居室全体	左記以外	300円/15分（税抜）	—	—	週1回水廻り 隔週1回居室全体 その他必要に応じて適宜対応	—	—
・洗濯	有・無	—	適宜対応	300円/15分（税抜）	—	—	適宜対応	—	—
・被服クリーニング	有・無	—	取次ぎ（週2回）	実費負担	—	—	—	取次ぎ（週2回）	実費負担
②居室配膳・下膳									
・居室配膳・下膳	有・無	—	居室まで対応	200円/1回（税抜）	—	—	居室まで対応	居室まで対応	自己都合の場合 200円/1回（税抜）
③理美容									
・理美容	有・無	—	適宜対応	実費負担	—	—	—	適宜対応	実費負担
④代行									
・買物	有・無	週1回指定日に近隣商店への代行	左記以外は適宜対応	半径5km以遠は 300円/15分（税抜） 実費交通費	—	—	週1回指定日に近隣商店への代行	左記以外は適宜対応	半径5km以遠は 300円/15分（税抜） 実費交通費
・役所手続	有・無	週1回指定日に鶴沼市民センターへの代行	左記以外は適宜対応	半径5km以遠は 300円/15分（税抜） 実費交通費	—	—	週1回指定日に鶴沼市民センターへの代行	左記以外は適宜対応	半径5km以遠は 300円/15分（税抜） 実費交通費
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無	年2回	左記以外は適宜対応	実費負担	—	—	年2回	左記以外は適宜対応	実費負担
・健康相談	有・無	適宜対応	—	—	—	—	適宜対応	—	—
・生活指導	有・無	適宜対応	—	—	—	—	適宜対応	—	—
・医師の往診	有・無	—	適宜対応	実費負担	—	—	—	適宜対応	実費負担
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・入退院時の同行	有・無	—	—	実費負担	—	—	—	—	実費負担
<b>5. その他サービス</b>									
・レクリエーション	有・無	—	月に1回程度	実費負担（材料費）	—	—	—	月に1回程度	実費負担（材料費）
・行事食（イベント等）	有・無	—	月に1回程度	実費負担	—	—	—	月に1回程度	実費負担

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)		不適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input checked="" 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。	介護居室(Fタイプ居室)は談話室(リビング)を設けて居住面積の確保に努める 一般居室は以下のとおり Aタイプ居室 45.08㎡ Bタイプ居室 50.58㎡ Cタイプ居室 54.41㎡ Dタイプ居室 60.64㎡ Eタイプ居室 68.38㎡
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	不適合	(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 checked="" type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	各居室内の一般浴室の利用が困難な場合は、個浴対応介護浴槽(介護居室浴室)またはストレッチャー浴(機械浴室)で対応
4	便所	有	不適合	<input checked="" 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。	各居室に設置のライトで個別対応または、後付けライトで対応
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	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	各居室で衛生管理に配慮し個別に対応
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			通常時は巡回対応 緊急通報発生時は、1階事務室と2階健康管理室で警報を感知すると同時に対象居室の玄関インターフォン及び巡回中職員のPHSに警報連動することにより、迅速に対応出来る体制を構築
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	有			
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。	自立者、要介護者が共存のため、入居者の身体状況、希望等に応じて職員が廊下の移動を介助
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)

※ 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 <span style="float: right;">（1 か月 30 日の例）</span>																																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">月 額</th> <th style="width: 65%;">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;">196,866 円</td> <td style="text-align: right;">19,687 円/39,374 円/59,060 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td style="text-align: right;">219,822 円</td> <td style="text-align: right;">21,983 円/43,965 円/65,947 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td style="text-align: right;">244,169 円</td> <td style="text-align: right;">24,417 円/48,834 円/73,251 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td style="text-align: right;">266,430 円</td> <td style="text-align: right;">26,643 円/53,286 円/79,929 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td style="text-align: right;">290,429 円</td> <td style="text-align: right;">29,043 円/58,086 円/87,129 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	196,866 円	19,687 円/39,374 円/59,060 円	要介護 2	219,822 円	21,983 円/43,965 円/65,947 円	要介護 3	244,169 円	24,417 円/48,834 円/73,251 円	要介護 4	266,430 円	26,643 円/53,286 円/79,929 円	要介護 5	290,429 円	29,043 円/58,086 円/87,129 円																																																				
	区 分	月 額	利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合 ）																																																																				
	要介護 1	196,866 円	19,687 円/39,374 円/59,060 円																																																																				
	要介護 2	219,822 円	21,983 円/43,965 円/65,947 円																																																																				
	要介護 3	244,169 円	24,417 円/48,834 円/73,251 円																																																																				
	要介護 4	266,430 円	26,643 円/53,286 円/79,929 円																																																																				
	要介護 5	290,429 円	29,043 円/58,086 円/87,129 円																																																																				
	各種加算の状況																																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">身体拘束廃止取組の有無</td> <td style="width: 50%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</td> </tr> <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></td> <td style="text-align: right;">( I )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( II )</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></td> <td style="text-align: right;">( I )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( II )</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></td> <td style="text-align: right;">( I )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( II )</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;"><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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>認知症専門ケア加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( I )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( II )</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( I )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> II</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( III )</td> </tr> <tr> <td>介護職員処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">II</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">III</td> </tr> <tr> <td>介護職員等特定処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">II</td> </tr> <tr> <td>ADL 維持等加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( I )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">( II )</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> </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		( I )		( II )	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有		( I )		( II )	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有		( I )		( II )	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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	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	ADL 維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有		( I )		( II )	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有
	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																																																																					
		( I )																																																																					
		( II )																																																																					
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																																																						
	( I )																																																																						
	( II )																																																																						
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																																																						
	( I )																																																																						
	( II )																																																																						
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																																																						
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																																																						
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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																																																																						
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																																																																						
ADL 維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																																																						
	( I )																																																																						
	( II )																																																																						
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																																																						
介護予防特定施設入居者生活介護 <span style="float: right;">（1 か月 30 日の例）</span>																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">月 額</th> <th style="width: 65%;">利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合 ）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援 1</td> <td style="text-align: right;">69,564 円</td> <td style="text-align: right;">6,957 円/13,913 円/20,870 円</td> </tr> <tr> <td>要支援 2</td> <td style="text-align: right;">114,432 円</td> <td style="text-align: right;">11,444 円/22,887 円/34,330 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合 ）	要支援 1	69,564 円	6,957 円/13,913 円/20,870 円	要支援 2	114,432 円	11,444 円/22,887 円/34,330 円																																																														
区 分	月 額	利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合 ）																																																																					
要支援 1	69,564 円	6,957 円/13,913 円/20,870 円																																																																					
要支援 2	114,432 円	11,444 円/22,887 円/34,330 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 checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I) (II)
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I) (II)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・有
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・有
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・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
	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
	ADL維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I) (II)
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・有

## 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	4.5	7.7	7.9
要介護者の人数	21.7	20.6	19.1
指定基準上の直接処遇職員の数	8	8	8
配置している直接処遇職員の数	19.6	22.1	22.0
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人の割合	1.1 : 1	1.0 : 1	0.9 : 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
		中番	9 : 30 ~ 18 : 30
	日勤	9 : 30 ~ 18 : 30	
	夜勤	17 : 00 ~ 翌10 : 00	
	看護職員	日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
		夜勤	18 : 00 ~ 翌9 : 00