

重要事項説明書

作成日 2021年07月01日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ニチイ学館
代表者名	代表取締役 森 信介
所在地	東京都千代田区神田駿河台二丁目9番地
電話番号／FAX番号	03-3291-2121／
ホームページアドレス	http://www.nichiigakkan.co.jp
設立年月日	1973年08月02日
直近の事業収支決算額※	(収益) 252,572 (百万) 円 (費用) 242,540 (百万) 円 (損益) 10,032 (百万) 円 (2019年度)
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (東陽監査法人)
他の主な事業	<p>■医療関連事業：病院・診療所および調剤薬局における診療報酬請求事務などの各種医事関連事業、経営コンサルティング、物品管理業務、院内保育などの受託</p> <p>■ヘルスケア事業：訪問介護、訪問入浴介護、デイサービス、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス、高齢者食事サービス、福祉用具の販売・レンタル、住宅改修、障がい福祉サービス、家事代行サービス</p> <p>■教育事業：医療事務技能者、ホームヘルパー、ベビーシッターの養成を中心とした資格取得・技能講座および豊かなライフワークを目指す各種講座の開講</p>

※ 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	ニチイケアセンター湘南藤沢	
所在地	神奈川県藤沢市柄沢1-34-15	
施設の類型及び表示事項	類型	1 <input checked="" type="checkbox"/> 介護付 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 4 <input checked="" type="checkbox"/> 自立・要支援・要介護
	(その他の条件)	()

介護保険	1 指定介護保険特定施設 (番号：1472203320、指定年月日：2009年10月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 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） 2 介護保険在宅サービス利用可	
	居室区分	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	2009年10月01日	
管理者氏名	秋元 省二	
電話番号/FAX番号	0466-29-6631 / 0466-29-6632	
メールアドレス	hstu11@nichiigakkan.co.jp	
交通の便	JR・小田急線「藤沢」駅 バス10分 藤が岡中学校前下車徒歩3分	
ホームページアドレス	http://www.nichiigakkan.co.jp	
敷地概要	権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 2007年4月1日～2037年3月 31日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 敷地面積 1492.6㎡ 抵当権の設定 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 2007年4月1日～2037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 鉄骨造 3階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火・準耐火・その他) 延床面積 1909.56㎡ (うち有料老人ホーム1909.56㎡) 建築年月日 2007年3月31日建築 改築年月日 年 月 日改築 建建築確認の用途指定 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム・その他() 抵当権の設定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	

居室概要	居室総数 50室 定員 50人(一時介護室を除く)					
	1 完全個室 ・ 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	50	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	18.60m ² ~ 19.84m ²	50室
	Bタイプ		無・有	無・有	m ²	
	Cタイプ		無・有	無・有	m ²	
	Dタイプ		無・有	無・有	m ²	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (設置階1~3階 (1階45.50m ² 、2・3階61.16m ²))			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (設置階1~3階 計5ヶ所 (1階 3.20m ² 、2・3階 3.20m ² ×2ヶ所))			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 9.76 m ²)			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各居室、1~3階に共用)			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (設置階 1~3階 各居室及び共用)			
	医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 8.47 m ²)			
	談話室		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)			
	面談室		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)			
	事務室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ m ²)			
	洗濯室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (設置階1~3階 1階 6.08 m ² 、2・3階 5.45 m ²)			
	汚物処理室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (設置階1~3階 ・ m ²)			
	看護・介護職員室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階~3階 ヘルパーステーション m ²)			
	機能訓練室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (設置階1~3階) 1階 45.50m ² 、2・3階 61.16m ² 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 checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階)			

	緊急通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	エレベーター	無・ <input checked="" 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	両手すり設置後の有効幅員 (1.82 m～1.83m)
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	1 <input type="checkbox"/> 無	
	2 <input checked="" 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	なし	

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 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	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	163,078	84,500	35,840	0	42738	管理に含まれる
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	・修繕費、管理事務費、オーナー様への月額賃料、施設所在地周辺での家賃相場及び施設整備協力金から家賃を算出しております。・				
	管理費	・共用施設の維持管理費、水光熱費、その他共同の益に供する全ての経費から月額必要経費を算出し、その必要経費から一人当たりの管理費を算出しております。				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ・介護用品費や理美容費等の個人に関わる費用や医療費、医師の往診等は別途実費ご負担いただきます。 その他、別紙「介護サービス等一覧表」に記載の料金を受領いたします。				

食費	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は朝食 324 円（うち消費税等 24 円）、昼食 550 円（うち消費税等 40 円）、夕食 550 円（うち消費税等 40 円）、1 日あたり 1,424 円（うち消費税等 104 円）として計算し請求致します。 ・欠食の場合は3日前までの申出により、朝食183円（うち消費税等13円）、昼食304円（うち消費税等22円）、夕食329円（うち消費税等24円）として計算し返金いたします。なお、厨房管理費18,258円（うち消費税等 1,352円）は、厨房設備の管理費・維持費に充当する為、欠食による返金はありません。
光熱水費	<ul style="list-style-type: none"> ・管理費に含まれます。

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	月額利用料その他は、毎月 17 日の請求による。
支払方法	月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。
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 28 条による）
	手続き（入居契約書 第 28 条による）
	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	入居契約書 第 23 条による	
	手続き方法	入居契約書 第 23 条による	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	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（その他税法上の規程に則る。）		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 有	期間	最大7泊8日 満室時は非対応
		費用	※体験入居期間の増減については、一日当たり7,560円（うち消費税等560円）をもって精算することとします。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本事業は、要介護状態によって自立した生活が困難になったお客様に対して心身の状態に合わせた個別の介護サービス計画を作成し家庭的な環境の下で食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練等、必要なサービスの提供に努めます。 2. 可能な限り自立した生活が送れるように「自立支援・援助」をサービスの基本とし、お客様の意思及び人格を尊重し、お客様の立場に立った適切なサービス提供に努めます。 3. スタッフが決めた型どおりのスケジュールはありません。生活の主体はお客様であり、自己決定権を有し、またご家族と共に築くホームとします。 4. ホーム完結型にならないように関係市町村や他の施設・団体・ボランティア等の福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、地域を生活圏とした社会生活上の便宜を図ります。 		
サービスの提供内容の特色	24時間介護スタッフ見守り 人員配置 2.5対1の手厚い介護		
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	共用施設の維持管理費、水光熱費、その他共同の益に供する全ての費用	
	食費	3食の提供、おやつ、厨房管理費	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先 (日本ゼネラルフード株式会社)	
		委託内容 (3食の調理委託)	
安否確認の方法・頻度等	要支援・要介護者には日中3回、夜間2回のほか、適宜居室見回りを実施。		
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 (日本興亜損保保険株式会社 総合賠償責任保険)	

※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	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 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	他の居室への住み替え お客様の生活の維持及びホーム運営上、支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合、次の手続を経て、居室を変更することがあります。この場合、追加の費用は必要ありません。なお、お客様の利用権は新たに利用する居室に移行します。 (1) 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける (2) ホームの指定する医師の意見を聞く (3) お客様及びその身元引受人等の同意を得る

(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 湘南鎌倉総合病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、泌尿器科、神経内科等
	所在地	神奈川県鎌倉市岡本1370-1
	距離及び所要時間	ホームまでの距離 約1.5km 約4分（自動車）
	協力内容	外来診療、救急対応
	名称	医療法人社団 清隆会 藤沢脳神経外科病院
	診療科目	脳外科、外科、整形外科、麻酔科
	所在地	神奈川県藤沢市片瀬2-15-36
	距離及び所要時間	ホームまでの距離 約4.9km 約19分(自動車)
	協力内容	外来診療、救急対応
	名称	医療法人社団 湘南中央会 片瀬クリニック
	診療科目	内科
	所在地	藤沢市片瀬5丁目1 2-2 3 1階
	距離及び所要時間	ホームまでの距離 約4.9km 約10分（自動車）
	協力内容	訪問診療

強力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団藤栄会 湘南台中央デンタルクリニック
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台1-6-7 小宮ビル1F
	距離及び所要時間	ホームまでの距離 約8.4km 約19分（自動車）
	協力内容	訪問診療
入居者が医療を要する場合の対応（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）		

※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 (19時30分～翌7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			管理者が兼務
	介護職員	3	18	3	
	看護職員	*1	7		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			看護師が兼務
	計画作成担当者	1			介護支援専門員
	栄養士				外部委託
	調理員				外部委託
	事務職員		1		
その他職員		3		障害者雇用	
合 計					

注1) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

2) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	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		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		0	2	0	7	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数		0	1	0	6	1	0	0	0	1	1
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
	1年以上 3年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	2	1	6	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	4	2	7	0	0	1	0	0	0
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	- 人	介護職員実務者研修修了者	1 人
介護福祉士	8 人	介護職員初任者研修修了者	17 人
介護支援専門員	1 人	資格なし	4 人

6 入居状況等

(2021年07月01日現在)

入居者数及び定員	49人 (定員 50人)		
入居者の状況	男性	11人	女性 38人
	自立	0人	
	要支援	9人	(内訳) 要支援1 6人 要支援2 3人
	要介護	40人	(内訳) 要介護1 16人 要介護2 11人 要介護3 5人 要介護4 7人 要介護5 1人
平均年齢	85.8歳 (男性 82.8歳、女性 88.9歳)		

7 退去状況等

度前 に年	退去先別の人数	自宅等	1人
		社会福祉施設	2人

		医療機関	3人	
		死亡者	11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 <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 代替措置あり () 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 ・ <input checked="" 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ニチイケアセンター湘南藤沢 (事業所内の苦情受付窓口) TEL : 0466-29-6631 (定休日なし。対応時間・・・9 : 00～18 : 00) ・ 株式会社ニチイ学館藤沢支店 (ニチイ学館の苦情受付窓口) TEL : 0466-27-9186 (定休日 : 土曜日、日曜日、国民の祝祭日、年末年始) (対応時間・・・9 : 00～17 : 15) ・ ニチイコールセンター (ニチイ学館の苦情受付窓口) TEL : 0120-60-5025 (定休日なし。24時間対応) <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"> ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会 (苦情相談窓口) TEL : 0570-02-2110 (苦情専用) ・ 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) ・ 藤沢市 福祉健康部 介護保険課 (午前9時～午後5時) TEL : 0466-25-1111 (代表) 	
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共に、管理者からご家族様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	<input checked="" type="checkbox"/> 可	
身元引受人の条件及び義務等	入居契約書の規定に基づき、以下の条件及び義務を負います。 1. お客様は、ニチイ学館の承認する身元引受人を、原則として1名定めるものとします。	

	<p>2. 身元引受人は、ニチイ学館と共同してお客様のホーム生活の質の向上に努めるものとします。</p> <p>3. 身元引受人は、お客様の能力や健康状態等について、正確な情報をニチイ学館に提供しなければなりません。</p> <p>4. 身元引受人は、特段の事情のない限り、ニチイ学館の規則及びホームの従業者又は医師の指示に従うものとします。但し、お客様又は身元引受人が、介護及び医療に関するニチイ学館又は協力医師の指示等に従うことを拒否する旨を明示した書面をニチイ学館に提示し、この事項を原因として生じる一切についてお客様又は身元引受人が責任を負うことを明らかにしたときは、この限りではありません。</p> <p>5. 身元引受人は、都道府県、市区町村又は国民健康保険団体連合会、その他行政機関が関係法令に基づき行うニチイ学館への指導、監査又は調査に可能な限り協力するものとします。</p> <p>6. 身元引受人は、本契約に基づくお客様の一切の債務について連帯して保証するとともに、ニチイ学館が必要と認め要請したときは、ニチイ学館と協議し、身上監護に関する決定、お客様の身柄の引き受け又は残置財産の引き取り等に責任を負うものとします。</p> <p>7. ホームは、お客様の生活及び健康状況並びにサービスの提供状況を定期的に身元引受人に連絡するものとします。</p> <p>8. ニチイ学館は、本条において身元引受人が1名では履行しかねると判断した場合、複数の身元引受人を定めることを求めることができるものとします。</p> <p>9. ニチイ学館は、身元引受人の変更が必要と判断した場合には、お客様に新たな身元引受人を定めることを求めることがあります。</p> <p>10. お客様は、前項に規定する求めを受けた場合には、直ちに身元引受人を定めなければならないものとします。</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	協会への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 2 有	実施日	2019年5月
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 無		
	<input type="checkbox"/> 2 有	実施日	2019年12月
		評価機関名称	株式会社 審調社
	結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
看取りの対応	<input 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	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）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 6時～21時	有	3回（救急対応の必要性の確認等）	-	-	3回	-	-	3回	-
・夜間 21時～6時	有	2回（救急対応の必要性の確認等）	-	-	2回	-	-	2回	-
②食事介助	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-
③排泄									
・排泄介助	有	必要に応じ誘導、見守りまたは介助（体調不良時）	-	-	必要に応じ誘導、見守りまたは介助	-	-	必要に応じ誘導、見守りまたは介助	-
・おむつ交換	有	必要に応じ適宜（体調不良時等）	-	-	必要に応じ適宜	-	-	必要に応じ適宜	-
・おむつ代	無	-	*1	*1	*1	*1	*1	*1	*1
④入浴等									
・清拭	有	（体調不良等による未入浴時）	-	-	週2回（未入浴時）	-	-	週2回（未入浴時）	-
・一般浴介助	有	週2回（体調不良等による入浴時見守りまたは介助）	*2	*2	週2回（入浴時見守り又は介助）	*2	*2	週2回（入浴時見守り又は介助）	*2
・特浴介助	有	-	-	-	-	-	-	-	-
⑤身辺介助									
・体位交換	有	必要に応じ適宜（体調不良時等）	-	-	必要に応じ適宜	-	-	必要に応じ適宜	-
・居室からの移動	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-
・衣類の着脱	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-
・身だしなみ介助	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-
⑥機能訓練	有	必要に応じ生活リハビリ	-	-	必要に応じ生活リハビリ	-	-	必要に応じ生活リハビリ	-
⑦通院の介助	有	随時	*3	*3	随時	*3	*3	随時	*3
⑧緊急時対応	有								
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有	週2回（リネン交換1回）	*4,*5	*4,*5	週2回（リネン交換1回）	*4,*5	*4,*5	週2回（リネン交換1回）	*4,*5
・洗濯	有	週2回	*6	*6	週2回	*6	*6	週2回	*6
②居室配膳・下膳	有	必要時に適宜	-	-	必要時に適宜	-	-	必要時に適宜	-
③理美容	無	-	*7	*7	-	*7	*7	-	*7
④代行									
・買物	有	-	*8	*8	月3回	*8	*8	月3回	*8
・役所手続	無	-	*9	*9	-	*9	*9	-	*9
3. 健康管理サービス									
・健康診断	無	受診の機会を設ける	*10	*10	受診の機会を設ける	*10	*10	受診の機会を設ける	*10
・健康相談	有	随時	-	-	随時	-	-	随時	-
・生活指導	有	随時	-	-	随時	-	-	随時	-
・医師の往診	無	-	実費	実費	-	実費	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	必要時に適宜	*11	*11	必要時に適宜	*11	*11	必要時に適宜	*11
5. その他サービス									
・レクリエーション	有	適宜	*12	*12	適宜	*12	*12	適宜	*12

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。

- ※1 おむつに関しては個別に準備願います。希望により購入業者を紹介致します。
- ※2 下記要件を満たした場合における個別対応については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）を負担いただきます。
・介護上必要となる場合以外で、お客様・身元引受人の希望により、上記月額利用料に含むサービス欄に定めた週 2 回を超える場合
- ※3 下記要件を満たした場合における個別対応については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）及び移動に要した交通費の実費を負担いただきます。
・お客様・身元引受人の希望により実施する場合
- ※4・※6 下記要件を満たした場合における個別対応については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）を負担いただきます。
・介護上必要となる場合以外で、お客様・身元引受人の希望により、上記月額利用料に含むサービス欄に定めた週 2 回を超える場合
- ※5 下記要件を満たした場合における個別対応については、リネン交換 1 回につき ¥330（税込）を負担いただきます。
・介護上必要となる場合以外で、お客様・身元引受人の希望により、上記月額利用料に含むサービス欄に定めた週 1 回を超える場合
- ※7 お客様・身元引受人の希望により理美容を実施する場合、外部訪問理美容事業所の設定金額となります。
- ※8 ホームから半径 500m を越える買い物代行については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）及び移動に要した交通費の実費（駐車場代を含む）を負担いただきます。
- ※9 下記要件を満たした場合における個別対応については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）及び移動に要した交通費の実費（駐車場代を含む）を負担いただきます。
・お客様・身元引受人の希望により実施する場合
- ※10 定期健康診断を希望するお客様が実施される場合は、実費を負担頂きます。
お客様・身元引受人の希望により定期健康診断以外に健康診断を実施する場合は、実費を負担いただきます。
- ※11 下記要件を満たした場合における個別対応については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）及び移動に要した交通費の実費を負担いただきます。
・お客様・身元引受人の希望により実施する場合
- ※12 「その他のサービス」は別途相談させていただきます。
・お客様・身元引受人の希望により実施する場合個別の外出については、職員 1 名につき 1 時間あたり ¥1,650（税込）及び移動に要した交通費の実費を負担いただきます。
- (注) お客様・身元引受人の希望により行う同行・移送に関しては、施設の運営上、人員体制によっては対応いたしかねる場合があります。

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	無	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。	廊下にパーテーションを設けて、面談スペースを設けている
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。

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 （1か月30日の例）																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">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>170,115円</td> <td>17,012円/34,023円/51,035円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>190,984円</td> <td>19,099円/38,197円/57,296円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>213,118円</td> <td>21,312円/42,624円/63,936円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>233,355円</td> <td>23,336円/46,671円/70,007円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>255,173円</td> <td>25,518円/51,035円/76,552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	170,115円	17,012円/34,023円/51,035円	要介護2	190,984円	19,099円/38,197円/57,296円	要介護3	213,118円	21,312円/42,624円/63,936円	要介護4	233,355円	23,336円/46,671円/70,007円	要介護5	255,173円	25,518円/51,035円/76,552円																			
	区 分	月 額	利用者負担額 （1割/2割/3割の場合）																																			
	要介護1	170,115円	17,012円/34,023円/51,035円																																			
	要介護2	190,984円	19,099円/38,197円/57,296円																																			
	要介護3	213,118円	21,312円/42,624円/63,936円																																			
	要介護4	233,355円	23,336円/46,671円/70,007円																																			
	要介護5	255,173円	25,518円/51,035円/76,552円																																			
	各種加算の状況																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 40%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>退院・退所時連携加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>入居継続支援加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>生活機能向上連携加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>個別機能訓練加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>夜間看護体制加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>若年性認知症入居者受入加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>医療機関連携加算</td><td>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td></tr> <tr><td>口腔衛生管理体制加算</td><td>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td></tr> <tr><td>栄養スクリーニング加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr><td>看取り介護加算</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td></tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(I) イ</td> </tr> <tr> <td>(I) ロ</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td>(III)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> II</td> </tr> </tbody> </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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	口腔衛生管理体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	サービス提供体制強化加算	(I)	(I) イ	(I) ロ	(II)	介護職員処遇改善加算	(III)	(II)	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	I
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																					
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																					
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																					
口腔衛生管理体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																					
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																					
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																					
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有																																					
サービス提供体制強化加算	(I)																																					
	(I) イ																																					
	(I) ロ																																					
	(II)																																					
介護職員処遇改善加算	(III)																																					
	(II)																																					
	III																																					
	IV																																					
	V																																					
介護職員等特定処遇改善加算	I																																					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	57,548円	5,755円/11,510円/17,265円
	要支援2	98,338円	9,834円/19,668円/29,502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	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・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	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	口腔衛生管理体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	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 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)イ (I)ロ (II) (III)
	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	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 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 checked="" type="checkbox"/> 無・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	7.0	7.5	9.2
要介護者の人数	43.0	38.0	39.2
指定基準上の直接処遇職員の数	18.4	13.4	14.0
配置している直接処遇職員の数	23.5	17.4	18.6
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	2.3 : 1	2.3 : 1	2.2 : 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 日勤 9:00~18:00 遅番 10:30~19:30 夜勤 16:30~9:30	
	看護職員	早番 8:00~17:00 日勤 9:00~18:00 遅番 10:30~19:30 夜勤 : ~ :	

