

重要事項説明書

作成日 2021年 5月 28日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社エクセルシオール・ジャパン
代表者名	代表取締役 作田 雄太
所在地	千葉県船橋市金堀町582-1
電話番号／FAX番号	047-457-8511／047-457-8512
ホームページアドレス	http://excelsiorjapan.com
設立年月日	2001年 8月 16日
直近の事業収支決算額※	(収益)2,128,392,875円 (費用)2,077,264,840円 (損益)44,399,379円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定特定施設入居者生活介護事業 (予防) ・ 指定認知症対応型共同生活介護事業 (予防) ・ 指定居宅介護支援事業 ・ 指定訪問入浴介護事業 (予防) ・ 指定訪問介護事業 (予防)

※ 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	エクセルシオール湘南台	
所在地	神奈川県藤沢市円行2-8-3	
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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	2010年 1月 1日	
管理者氏名	生井 ゆかり	

電話番号／FAX番号	0466-41-2481／0466-41-2482					
メールアドレス	info@excelsior-shonandai.com					
交通の便	小田急江ノ島線・相鉄線・横浜市営地下鉄 湘南台駅 徒歩7分 (560m)					
ホームページアドレス	http://www.excelsior-shonandai.com/					
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) 2009年12月1日～2039年11月30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 1335.16㎡ 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) 2009年12月1日～2039年11月30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 RC造 地上4階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他)					
	延床面積 2344.81㎡ (うち有料老人ホーム 2333.29㎡)					
	建築年月日 2009年11月20日建築 改築年月日 年 月 日改築					
	建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()					
居室概要	居室総数 65室 定員 65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
	居室	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	17.55㎡～18.30㎡	65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 ・ 176.51㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3階 ・ 5.92㎡) (4階 ・ 5.92㎡)			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階 ・ 4.60㎡) (2階 ・ 10.06㎡)			

	ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 6.38 m ²)
便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各居室・各階共有部分)
洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各居室・各階共有部分)
医務室(健康管理室)		<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)
談話室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 45.43 m ²)
		(3階・ 45.56 m ²)
		(4階・ 45.46 m ²)
面談室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 9.14 m ²)
事務室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階)
洗濯室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3階・ 9.14 m ²)
汚物処理室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各階)
看護・介護職員室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階)
機能訓練室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階)
		他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無・有 ()
健康・生きがい施設		<input 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		(13.30 m ~ 18.03m)
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 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	指定居室介護支援事業所 指定訪問介護事業所 営業主体：当社 面積：1階事務所の一部(約14.5m ²)	

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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (300,000円、家賃相当額の2か月分)					
プラン名	(内訳)					
	月額利用料	家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
月払い方式	271,281円 (税抜260,328円 税 10,953円)	148,000円	60,761円 (税抜55,238円 税 5,523円)	0円	62,520円 (税抜57,090円 税 5,430円)	0円
指定難病フロア 前払い方式 210万円プラン	166,781円 (税抜155,828円 税 10,953円)	43,500円	60,761円 (税抜55,238円 税 5,523円)	0円	62,520円 (税抜57,090円 税 5,430円)	0円
前払い方式 300万円プラン	221,781円 (税抜210,828円 税 10,953円)	98,500円	60,761円 (税抜55,238円 税 5,523円)	0円	62,520円 (税抜57,090円 税 5,430円)	0円
前払い方式 570万円プラン	190,281円 (税抜179,328円 税 10,953円)	67,000円	60,761円 (税抜55,238円 税 5,523円)	0円	62,520円 (税抜57,090円 税 5,430円)	0円
前払い方式 900万円プラン	151,781円 (税抜140,828円 税 10,953円)	28,500円	60,761円 (税抜55,238円 税 5,523円)	0円	62,520円 (税抜57,090円 税 5,430円)	0円
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	近傍家賃相場(1㎡あたり平均3,732円)を勘案し算出				
	管理費	共有施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費管理部門の人件費等を勘案して算出				
	介護費用					
	食費	1月30日で計算(朝食410円、昼食732円、夕食942円) 3日前までに欠食の申し出があった場合、当該費用はいただきません(請求時ご返金の清算) 朝食のみ軽減税率対象。				
	光熱水費	共有部分の電気、ガス、水道料を勘案して算出				
前払金		210万～900万円				
算定根拠		別紙参照				
償却開始日		入居日の翌日				
返還対象としない額		初期償却30%				
契約終了時の返還金の算定方法		想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定方法に基づく額を返還します。 ・算定方法 $\text{返還金} = \text{一時金} \times \text{想定居住期間償却率 (70\%)} \div (\text{入居日の翌}$				

	日から償却期間満了日までの実日数)	
	入居金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居金の追加徴収はありません。	
短期解約の返還金の算定方式	入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金します。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領します。 ・算定方法 一時金×想定居住期間償却率（70%）÷想定居住期間の月数÷30×（入居者から契約終了日までの実日数）	
返還期限	退居後 90 日以内	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	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 ・当社が個別入居者についての協会拠出金を支払う事により、万一倒産等に至り、入居者全てが退去せざるを得なくなり、かつ、入居者から入居契約が介助された場合に、償却期間終了時においても保証金として、500万円が入居者に支払われます。
		無の場合の理由（ ）
その他留意事項		

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月 27 日
支払方法	口座引き落とし
その他留意事項	支払日が土・日・祝の場合、翌銀行営業日

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件 ①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき ②月額利用料、その他支払を正当な理由なくしばしば遅滞するとき ③入居者契約第20条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき ④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、その危害が切迫した恐れがあり、且つ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することが出来ない場合 ⑤入居者または、その関係者からハラスメント行為の発生によりケアが適切に提供できない状況になったとき等
	手続き ①契約解除の通告について90日の予告期間を置く ②契約解除通告に先立ち入居者及び身元引受人などに弁明の機会を設ける

	③解除通告に伴う
	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	物価の上昇等により	
	手続き方法	運営懇談会等で同意を得る	
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	<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	入居一時金及び保証金の家賃相当額		
体験入居の取扱い	1 無		
	<input type="checkbox"/> 2 有	期間	1～7日
費用		11,000円 (税込)	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	生きる喜びを感じながら、安心した空間で穏やかに暮らす日々を過ごして頂ける運営を心がけています。		
サービスの提供内容の特色	24時間看護師が常駐している安心の医療連携体制。ご利用者様お一人お一人にきめ細かい個別ケアを行っております。		
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"/> 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	小規模修繕費、相談・管理義務、フロント対応、事務業務	
	食費	1日3食おやつ付 月2回行事食	
	その他	なし	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先 (東洋リネン(株))	
		委託内容 (寝具、タオル類洗濯)	

		委託先（ ㈱トーカイ ）
		委託内容（ 個別の衣類洗濯 ）
安否確認の方法・頻度等		
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（福祉事業者総合賠償責任保険）

※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	入居された居室、施設内、施設行事による外出先
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	1 一時介護室へ移る場合 全居室介護対応
	2 別の居室へ住み替える場合 【利用者の介護必要性における変化による住み替え】 施設内の居室住み替えについては、適切な介護サービス提供の為に、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更して頂くことがあります。この場合は、入居者本人及び身元引受人の同意を得てからの変更となります。追加費用の発生はございません。 【利用者からの申し出による住み替え】 適切な介護サービスが提供出来ることを確認した上で、従前の居室に関する契約解除の後、新たな居室に関する契約を締結していただきます。追加費用の発生がございます。（入居契約内容による）
	3 提携ホームへ住み替える場合 従前の施設における契約解除の後、新たな施設で契約締結をして頂きます。

(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	湘南台クリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台 2-6-10 WP7th ビルディング 3階
	距離及び所要時間	約 600m 車で約 2分
	協力内容	入居者の医療相談・診断・リハビリテーション療法 ・日中及び夜間の緊急時対応・意見書の作成・インフルエンザの予防接種・その他特別に依頼した業務等

	名称	湘南第一病院
	診療科目	内科・循環器科、消化器内科、 整形外科、皮膚科、麻酔科
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台 1-19-7
	協力内容	入居者の外来受入れ・急変、緊急時受入れ・入院手配等
	名称	くげぬま緩和ケア内科
	診療科目	内科
	所在地	藤沢市鵠沼藤ヶ谷 1-9-22
	協力内容	入居者の医療相談・診断・リハビリテーション療法 ・日中及び夜間の緊急時対応・意見書の作成・その他特別に依頼した業務等
	名称	厚誠会歯科相模大野
	診療科目	歯科
	所在地	神奈川県相模原市相模大野 3-8-1
	協力内容	入居者の口腔内治療・改善・維持
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>病院の選択</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族と話し合いを行っていただき、協力医療機関からの紹介先、又は希望する病院を選択していただく。 <p>緊急時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族と話し合いをして頂いた後、協力医療機関からの紹介先又は希望する病院を選択して頂く。 ・入院期間中は、月額利用料のうち家賃相当額と管理費を頂きます。 ・救急搬送時の付添代は発生しません。 ・救急搬送時の付添者が施設に戻るまでの交通費は発生します。 	

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2020年11月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌9時半) (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	0.5			
	生活相談員		1		
	介護職員	11	17	3	
	看護職員	4	7	1	
	機能訓練指導員				
	理学療法士		1		
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者	1.5			
	栄養士	1			

調理員	1	6		
事務職員	4	1		
その他職員		6		
合計	23	42		

(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		介護支援専門員						
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		2	2	5	4				2	
前年度1年間の退職者数		1	1	6	4				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	2	4	3	3					
	1年以上3年未満	1	2	5	3					
	3年以上5年未満		2	4	4					
	5年以上10年未満			1	6					
	10年以上									
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	0人	介護職員実務者研修修了者	2人
介護福祉士	16人	介護職員初任者研修修了者	10人
介護支援専門員	2人	資格なし	0人

6 入居状況等

(2020年7月1日現在)

入居者数及び定員	55人 (定員 65人)			
入居者の状況	男性	15人、女性 40人		
	自立	0人		
	要支援	2人	(内訳)	要支援1 1人 要支援2 1人
	要介護	53人	(内訳)	要介護1 6人 要介護2 6人 要介護3 14人 要介護4 13人 要介護5 14人
	平均年齢	86.8歳 (男性 84.93歳、女性 87.50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	1人	
		社会福祉施設	16人	
		医療機関	2人	
		死亡者	14人	
		その他	0人	
	生前解約の状況	施設側の申し出		0人
			(解約事由の例)	
		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 ()
		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)	ホーム担当者：サービス提供責任者 第三者機関、行政等 ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 03-3548-1077 ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 045-210-1111(代表) ・藤沢市介護保険課 0466-50-3527(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)	万一が事故が発生し、入居者の身体に損害が発生した場合は直ちに協力医療機関からの紹介先へ搬送するとともに、管理者からご家族に連絡致します。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	可 ・ 否	
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づき入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して責務を負う。 また、必要と判断される時に入居者の身柄を引き取る。	
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況	協会への加入	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	
	実施日	二週に一度の開示

	<input checked="" type="checkbox"/> 有	結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応			無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 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	1 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（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 9時～ 18時	有	適宜			適宜			適宜		
・夜間 18時～ 9時	有	適宜			適宜			適宜		
②食事介助	有	適宜	嚥下補助食品	実費負担	必要時対応	嚥下補助食品	実費負担	必要時対応	嚥下補助食品	実費負担
③排泄										
・排泄介助	有	-			必要時対応			必要時対応		
・おむつ交換	有	-			必要時対応			必要時対応		
・おむつ代	有	-			実費負担			実費負担		
④入浴等										
・清拭	有	-			-			1回2200円(税込)	-	1回2200円(税込)
・一般浴介助	有	-			-			1回2200円(税込)	-	1回2200円(税込)
・特浴介助	有	-			-			1回2200円(税込)	-	1回2200円(税込)
⑤身辺介助										
・体位交換	有	-			体調不良時			体調不良時		
・居室からの移動	有	-			必要時対応			必要時対応		
・衣類の着脱	有	-			必要時対応			必要時対応		
・身だしなみ介助	有	-			必要時対応			必要時対応		
⑥機能訓練										
⑦通院の介助	無	-	希望時（職員付き添い）	1時間1320円(税込)	-	希望時（職員付き添い）	1時間1320円(税込)	-	希望時（職員付き添い）	1時間1320円(税込)
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有	移動電話で24時間対応			移動電話で24時間対応			移動電話で24時間対応		
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	週2回まで			1100円/回	週2回まで			1100円/回	週2回まで
・洗濯	有	-	週2回業者委託		-	週2回業者委託		-	週2回業者委託	
②居室配膳・下膳	有	体調不良のみ対応	希望者対応	163円/回	体調不良のみ対応	希望者対応	163円/回	体調不良のみ対応	希望者対応	163円/回
③理美容	有	-	訪問理容師対応	実費対応	-	訪問理容師対応	実費対応	-	訪問理容師対応	実費対応
④代行										
・買物	有	週1回指定日	指定日以外	1320円/回	週1回指定日	指定日以外	1320円/回	週1回指定日	指定日以外	1320円/回
・役所手続	有		希望者対応	1320円/回		希望者対応	1320円/回		希望者対応	1320円/回
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	年2回対応	年2回以外	実費対応	年2回対応	年2回以外	実費対応	年2回対応	年2回以外	実費対応
・健康相談	有	適宜看護師対応	主治医対応	実費対応	適宜看護師対応	主治医対応	実費対応	適宜看護師対応	主治医対応	実費対応
・生活指導	有	適宜相談員対応			適宜相談員対応			適宜相談員対応		
・医師の往診	有	-	週1回程度	医療保険適用	-	週1回程度	医療保険適用	-	週1回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	無	-	-	医療保険適用	-	-	医療保険適用	-	-	医療保険適用
・移送サービス	有	-	必要時（職員付き添い）	1320円/時間	-	必要時（職員付き添い）	1320円/時間	-	必要時（職員付き添い）	1320円/時間
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	-	月2回程度	実費対応	-	月2回程度	実費対応	-	月2回程度	実費対応

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	非該当			
11	談話室	非該当			
12	洗濯室	非該当			
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	選択してください	(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		選択してください	<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		選択してください	<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。