

## 重要事項説明書

作成日 2021年 7月 1日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 伸こう福祉会
代表者名	理事長 高田 益江
所在地	横浜市栄区公田町1020番5
電話番号/FAX番号	045 - 896 - 1234/045 - 896 - 1235
ホームページアドレス	http : www. shinkoufukushikai. com/
設立年月日	1999年 3月 5日
直近の事業収支決算額※	(収益)5, 909, 938千円 (費用)5, 715, 722千円 (損益) 194, 216千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (橋本公認会計士事務所)
他の主な事業	特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜、グループホーム クロスハート田谷・栄 クロスハート金沢・横浜 クロスハート円行・藤沢

※ 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	クロスハート石名坂・藤沢	
所在地	神奈川県藤沢市本藤沢1-10-14	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 ( <input checked="" type="checkbox"/> 一般型・ <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ( )
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1472203643 指定年月日 平成22年12月1日 ) <input 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) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )
開設年月日	平成22年 8月 13日	
管理者氏名	藤澤 祐人	
電話番号/FAX番号	0466 - 84 - 3033/0466 - 84 - 3031	
メールアドレス	h-fujisawa@skfch.com	
交通の便	小田急電鉄江ノ島線 藤沢本町駅 徒歩10分	
ホームページアドレス	http://www.shinkoufukushikai.com/	

敷地概要	権利形態	<input type="checkbox"/> 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 ・ <input type="checkbox"/> 定期借地契約			
建物概要	(借地の場合の契約期間)	平成21年10月1日～ 令和31年9月30日			
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
居室概要	敷地面積	3,301,24㎡			
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
居室概要 (内訳)	権利形態	<input type="checkbox"/> 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 ・ <input type="checkbox"/> 定期借家契約			
共用設備概要	(借家の場合の契約期間)	平成21年10月1日～令和31年9月30日			
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
共用設備概要	建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上3階建 (耐火)			
	延床面積	2,541,14㎡ (うち有料老人ホーム 2,013,3㎡)			
共用設備概要	建築年月日	平成 3年 3月 19日建築			
	改築年月日	平成 22年 7月 27日改築			
共用設備概要	建築確認時の主要用途	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ <input type="checkbox"/> その他( )			
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
居室概要 (内訳)	居室総数	70室	定員	70人	
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり			
共用設備概要		定員	トイレ	浴室	面積
		70	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	12,96㎡
共用設備概要	居室数	70			
	食堂	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 125,55㎡)			
共用設備概要	浴室	一般浴槽	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 42,30㎡)		
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3階・ 16,50㎡)		
共用設備概要	ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階・ ㎡)			
	便所	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 階・ ㎡)			
共用設備概要	洗面設備	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 階・ ㎡)			
	医務室(健康管理室)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3階・ 10.2㎡)			
共用設備概要	談話室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2階・ 25.92㎡)			
	面談室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 10.8㎡)			
共用設備概要	事務室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 10.2㎡)			
	洗濯室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1～3階・ 7.35㎡)			
共用設備概要	汚物処理室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1～3階・ ㎡)			
	看護・介護職員室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 10.2㎡)			
共用設備概要	機能訓練室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階) 他の共用施設との兼用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	健康・生きがい施設	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階)			
共用設備概要	緊急通報設備	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 1基)			
共用設備概要	居室のある区域の廊下幅	( 1.8 m ~ 1.8m)			
	消防設備概要	消火器 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 )	自動火災報知設備 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 )		
危険区域の指定状況	火災通報設備 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 )	スプリンクラー ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 )			
	防火管理者 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 )	防災計画 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 )			
危険区域の指定状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	2 <input 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	短期入所生活介護事業
---------------------	------------

### 3 利用料概要

#### (1) 料金プラン

支払い方式	<input type="checkbox"/> 前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ <input type="checkbox"/> 選択方式					
敷 金	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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
	166,470 円	56,000	38,870	—	46,020	25,580
月額利用料の算定根拠	家賃相当額	建物賃借料、改修工事費、修繕費				
	管理費	共用施設の維持管理費、事務費、生活サービスに係る維持費用など				
	介護費用	—				
	食費	三食の提供、配膳				
	光熱水費	各居室及び共用部分における光熱水費				
前払金		—				
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		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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	毎月 27 日
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	①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 ②月額利用料その他の支払いを正当な理由なく遅滞するとき ③入居契約に規定する禁止または制限される行為に違反したとき ④入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき、次の手続きを行った上で行う ア 医師の意見を聴く イ 一定の観察機関をおく
	手続き	①契約解除の通告について90日の予告期間をおく ②前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける ③解除通告に伴う予告期間中に、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の関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する
	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	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費を勘定する。	
	手続き方法	運営懇談会で意見を聞き、同意を得た上で行う。	
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 <input type="checkbox"/> 減額なし 2 <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額 3 <input type="checkbox"/> 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	家賃相当額		
体験入居の取扱い	1 <input type="checkbox"/> 無		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	期間	原則として7日以内とし、介護保険は適用外となります。
		費用	1泊2日 5,000円

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	楽しくきれいにいつまでもお過ごしいただけるよう管理は最小限にその方らしく自由な生活を選択できるよう皆で一緒に支え合い終の棲家としても選んで頂ける施設づくりを行います
サービスの提供内容の特色	主食については、パン、ご飯から選べます。日常生活をリハビリ目的にレクの参加、下膳、洗濯たたみ等のお手伝いポイントをためお好きな品物と月1回交換日を設けています
サービス提供の状況※	

入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
食事の提供	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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、事務管理、入居相談業務	
	食費	三食の提供	
	その他	-	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	委託先 ( )	
		委託内容 ( )	
安否確認の方法・頻度等	2～3時間おきに、居室を巡回		
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	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保険名 ( 総合賠償責任保険 株式会社 損害保険ジャパン日本興亜ひまわり生命 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。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 <input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 2 <input checked="" type="checkbox"/> 別の居室へ住み替える場合 3 <input type="checkbox"/> 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	<p>・適切な介護サービス提供のため、一定の観察機関を設け、居室(個室)を変更していただくことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更になります。追加費用は在りません。</p> <p>・入居者の都合により住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。</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	湘南長寿園病院
	診療科目	内科 他
	所在地	藤沢市白幡 1-11-1
	距離及び所要時間	約1Km 徒歩 15分
	協力内容	通院・入院加療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南中央クリニック
	所在地	茅ヶ崎市松林 1-16-52
	距離及び所要時間	約5Km 車25分
	協力内容	内科往診
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南食サポート歯科
	所在地	藤沢市本藤沢 1-10-14
	距離及び所要時間	徒歩1分
入居者が医療を要する場合の対応※	(通院) ・病院への通院同行は、月額利用料に含まれません。 (入院) ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族と話し合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料のうち、家賃相当額及び管理費を御支払い頂きます。 ・入院のための移送及び同行は、月額利用料に含まれません。 ・入院に係る費用は、入居者の負担となります。	

※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 (時～翌時) (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			
	介護職員	13	7	3	
	看護職員	3	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	1			
	栄養士		1		
	調理員	1	7		
	事務職員		1		
	その他職員		5		
合 計	20	22	3		

## (2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務						□無 ・ ■有			
	資格等	1 □無								
		2 ■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			1		2					
前年度1年間の退職者数			3	5	2					
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1		3	2					
	1年以上3年未満	1		3	1	1				
	3年以上5年未満	1		1					1	
	5年以上10年未満		1	4	2					
	10年以上			2	2					
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	0人	介護職員実務者研修修了者	2人
介護福祉士	7人	介護職員初任者研修修了者	6人
介護支援専門員	0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	69人(定員 70人)			
入居者の状況	男性	7人、女性 62人		
	自立	1人		
	要支援	20人	(内訳)	要支援1 11人 要支援2 9人
	要介護	49人	(内訳)	要介護1 18人 要介護2 11人 要介護3 15人 要介護4 4人 要介護5 1人
平均年齢	89.3歳(男性 88.6歳、女性 89.4歳)			

## 7 退去状況等

退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	3人
		医療機関	1人

		死亡者	10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)	
生前解約の状況	入居者側の申し出		0人	
		(解約事由の例)		

## 8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 <input type="checkbox"/> 無				
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 <input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり（コロナウイルス感染防止のため書面での決議を行った。）			
		2 <input type="checkbox"/> 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 ・ <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）	<p>施設及び本部</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設管理者：藤澤祐人 TEL 0466-84-3033</li> <li>・法人本部 品質管理室 TEL 045-260-0568</li> </ul> <p>施設及び本部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"> <li>・神奈川県国民健康保険団体連合会介護保険課介護苦情相談係 TEL 045-329-3447 0570-022-2110（苦情専用）</li> <li>・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）</li> <li>・藤沢市福祉健康部介護保険課 TEL 0466-50-3527</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処置、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、看護・介護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	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 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責務につき入居者と連帯して履行の責を負います。又必要な時には入居者の身柄を引き取ります。				
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input 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 <input type="checkbox"/> 無				
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>2018.8.8</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td><input type="checkbox"/>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> </table>	実施日	2018.8.8	結果の開示
実施日	2018.8.8				
結果の開示	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				

第三者による評価の実施状況	1 <input type="checkbox"/> 無		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	平成30年7月
		評価機関名称	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
看取りの対応	<input type="checkbox"/> 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 ( <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 ( <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input 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 ・ <input type="checkbox"/> 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 ・ <input type="checkbox"/> 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4-1「個人情報の取り扱いについて」

別添4-2「個人情報の取り扱いについての同意書」

別添5 「高齢者の心身状況におけるご説明」

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 時～ 時	有	1回	—		2回	—		2回以上	—	
・夜間 時～ 時	有	1回	—		1回	—		1回以上	—	
②食事介助	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
③排泄										
・排泄介助	有	—	—		必要時対応	—		随時対応	—	
・おむつ交換	有	—	—		必要時対応	—		随時対応	—	
・おむつ代	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
④入浴等										
・清拭	有	—	—		—	必要時対応		適宜対応	必要時対応	—
・一般浴介助	有	—	—		—	—	3回目以降30分800円	週2回	—	3回目以降30分800円
・特浴介助	無	—	—		—	—		—	—	—
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	—		—	—		適宜対応	—	
・居室からの移動	有	—	—		—	—		適宜対応	—	
・衣類の着脱	有	—	—		—	—		適宜対応	—	
・身だしなみ介助	有	—	—		—	—		適宜対応	—	
⑥機能訓練	有	—	—		—	—		—	—	—
⑦通院の介助	有	必要時対応	—		—	希望時（職員付き添い）	800円／30分交通費実費	—	希望時（職員付き添い）	800円／30分交通費実費
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有	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	有	週2回	—		週2回	—		週2回	—	
・洗濯	有	随時	—		随時	—		随時	—	
②居室配膳・下膳	有	適宜対応	—		適宜対応	—		—	—	
③理美容	有	—	—		—	月2回訪問理美容	実費	—	月2回訪問理美容	実費
④代行										
・買物	有	適宜対応	—	実費	適宜対応	—	実費	適宜対応	—	実費
・役所手続	有	—	—	30分800円交通費実費	—	—	800円／30分交通費実費	—	—	800円／30分交通費実費
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有	—	年1回 任意	実費	—	年1回 任意	実費	—	年1回 任意	実費
・健康相談	有	適宜対応	—		適宜対応	—		適宜対応	—	
・生活指導	有	適宜対応	—		適宜対応	—		適宜対応	—	
・医師の往診	有	—	—		—	月2回往診	医療保険適用	—	月2回往診	医療保険適用
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・医療費	無	—	—	医療保険適用	—	—	実費	—	—	実費
・移送サービス	有	—	必要時（職員付き添い）	30分800円交通費実費	—	必要時（職員付き添い）	30分800円交通費実費	—	必要時（職員付き添い）	30分800円交通費実費
<b>5. その他サービス</b>										
アクティビティー参加費	有	—	月1回	実費	—	月1回	実費	—	月1回	実費

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 checked="" 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	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	非該当			
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 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。	既存の建物を転用して開設した有料老人ホームのため、廊下幅が1.2mの箇所がある。車いすのすれ違いができるように転回スペースを設けて対応している。
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 <b>2 混合型</b> 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 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: 10%;">区 分</th> <th style="width: 15%;">月 額</th> <th style="width: 15%;">利用者負担額 (1割)</th> <th style="width: 15%;">利用者負担額 (2割)</th> <th style="width: 15%;">利用者負担額 (3割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>170,115円</td> <td>17,012円</td> <td>34,023円</td> <td>51,035円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>190,984円</td> <td>19,099円</td> <td>38,197円</td> <td>57,296円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>213,118円</td> <td>21,312円</td> <td>42,624円</td> <td>63,936円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>233,355円</td> <td>23,336円</td> <td>46,671円</td> <td>70,007円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>255,173円</td> <td>25,518円</td> <td>51,035円</td> <td>76,552円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)	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)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)																																		
	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;"> <tr> <td style="width: 50%;">身体拘束廃止取組の有無</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">□減算型・■基準型</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;">□無・■有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;">□無・■有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td style="text-align: center;">□無・■有</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td style="text-align: center;">■無・□有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td style="text-align: center;">□無・■有</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(I)イ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(I)ロ</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">□無・■有</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">■(III)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(II)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(III)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(IV)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">□無・■有</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□(I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">■(II)</td> </tr> </table>	身体拘束廃止取組の有無	□減算型・■基準型	退院・退所時連携加算	■無・□有	入居継続支援加算	■無・□有	生活機能向上連携加算	■無・□有	個別機能訓練加算	■無・□有	夜間看護体制加算	□無・■有	若年性認知症入居者受入加算	■無・□有	医療機関連携加算	□無・■有	口腔衛生管理体制加算	■無・□有	栄養スクリーニング加算	■無・□有	看取り介護加算	□無・■有	認知症専門ケア加算	■無・□有	サービス提供体制強化加算	□無・■有	□(I)	□(I)イ	□(I)ロ	介護職員処遇改善加算	□無・■有	■(III)	□(II)	□(III)	□(IV)	介護職員等特定処遇改善加算	□無・■有	□(I)
身体拘束廃止取組の有無	□減算型・■基準型																																						
退院・退所時連携加算	■無・□有																																						
入居継続支援加算	■無・□有																																						
生活機能向上連携加算	■無・□有																																						
個別機能訓練加算	■無・□有																																						
夜間看護体制加算	□無・■有																																						
若年性認知症入居者受入加算	■無・□有																																						
医療機関連携加算	□無・■有																																						
口腔衛生管理体制加算	■無・□有																																						
栄養スクリーニング加算	■無・□有																																						
看取り介護加算	□無・■有																																						
認知症専門ケア加算	■無・□有																																						
サービス提供体制強化加算	□無・■有																																						
	□(I)																																						
	□(I)イ																																						
	□(I)ロ																																						
介護職員処遇改善加算	□無・■有																																						
	■(III)																																						
	□(II)																																						
	□(III)																																						
	□(IV)																																						
介護職員等特定処遇改善加算	□無・■有																																						
	□(I)																																						
	■(II)																																						

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)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
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	( <input type="checkbox"/> 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・ <input type="checkbox"/> 有	
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I)
		<input type="checkbox"/> (II)
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I) イ
		<input type="checkbox"/> (I) ロ
		<input type="checkbox"/> (II)
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> I
		<input type="checkbox"/> II
		<input type="checkbox"/> III
		<input type="checkbox"/> IV
		<input type="checkbox"/> V
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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)		
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・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は別添短期利用のサービス等の概要参照

介護保険に係る利用料  
 ※13  
 (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)

**介護職員処遇改善加算Ⅰ** (1 か月 30 日の例)

	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要介護 1	14,429 円	1,443 円	2,886 円	4,329 円
要介護 2	16,147 円	1,615 円	3,229 円	4,844 円
要介護 3	17,960 円	1,796 円	3,592 円	5,388 円
要介護 4	19,614 円	1,961 円	3,923 円	5,884 円
要介護 5	21,406 円	2,141 円	4,281 円	6,422 円
	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要支援 1	5,132 円	513 円	1,026 円	1,540 円
要介護 2	8,474 円	847 円	1,695 円	2,542 円

**介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ**

	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要介護 1	2,112 円	210 円	421 円	632 円
要介護 2	2,363 円	236 円	472 円	708 円
要介護 3	2,629 円	262 円	524 円	787 円
要介護 4	2,871 円	286 円	573 円	859 円
要介護 5	3,132 円	313 円	626 円	939 円
	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要支援 1	727 円	72 円	145 円	218 円
要介護 2	1,212 円	121 円	242 円	363 円

**サービス提供体制強化加算Ⅲ** (1 か月 30 日の例)

	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要介護 1～5	1,897 円	190 円	380 円	569 円
	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要支援 1～2	1,897 円	190 円	380 円	569 円

**医療機関連携加算** (1 か月 30 日の例)

	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要介護 1～5	843 円	85 円	169 円	253 円
	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要支援 1～2	843 円	85 円	169 円	253 円

**夜間看護体制加算** (1 か月 30 日の例)

	月 額	利用者負担額 (1 割)	利用者負担額 (2 割)	利用者負担額 (3 割)
要介護 1～5	3,162 円	316 円	632 円	949 円

看取り介護加算 I	月 額	自己負担額
要介護 1～5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡日・・・1280 単位/日</li> <li>・前日、前々日・・・680 単位/日</li> <li>・死亡日以前 4 日以上 30 日以下・・・144 単位/日</li> <li>死亡日 45 日前～31 日前・・・72 単位/日</li> </ul>	・

## 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	9.9	13.8	14.6	
要介護者の人数	58.3	51.3	48.5	
指定基準上の直接処遇職員の人数	26	19	21	
配置している直接処遇職員の人数	34	36	25	
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人数の割合	1.8 : 1	1.8 : 1	2.5 : 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	11 : 00	～	20 : 00
	夜勤	18 : 00	～	翌8 : 00
	看護職員 早番	8 : 00	～	17 : 00
	日勤	9 : 00	～	18 : 00
	遅番	:	～	:
	夜勤	:	～	: