

## 重要事項説明書

作成日令和3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	株式会社リーフ
代表者名	代表取締役 落合明子
所在地	神奈川県藤沢市菖蒲沢1225
電話番号/FAX番号	0466-48-1110 /0466-48-1116
ホームページアドレス	https://www.leaf-villa.co.jp
設立年月日	平成19年4月17日
直近の事業収支決算額※	(収益)132,293,054円 (費用)130,578,981円 (損益)1,714,073円
会計監査人との契約	☎ ・ 有 ( )
他の主な事業	介護保険事業（訪問介護・介護予防訪問介護）

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費および及び一般管理+営業外費用、損益は経常利益とする。

## 2 施設概要

施設名	住宅型有料老人ホーム 「リーフヴィラ湘南台」	
所在地	神奈川県藤沢市菖蒲沢1225	
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） 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 ) 指定年月日 ) ② 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	①全室個室(夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	☎ ・ 有 ( )
開設年月日	平成25年9月1日	
管理者氏名	島田 力弥	
電話番号/FAX番号	0466-48-1110 /0466-48-1116	
メールアドレス	info@leaf-villa.co.jp	
交通の便	小田急江ノ島線・相鉄いずみ野線・横浜市営地下鉄 湘南台駅より2.5km	

	湘南台駅西口D出口より4番乗り場・神奈中湘2吉岡工業団地行バス7分 「公民館前」下車徒歩7分					
ホームページアドレス	https://www.leaf-villa.co.jp					
敷地概要	権利形態		所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地			
	(借地の場合の契約形態)		<input type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約			
	(借地の場合の契約期間)		平成20年7月1日～令和10年6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	1,596 m <sup>2</sup>				
抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有					
建物概要	権利形態		所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家			
	(借家の場合の契約形態)		<input 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20年7月1日～令和10年6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	鉄筋造 7階建 ( <input type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	3,175.14m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム3,134.52m <sup>2</sup> )				
	建築年月日 改築年月日	平成20年7月1日建築 年 月 日改築				
建築確認時の主要用途	<input 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 48室 定員56人(一時介護室を除く)					
	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	25m <sup>2</sup>	5
	Bタイプ	1	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	30m <sup>2</sup>	5
	Cタイプ	1	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	32m <sup>2</sup>	16
	Dタイプ	1	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	32m <sup>2</sup>	14
	Eタイプ	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	46m <sup>2</sup>	5
	Fタイプ	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	62m <sup>2</sup>	2
	Gタイプ	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	57m <sup>2</sup>	1
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・141.34m <sup>2</sup> )			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階2か所・39.63m <sup>2</sup> )			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階3か所・2階1か所・6階1か所)			
洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階3か所・2階1か所・6階1か所)				

	医務室(健康管理室)	無 ・ 有 ( 1階・11.55㎡)
	談話室	無 ・ 有 ( 1階・89.93㎡)
	面談室	無 ・ 有 ( 1階・ 9㎡)
	事務室	無 ・ 有 ( 1階・36.44㎡)
	洗濯室	無 ・ 有 ( 階・ ㎡)
	汚物処理室	無 ・ 有 ( 1階・ 共用トイレ内)
	看護・介護職員室	無 ・ 有 (1階 健康管理室兼務・11.55㎡)
	機能訓練室	無 ・ 有 ( 6階46.74㎡) 他の共用施設との兼用 無・有 (カルチャールーム)
	健康・生きがい施設	無 ・ 有 ( 6階)
	緊急通報設備	無 ・ 有
	エレベーター	無 ・ 有 (ストレッチャー搬入可 1基)
居室のある区域の廊下幅	( 1.415 m ~ 1.43m)	
消防設備概要	消火器 (無 ・ 有)	自動火災報知設備 (無 ・ 有)
	火災通報設備 (無 ・ 有)	スプリンクラー (無 ・ 有)
	防火管理者 (無 ・ 有)	防災計画 (無 ・ 有)
危険区域の指定状況	1 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	訪問介護・介護予防訪問介護 リーフステーション 介護保険指定事業所番号1472203759	

### 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	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	199,880円	55,000	80,000		64,800	
Bタイプ	214,800円	70,000	80,000		64,800	
Cタイプ	214,800円	70,000	80,000		64,800	
Dタイプ	214,800円	70,000	80,000		64,800	
Eタイプ	347,600円	100,000	120,000		129,600	
Fタイプ	372,600円	125,000	120,000		129,600	
Gタイプ	372,600円	125,000	120,000		129,600	
月額	家賃	専用居室部分近隣家賃相場 (1㎡平均2,200円) を勘案 共用部分は一時金にて充当				

利用料の算定根拠	管理費	① 施設運営のための人件費 ② 共用施設の水光熱費 ③ 居室水道代 ④ 施設の維持管理費 ⑤ 健康管理に必要な費用 ⑥ 施設用備品・消耗品費 その他の施設運営に要する費用
	介護費用	—
	食費	業者委託費用に基づく費用 朝560円 昼700円 夕900円 料金の請求は喫食数に応じて計算。 食事は予約制 予約されている食事を欠食される場合は2日前 17時までにフロントに申し出て下さい。
	光熱水費	水道代は管理費に合算 電気代ガス代は個別メーター検針により個別契約による。
前払金		800万円～2,000万円
算定根拠	土地・建物借入に伴う家賃・修繕費・借入金利息・募集経費・管理事務費・提携施設移行に伴う費用などを基礎とし、平均余命などを勘案した想定居住期間等にかかる家賃相当額に、入居者が想定居住期間を超えて継続する場合に備えて受領するものとして合理的に算出した金額を加算した額。	
償却開始日	入居日から起算	
返還対象としない額	無・㊦(200,000円) 全国有料老人ホーム協会入居者基金	
契約終了時の返還金の算定方法	入居一時金 — (入居一時金×0.8×3,653日-入居日数3,653日)	
短期解約の返還金の算定方式	入居一時金- (入居一時金120か月×30日)×入居期間日数	
返還期限	契約終了後90日	
保全措置	無・㊦	保全措置の内容 (全国有料老人ホーム協会入居者基金)
		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	請求書発行後同月27日
支払方法	指定口座より自動振替
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	
	<p>1・事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一. 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二. 管理費、その他の費用の支払いを正当な理由なく、一定期間以上連続滞滞するとき</p> <p>三. 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に反し是正しないとき</p> <p>四. 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ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できないとき</p>	
	<p>手続き</p> <p>前項の規定に基づき契約の解除は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一. 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二. 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</p> <p>三. 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</p> <p>3・1の4号によって契約解除する場合には、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一. 医師の意見を聴く</p> <p>二. 一定の観察期間をおく</p>	
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	諸物価上昇の状況に応じて実施	
	手続き方法	入居者懇談会にて説明。個別承諾全入居者半数以上同意を得て実施	
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	<p>1 減額なし</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>③ 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>		
消費税の対象外とする利用料等	入居一時金・家賃		
体験入居の取扱い	1 無		
	② 有	期間	1週間以内を原則
		費用	7,160/日（3食食事代含む） *介護が必要な場合は別途相談

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

運営に関する方針	家族のようなこちよいつなかりを大切に。毎日のうれしこと、たのしいことを共有しながら過ごしていただき最期のときをリーヴィラ湘南台に住んでよかったとっていただける場所を目指します。		
サービスの提供内容の特色	併設の訪問介護事業所を利用も可能。 地域の事業所と連携してのサービス利用も可能。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・有	健康管理の供与	無・有
食事の提供	無・有	安否確認又は状況把握サービス	無・有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・有	生活相談サービス	無・有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	①施設運営のための人件費 ②共用施設の水光熱費 ③居室水道代 ④施設の維持管理費 ⑤施設管理に必要な費用 ⑥施設設備品・消耗品費 その他の施設運営に要する費用	
	食費	業者委託費用に基づく費用 朝560円 昼700円 夕900円 料金の請求は喫食数に応じて計算。	
	その他		
業務の委託状況	無・有	委託先 ( フェニックス株式会社)	
		委託内容 (3食の調理・イベント食提供)	
安否確認の方法・頻度等	希望者及び必要時 (体調不良・食事注文あるが提供時間来られずなど) 希望頻度・必要頻度にあわせて直接訪問・電話連絡にて実施		
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・有	保険名 (施設賠償責任保険 東京海上日動火災保険株式会社 )	

※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	各居室
入居後に居室又は施設を住み替える場合	別の居室へ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	<p>①判断基準 ・病状・介護の状態により身体的な介護が必要な場合従前の居室での対応が困難な場合。</p> <p>②手続 判断基準により、本人・家族と相談。意志を確認した上で実施します。</p> <p>③追加費用の要否 ・同等のタイプへの住み替えの場合追加費用なし。 ・二人入居からの住み替えの場合追加居室分の月額費用を追加負担。</p> <p>④居室利用権 従前の居室から住み替え居室へ利用権を移行します 二人入居からの住み替えの場合、追加居室の利用権が追加発生します。</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	医療法人誠翔会 ① 中沢内科医院 ② セントジョージクリニック
	診療科目	① 内科・消化器科・小児科・循環器科・放射線科 ② 内科・消化器科・小児科・循環器科・放射線科・呼吸器科
	所在地	① 藤沢市湘南台 2-18-3 ② 藤沢市遠藤 6215
	距離及び所要時間	いずれも 2.5 km 車で 10 分
	協力内容	希望者に対して定期訪問診療 2回/月健康相談 随時 定期健康診断 2回/年
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>医療が必要となった場合 協力医療機関に限定することなく、入居者・家族の意思・希望を尊重して対応します。</p> <p>・協力医療機関で実施することができない専門的な医療が必要な場合は、協力医療機関と連携し、適切な医療が受けられるよう他の医療機関などへの連絡・紹介を行います。</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院が必要になった場合 入居者・身元引受人へ連絡後、希望の医療機関確認後手配を実施します。 入院期間が3か月以上となる可能性がある場合は契約の継続について意思確認を実施します。 入院中の費用負担は、家賃は全額負担。 管理費は30日までは全額負担。以降は半額負担。</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 (22時～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	1			管理者兼務
	介護職員	3	7	2	
	看護職員	1	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				
	栄養士		1		
	調理員		5		
	事務職員		1		
	その他職員		3		
合計	5	18	2		

### (2) 職員の状況

		他の職務との兼務		無 ・ 有								
		資格等	① 無									
			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				1								
前年度1年間の退職者数				2	2							
業務に 従事した 職員の 経験 年数に 応じた 人数	1年未満				1							
	1年以上 3年未満				1							
	3年以上 5年未満			1	1							
	5年以上 10年未満				2	1						
	10年未満											



	10年以上	1	1	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	人	介護職員実務者研修修了者	3人
介護福祉士	3人	介護職員初任者研修修了者	4人
介護支援専門員	人	資格なし	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	30人 (定員56人)		
入居者の状況	男性 5人、女性 25人		
	自立 17人		
	要支援 4人	(内訳)	要支援1 3人 要支援2 1人
	要介護 9人	(内訳)	要介護1 1人 要介護2 5人 要介護3 2人 要介護4 1人 要介護5 0人
平均年齢	87.6歳 (男性85.2歳、女性 89.7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	2人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	0人	
		死亡者	4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) 子供さんの近隣への転居 24時間の看護体制ありへの希望	3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（コロナ勉強会を中心に入居者様のみで開催 文章にてお知らせ） 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>ホームは入居者からの苦情に対して苦情を受け付ける窓口を設置します。</p> <p>苦情の申し立てがなされた場合、ホームはこれに対し適切に対応し、入居者にこれを理由とした不利益な取り扱いを行いません。</p> <p>①リーフ苦情相談窓口担当落合明子 電話：0466-48-1110</p> <p>②行政等 ・神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111（代表） ・藤沢市健康福祉部介護保険課 TEL0466-25-1111（代表）</p> <p>③公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-3272-3781（代表）</p>				
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	<p>緊急対応マニュアルに基づいて、応急処置、協力・指定医療機関への連絡。</p> <p>状態により救急車手配。</p> <p>職員より連絡先ご家族へ責任者より連絡を行います。</p> <p>また、事故についての検証を実施し、事故の防止策を検討します。</p>				
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	<p>身元引受人を1名定めていただきます。</p> <p>・身元引受人は契約上の債務の連帯保証人であるとともに入居者をご自分で判断することが不可能になった場合、ご本人に代わって判断していただきます。</p> <p>・入居契約が解除された場合の引受人となります。</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	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	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>随時アンケート箱設置</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>無 ・ 有</td> </tr> </table>	実施日	随時アンケート箱設置	結果の開示
実施日	随時アンケート箱設置				
結果の開示	無 ・ 有				
第三者による評価の実施状況	1 無				
	2 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td>平成25年3月3日</td> </tr> <tr> <td>評価機関名称</td> <td>福祉経営</td> </tr> </table>	実施日	平成25年3月3日	評価機関名称
実施日	平成25年3月3日				
評価機関名称	福祉経営				

		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～21時	有	必要時随時	—							
・夜間 21時～9時	有	必要時（体調不良等）随時	—							
②食事介助		体調不良時のみ対応	—							
③排泄										
・排泄介助		—	—							
・おむつ交換		—	—							
④入浴等										
・清拭		—	—							
・一般浴介助		—	—							
・特浴介助		—	—							
⑤身辺介助										
・体位交換		—	—							
・居室からの移動		—	—							
・衣類の着脱		—	—							
・身だしなみ介助		—	—							
⑥機能訓練		—	—							
⑦通院の介助	有	協力医療機関へ定期通院（送迎のみ）	左記以外1人 1時間2,200円							
⑧緊急時対応	有	必要時24時間対応	—							
<b>2. 生活サービス</b>										
①家事										
・清掃	有	—	希望時	2,200円/時						
・洗濯	有	—	希望時	業者実費						
②居室配膳・下膳	有	体調不良時のみ対応	希望時	配下膳各110円						
③理美容	有	—	訪問理容師対応	実費						
④代行										
・買物	有	月1回指定店指定日	左記以外	2,200円/時						
・役所手続	有	月1回遠藤支所指定日	左記以外	2,200円/時						
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有	—	年1回	実費						
・健康相談	有	適宜対応								
・生活指導	有	適宜対応								
・医師の往診	有	—	月2回程度	医療保険適用						
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・入退院時の同行	有	指定エリア内必要時	指定エリア外必要時	2,200円/時間						
<b>5. その他サービス</b>										
・レクリエーション	有	—	月2回程度	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。

## 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	有			
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	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。