

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	株式会社学研ココファン
代表者名	代表取締役 森 猛
所在地	東京都品川区西五反田2-11-8
電話番号/FAX番号	03-6431-1860 / 03-6431-1864
ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp/
設立年月日	平成20年 5月 15日
直近の事業収支決算額※	(収益) 20,055百万円 (費用) 19,214百万円 (損益) 841百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホーム事業の企画・開発・運営、介護保険サービス等事業、フランチャイズ事業、不動産賃貸に関する事業、その他付帯する一切の事業

※ 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	ココファンレジデンス湘南台	
所在地	〒252-0815 神奈川県藤沢市石川6-25-3	
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	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
	(その他の条件)	()
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	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	無 ・ 有 ()				
開設年月日	2015年 10月 1日					
管理者氏名	吉田 能子					
電話番号/FAX番号	Tel 0466-89-6101 / FAX 0466-89-6102					
メールアドレス	cr-shounandai@cocofump.co.jp					
交通の便	小田急江ノ島線・相鉄線・地下鉄ブルーライン 湘南台駅 バス15分 「公園北」徒歩3分					
ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp					
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	1549.34 m ²				
	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24年11月1日～平成44年10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"/>				
	建物の構造	RC造 4階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火・ <input type="checkbox"/> 準耐火・その他)				
	延床面積	2945.34m ² (うち有料老人ホーム m ²)				
	建築年月日	平成20年 3月 17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()				
	抵当権の設定	無 ・ 有				
居室概要	居室総数 46室 定員 54人(一時介護室を除く)					
	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Cタイプ	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	21.60m ²	16
	Dタイプ	2人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	43.20m ²	4
	Eタイプ	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	19.08m ²	12
	Fタイプ	2人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	55.56m ²	4
	Gタイプ	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	27.78m ²	6
	Hタイプ	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	34.20m ²	2

	Iタイプ	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	29.26m ²	1
	Jタイプ	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	18.56m ²	1
共用設備概要	食堂		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~3階・m ²)			
	浴室	一般浴槽	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~4階・m ²)			
		リフト浴	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・m ²)			
		ストレッチャー浴	<input type="checkbox"/> 無・有 (階・m ²)			
	便所		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~3階・m ²)			
	洗面設備		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~3階・m ²)			
	医務室(健康管理室)		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・m ²)			
	談話室		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~4階・m ²)			
	面談室		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1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 (1~3階・m ²)			
	汚物処理室		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・m ²)			
	看護・介護職員室		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~3階・m ²)			
	機能訓練室		<input type="checkbox"/> 無・有 (階) 他の共用施設との兼用 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		(1.8m ~ 1.8m)				
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 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	認知症対応型生活介護・小規模多機能型居宅介護

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 checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)					
	(内訳)					
プラン名	月額利用料	家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
2階Cタイプ	223,525	80,000	72,500	0	60,840	10,185
2階Dタイプ	375,801	130,000	103,750	0	121,680	20,371
1名利用	288,618	130,000	82,500	0	60,840	15,278
2階Eタイプ	213,525	70,000	72,500	0	60,840	10,185
3階Cタイプ	243,525	100,000	72,500	0	60,840	10,185
3階Dタイプ	385,801	140,000	103,750	0	121,680	20,371
1名利用	298,618	140,000	82,500	0	60,840	15,278
3階Eタイプ	223,525	80,000	72,500	0	60,840	10,185
4階Fタイプ	405,986	160,000	93,750	0	121,680	30,556
1名利用	308,803	160,000	62,500	0	60,840	25,463
4階Gタイプ	243,711	100,000	62,500	0	60,840	20,371
4階Hタイプ	253,711	110,000	62,500	0	60,840	20,371
4階Iタイプ	248,711	105,000	62,500	0	60,840	20,371
4階Jタイプ	223,711	80,000	62,500	0	60,840	20,371
月額利用料の算定根拠	家賃	居室及び共用施設等の利用料及び施設設備修繕交換費建物賃貸料				
	管理費	<ul style="list-style-type: none"> ・生活サービス及び事務部門に関する人件費 ・共用部に関する光熱費 ・施設の維持費 (エレベーターや消防関係等設備に関する保守点検費・植栽管理費等) ・共用部の備品、消耗品費、事務費、車両維持費、広告宣伝費 				
	介護費用	—				
	食費	朝 500円 昼 713円 夕 815円 *1食毎の喫食実績により1か月分を取りまとめて請求。キャンセルは2日前16:00までに申し出があった場合による。				

光熱水費	居室利用分	
前払金	0 円	
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	無 ・ 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	請求当月 27 日
支払方法	指定口座よりお引き落とし又は振り込み
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	<p>条件</p> <p>(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時</p> <p>二 月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時</p> <p>三 第21条(禁止又は制限される行為)の規定に違反した時</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時</p> <p>五 入居者が、暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員又はその関係者である時</p> <p>六 暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員または関係者を本物件に出入りさせた時</p> <p>七 騒音・暴力行為・危険行為等共同生活の秩序を乱す行為をしたと認められた時</p> <p>八 重篤な感染症にかかった場合、もしくは保持している場合、かつ入居者に対する通常の介護方法等で感染を予防することが出来ない時</p> <p>九 恒常的な医療行為を必要とするとき等、通常の介護で対応が困難となった場合</p>
----------------	---

	<p>手続き (予告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。解除予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>解約予告期間 (90 日)</p>
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	施設の維持管理、公租公課等の負担が増加した時、もしくは物価の変動・近隣相場との不均衡・施設の改良があった場合	
	手続き方法	運営懇談会で意見を聞き、同意を得た上で改定する。	
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	<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 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	家賃相当額等税法に則り消費税を負担		
体験入居の取扱い	1 無		
	② 有	期間	6泊7日を上限とする
		費用	1泊あたり10,000円 (税・食事別) 食事代 朝食500円 昼食713円 夕食815円 最長7日間を限度に体験入居を受け付けます。 。介護保険は適用外となります。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。		
サービスの提供内容の特色	高齢者の尊厳を守り、一人一人の心と体がより良い状態に向かうことを考え行動します。		
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	受け付け・管理・入居相談業務・その他別添	

	食費	三食の提供・配膳
	その他	別添 介護サービス等の一覧表による
業務の委託状況	<input type="checkbox"/> 無・有	委託先 ()
		委託内容 ()
安否確認の方法・頻度等	各居室・各便所・浴室・エレベーター内に緊急呼び出しボタン設置 食事・室温調整の巡回、夜間は3時間おきの巡回	
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	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保険名 (損害保険ジャパン日本興和保険株式会社 サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険)

※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 <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	事業者は、入居者の心身の状況により居室の住み替えが発生するなど、居室の権利において本契約に重要な変更を行う場合は、次の各号の手続きを行い、書面にて確認する。 一 事業者の指定する医師の意見を聴く。 二 緊急やむを得ない場合を除いて一定の期間を設ける。 三 住み替え後の居室、権利及び介護等の内容、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び連帯保証人等に説明を行い、入居者及び連帯保証人等への同意を得る。 入居者の要望により居室を移動する場合は、文書にて事業者へ申請することとする。 ・居室移動の清算方法 居室の差額がある場合は差額を清算する。居室の原状回復費用は別途負担していただく。

(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	医療法人社団 正桜会 湘南スマイルクリニック
	診療科目	老年精神科・内科
	所在地	藤沢市湘南台2-10-5 アンドウビル1F
	距離及び所要時間	1.9 Km 車6分
	協力内容	希望者への訪問診療、必要時の入院先病院の紹介、外来での診療対応

協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	わかばデンタルクリニック
	所在地	藤沢市長後 747-26
	距離及び所要時間	4.5Km 車で15分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場 合の対応※	医師の判断を基本として協力医療機関、または入居者が希望する医療機関において治療を受けることができる。 費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担とする。 医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は、入居者及びご家族の意思を確認する。 ・入院期間中についても家賃、管理費、水光熱費は入居者の負担としてお支払いいただきます。 ・入院に係る費用は入居者負担となる。 ・入退院の移送・同行については別途「介護サービス等の一覧表」による。	

※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	6	7	1	
	看護職員		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				
	調理員	3	6		
	事務職員	2			
	その他職員	3			
合 計	16	14			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ 〇								
	資格等	1 無									
		2 有									
		資格等の名称		介護福祉士・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	1		3	4						
前年度1年間の退職者数	1		2	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		3	4						
	1年以上3年未満		2	4						
	3年以上5年未満		3	1						
	5年以上10年未満		6	6	1					
	10年以上									
	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	1人
介護福祉士	6人	介護職員初任者研修修了者	9人
介護支援専門員	2人	資格なし	0人

6 入居状況等

(2021年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	44人(定員48人)		
入居者の状況	男性 16人、女性 28人		
	自立 2人		
	要支援 13人	(内訳)	要支援1 8人 要支援2 5人
	要介護 29人	(内訳)	要介護1 15人 要介護2 3人 要介護3 8人 要介護4 3人 要介護5 0人
平均年齢	87歳(男性92歳、女性85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	1人
		医療機関	2人
		死亡者	3人
		その他	2人
	生前解約の状況		0人
		施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	7人	

		(解約事由の例) 同系列他施設へ転居 2件・特養 1件・ ご逝去 2件・療養型に入院 2件
--	--	---

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	1 代替措置あり（書面による説明と同意を得る）	
		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	<input type="checkbox"/> 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）	施設及び本社の連絡先 ・ 事業所長 吉田能子 0466-89-6101 (8:45~17:45) ・ 本社 学研ココファン 03-6431-1860 co-soudan@cocofump.co.jp ・ 第三者機関 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 0575-022-110（苦情専門） 045-329-3447 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部恒例福祉課 045-210-1111（代表） 藤沢市役所福祉部介護保険課 0466-25-1111		
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）	苦情・事故マニュアルに基づき、協力医療機関の指導のもとに 対応。119番通報による医療機関への導入を行うとともに、 施設から家族への連絡を行う。また、事故についての検証、今 後の防止策を講じる。		
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	連帯保証人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務に ついて、入居者と連帯して履行の責を負うものとする。 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 いて、入居者と連携して履行の責を負うとともに、事業所が管 理規定に定めるところに従い、事業者と協議し、必要な時は入 居者の身柄を引き取るものとする。		
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	<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		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	令和2年7月1日
		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"/> 1 無		

	2 有	実施日	年 月 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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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（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 9時～18時	有・無	食事・おやつ時の巡回	—	—	食事・おやつ時の巡回	—	—	食事・おやつ時の巡回	—
・夜間 18時～9時	有・無	必要に応じ巡回	—	—	3時間おきの巡回	—	—	3時間おきの巡回	—
②食事介助	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
③排泄									
・排泄介助	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・おむつ交換	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・おむつ代	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	実費
④入浴等									
・清拭	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・一般浴介助	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・特浴介助	有・無	—	15分	500円（税別）	週2回	左記以外15分	500円（税別）	週2回	左記以外15分
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・居室からの移動	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・衣類の着脱	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・身だしなみ介助	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
⑥口腔ケア	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
⑦機能訓練	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
⑧通院の介助	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
⑨緊急時対応									
・ナースコール	有・無	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・洗濯	有・無	—	1回	500円（税別）	—	1回	500円（税別）	—	1回
・リネン交換	有・無	—	1ヶ月	7,000円（税込）	—	1ヶ月	7,000円（税込）	—	1ヶ月
・寝具レンタル	有・無	—	1ヶ月	500円（税別）	—	1ヶ月	500円（税別）	—	1ヶ月
・外出介助 （長時間の場合はご相談ください）	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
②居室配膳・下膳	有・無	必要時実施	1回（入居者希望の場合）	110円（税込）	必要時実施	1回（入居者希望の場合）	110円（税込）	必要時実施	1回（入居者希望の場合）
③理美容	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	—
④代行									
・買物	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・役所手続	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・その他	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無	—	年1回	実費	—	年1回	実費	—	年1回
・健康相談	有・無	随時実施	—	—	随時実施	—	—	随時実施	—
・生活指導	有・無	随時実施	—	—	随時実施	—	—	随時実施	—
・医師の往診	有・無	—	必要に応じ	実費	—	必要に応じ	実費	—	必要に応じ
・バイタルチェック	有・無	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—
・水分、排泄チェック	有・無	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—
4. 入退院時、入院中のサービス									

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 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input checked="" type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	併設の小規模多機能型居宅介護に機械浴あり。
4	便所	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	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	1階のみ設置。2、3階の洗濯室に下洗いスペースあり。
10	看護・介護職員室	有	不適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	自立対応の4階のみ介護職員室なし。
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	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 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		不適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	手すりは2階のみ。3、4階に手すりなし。
15	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(夜間対応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。