

# 重要事項説明書

ヒューマンケアメゾン藤沢

オルグッド株式会社



## 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	オルグッド株式会社
代表者名	代表取締役 草野治樹
所在地	神奈川県鎌倉市雪ノ下1丁目10番20号 B2
電話番号／FAX番号	0467-22-6,980／050-3735-4003
ホームページアドレス	http://algood.org/index.html
設立年月日	平成21年4月21日
直近の事業収支決算額※	(収益)16,490万円 (費用)16,322万円 (損益) 163万円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	

※ 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	ヒューマンケアメゾン藤沢	
所在地	神奈川県藤沢市長後1089	
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(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
開設年月日	平成 28 年 9 月 1 日	
管理者氏名	早福 健	
電話番号／FAX番号	0466-43-5711 / 0466-43-5712	
メールアドレス	chogonosato@algood.org	
交通の便	小田急江ノ島線 長後駅より徒歩10分	
ホームページアドレス		

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 ・ <input type="checkbox"/> 定期借地契約				
建物概要	(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				
居室概要	敷地面積	3、133.07㎡				
	抵当権の設定	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 ・ <input type="checkbox"/> 定期借家契約				
居室概要	(借家の場合の契約期間)	H28年7月1日～H53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 ・ 有				
建物概要	建物の構造	鉄骨造 地上2階建 (耐火・ <input type="checkbox"/> 準耐火・その他)				
	延床面積	1620.6㎡ (うち有料老人ホーム162.06㎡)				
居室概要	建築年月日	平成28年9月1日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
建物概要	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	無 ・ 有				
居室概要	居室総数	38室				
	定員	38人(一時介護室を除く)				
(内訳)	<input type="checkbox"/> 1 全室個室	・ <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
(内訳)	Aタイプ	10	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	13.86㎡	10
	Bタイプ	28	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	13.75㎡	28
(内訳)	Cタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
	Dタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
共用設備概要	食堂	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1 階・47.68/53.21㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1 階・ ㎡)			
リフト浴		無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階・ ㎡)				
ストレッチャー浴		無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1 階・ ㎡)				
共用設備概要	便所	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階/2階各3個所・ ㎡)				
	洗面設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 2 階・ ㎡)				
共用設備概要	医務室(健康管理室)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階・ ㎡)				
	談話室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 2 階・ 8.78㎡)				
共用設備概要	面談室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1 階・ 8.28㎡)				
	事務室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1 階・ ㎡)				
共用設備概要	洗濯室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1階/2階・ ㎡)				
	汚物処理室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1階/2階・ ㎡)				
共用設備概要	看護・介護職員室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1 階・ ㎡)				
	機能訓練室	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )				
共用設備概要	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 階)				
	緊急通報設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有				
共用設備概要	エレベーター	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 2 基)				
	居室のある区域の廊下幅	( 1.80 m ～ 1.98 m)				
消防設備概要	消火器	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		自動火災報知設備	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)	
	火災通報設備	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		スプリンクラー	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)	
	防火管理者	(無 ・ <input type="checkbox"/> 有)		防災計画	(無 ・ <input 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		

### 3 利用料概要

#### (1) 料金プラン

支払い方式		前払い方式 ・ <input type="checkbox"/> 月払い方式		選択方式			
敷金		無 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (300,000円、家賃相当額の4.6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
一般		163,600円	65,000	30,000		48,600	20,000
生保	40～59才	118,240円	41,000	54,000		3,240	20,000
	60～69才	117,880円	41,000	54,000		2,880	20,000
	70～74才	115,220円	41,000	54,000		220	20,000
	75才～	112,900円	41,000	54,000		0	17,900
月額利用料の算定根拠	家賃	近隣相場から算出した月額利用料から、管理費・光熱水費を除いた額					
	管理費	建物、設備の維持管理、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	利用分のみ (外部委託: 540円/1食 (朝・昼・夜) (3日前までに欠食の申出があった場合には、返金します。)					
	光熱水費	電気ガス水道料 (共用・占有含む)、私物洗濯を勘案して算出					
前払金		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	月額利用料その他は、毎月 10 日の請求による。
支払方法	振込又は、現金払い
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24条による)
	手続き (入居契約書第24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	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する。		
	手続き方法	県に事前相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。		
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	家賃 (その他税法上の規定に則る。)			
体験入居の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 無			
	<input type="checkbox"/> 2 有	期間		
費用				

## 4 サービスの内容

## (1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者、同居者並びに来訪者が快適で心身とも充実、安定した生活を営むことに資するとともに、ホームの良好な生活環境を確保することを目的とします。		
サービスの提供内容の特色	(1) 安全に配慮した生活空間 (設備) の最大利用を図り、楽しい会話、個人生活を尊重し、相手の立場に立った処遇の実践。 (2) 入居者の自主性や主体性を配慮し、集合住宅の利点である移動時間がほとんどないことによる効率的なまた、密度の高い在宅サービスが受けられるシステムを構築していきます。		
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"/>	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、相談・取次ぎ等	
	食費	3食の提供、配膳、下膳	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（合同会社ケアパートナーズ）	
		委託内容（介護サービス）	
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3時間おきのほか、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（日動火災海上保険）	

※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を移動する場合があります。
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"/> 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	・適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、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となります。追加費用はありません

### (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	泉ホームクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県横浜市泉区中田西3-27-45 愛宕ビル2F201・B号室
	距離及び所要時間	5 km、車 15 分
	協力内容	月2回の在宅診療、臨時診察、緊急時対応・入院手配、定期健康診断
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	港南歯科クリニック
	所在地	神奈川県横浜市港南区日限山1-49-2
	距離及び所要時間	10 km、車 30 分
	協力内容	週1回の在宅診療、臨時診察、緊急時対応
入居者が医療を要する場合の対応※	通院や協力医療機関への通院の同行は、管理規定による費用が生じます。入院・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。</li> <li>・協力医療機関への入退院の移送・同行は、管理規定による費用が生じます。</li> <li>・入院に係る費用は入居者の負担となります。</li> <li>・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また、週2回の清掃を行います。</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	職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌9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				
	介護職員	10	4	2	委託
	看護職員	2	5		委託
	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			委託
	栄養士				
	調理員		3		
	事務職員		1		
	その他職員				
合計	14	13			

### (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	資格等の名称									
1 無		2 有									
	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											
前年度1年間の退職者数		2									
経歴業務に 従事した 職員の 人数に 応じた	1年未満	1	2	2	4						
	1年以上 3年未満	1	3	6	-						
	3年以上 5年未満										



	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					<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	2人
介護福祉士	7人	介護職員初任者研修修了者	4人
介護支援専門員	1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	23人 (定員 38人)			
入居者の状況	男性	13人、女性	10人	
	自立	人		
	要支援	人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 人
	要介護	23人	(内訳)	要介護1 2人 要介護2 人 要介護3 3人 要介護4 13人 要介護5 5人
平均年齢	77.8歳 (男性 74.2歳、女性 82.5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	人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	5人	
		死亡者	10人	
		その他	2人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
				5人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 家族との同居・状態悪化のため他の医療機関での治療を希望したため。	

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1代替措置あり (書面によって説明と同意を得る) 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 checked="" 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 ・施設担当者（氏名）：早福 健 Tel0466-43-5711 ・本社およびお客様相談室 Tel0467-22-6980 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。 ・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） ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 Tel045-329-3447		
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、協力医療機関からの指示、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、管理者及び介護事業者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	否 ・ <input checked="" 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債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要などときには、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 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 <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。

令和 年 月 日 説明者署名 舟木 勇二 印

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。

令和 年 月 日 署名又は記名・押印 \_\_\_\_\_ 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									
・日中 9時～18時	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—
・夜間 18時～9時	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	2時間おき（体調を考慮） ☆1	—	—	2時間おき（体調を考慮） ☆1	—	—	2時間おき（体調を考慮） ☆1	—
②食事介助※	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—
③排泄									
・排泄介助	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—
・おむつ交換	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—
・おむつ代	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	—	—	実費	—	—	実費	—	実費
④入浴等									
・清拭	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—
・一般浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—
・特浴介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—
・居室からの移動	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—
・衣類の着脱	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—
・身だしなみ介助	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—	—	必要に応じて対応	—
⑥機能訓練	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	—	—	—	—	—	—	—	—
⑦付き添い介助	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	—	必要時（職員付添い）	実費☆2 （必要時）	—	必要時（職員付添い）	実費☆2 （必要時）	—	必要時（職員付添い） 実費☆2 （必要時）
⑧緊急時対応									
・ナースコール	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—

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。

◎一覧表に表記されているサービスは、施設介護士により施設内での生活に必要なと判断し、入居者の同意を得て提供するものです。

☆1 生活サポート（夜間から早朝（18：00～7：00）の介護、居室清掃、洗濯等）は、別途 30,000円（消費税別）でサポートをさせていただきます。

☆2 ヘルパーによる付き添い介助 1時間 3,000円（消費税別）夜間 5,000円（消費税別）

☆3 買い物代行及び役所手続き等 1回1,000円（消費税別）

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	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	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>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有・無	週2回	—	—	週2回	—	—	週2回	—
・洗濯（外部委託）	有・無	—	週2回	実費	—	週2回	実費	—	週2回
・洗濯（汚染）	有・無	—	汚染時（防水シツ等）	200円/1回	—	汚染時（防水シツ等）	200円/1回	—	汚染時（防水シツ等）
・洗濯（生保）	有・無	入浴時	—	—	入浴時・汚染時	—	—	入浴時・汚染時	—
・リネン交換	有・無	週1回	—	—	週1回	—	—	週1回	—
②居室配膳・下膳	有・無	体調不良時等 必要に応じて対応	—	—	体調不良時等 必要に応じて対応	—	—	体調不良時等 必要に応じて対応	—
③理美容	有・無	—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応
④代行									
・買物	有・無	—	必要に応じて対応	☆3	—	必要に応じて対応	☆3	—	必要に応じて対応
・クリーニングの取次	有・無	—	必要に応じて対応	☆1	—	必要に応じて対応	☆1	—	必要に応じて対応
・宅配郵便物の取次	有・無	—	必要に応じて対応	☆1	—	必要に応じて対応	☆1	—	必要に応じて対応
・役所手続	有・無	—	必要に応じて対応	☆3	—	必要に応じて対応	☆3	—	必要に応じて対応
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無	—	年1回の機会提供	実費	—	年1回の機会提供	実費	—	年1回の機会提供
・健康相談	有・無	看護師により適宜対応	—	—	看護師により適宜対応	—	—	看護師により適宜対応	—
・生活指導	有・無	看護師により適宜対応	—	—	看護師により適宜対応	—	—	看護師により適宜対応	—
・医師の往診	有・無	—	月2回程度	医療保険適用	—	月2回程度	医療保険適用	—	月2回程度
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	有・無	—	—	医療保険適用	—	—	医療保険適用	—	—
・入院中の洗濯物交換、 買い物	有・無	—	必要に応じて対応	実費☆3	—	必要に応じて対応	実費☆3	—	必要に応じて対応
・移送サービス	有・無	—	必要に応じて対応	実費☆2	—	必要に応じて対応	実費☆2	—	必要に応じて対応
<b>5. その他サービス</b>									
	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—

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。

◎一覧表に表記されているサービスは、施設介護士により施設内での生活に必要なと判断し、入居者の同意を得て提供するものです。

☆1 生活サポート（夜間から早朝（18：00～7：00）の介護、居室清掃、洗濯等）は、別途 30,000円（消費税別）でサポートをさせていただきます。

☆2 ヘルパーによる付き添い介助 1時間 3,000円（消費税別）夜間 5,000円（消費税別）

☆3 買い物代行及び役所手続き等 1回1,000円（消費税別）

## 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)	無			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	無			
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	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input checked="" 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。