

## 有料老人ホーム 兼 特定施設入居者生活介護重要事項説明書

作成日 2021年 7月 1日

## 1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ソノラス
代表者名	代表取締役 伊東 鐘賛
所在地	〒107-0052 東京都港区赤坂一丁目7番1号赤坂榎坂ビル4階
電話番号/FAX番号	TEL 03-5549-2600 / FAX 03-5549-2660
ホームページアドレス	http://www.sonorous.co.jp
設立年月日	昭和60年12月18日
直近の事業収支決算額※	(収益)2455.2百万円 (費用)1864.7百万円 (損益)590.5百万円
会計監査人との契約	<input checked="" 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	ソノラス・コート茅ヶ崎	
所在地	〒253-0033 神奈川県茅ヶ崎市汐見台3番28号	
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 ・ 外部サービス利用型) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1472400215 指定年月日 平成12年1月4日 ) 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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( ソノラス・コート油壺 )
開設年月日	昭和63年 7月 25日	
管理者氏名	藤澤 忍	
電話番号/FAX番号	TEL 0467-87-9000 / FAX 0467-87-9065	
メールアドレス	s.fujisawa@goodtimehome.com	
交通の便	JR辻堂駅より「辻堂団地行」バスで「辻堂西海岸」下車、徒歩約260m	
ホームページアドレス	http://www.sonorous.co.jp/chigasaki	
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)	平成30年 7月 18日～ 平成60年 7月 17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	2,552.83 m <sup>2</sup>	
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30年 7月 18日～ 平成60年 7月 17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	鉄筋コンクリート造地下1階地上5階建塔屋1階建 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他				
	延床面積	5,101.33㎡ (うち有料老人ホーム 5,101.33㎡)				
	建築年月日	昭和63年 7月 19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	66室	定員	70人(一時介護室を除く)		
(内訳)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	一般居室	30	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	43.28～77.03㎡	28
	介護居室	40	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有	13.39～44.48㎡	38
共用設備概要	食堂	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・129㎡ 2階3階・71.45㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( B1 階・ m <sup>2</sup> )			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 階・ m <sup>2</sup> )			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )			
	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( B1 階1階2階3階・ m <sup>2</sup> )				
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( B1 階1階2階3階・ m <sup>2</sup> )				
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2階・ m <sup>2</sup> )				
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ m <sup>2</sup> )				
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ m <sup>2</sup> )				
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ m <sup>2</sup> )				
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( B1 階2階・10 m <sup>2</sup> )				
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2階・ m <sup>2</sup> )				
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2階・ m <sup>2</sup> )				
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1 階 他の共用施設との兼用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 有 ( )				
	健康・生きがい施設	<input checked="" 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	( 1.36 m ～ 1.83 m)				
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 checked="" 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	なし					

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 ・ <b>選択方式</b>
敷金	<b>無</b> ・ 有 ( 円、家賃相当額の か月分)

リタイアメント/リビング 自立者 前払金方式

プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	基本サービス費	自立支援費	食費	光熱水費
R/L 自立1人目	202,950	前払金に含む	136,400	38,500	28,050	実費
R/L 自立2人目	134,750	前払金に含む	68,200	38,500	28,050	実費
月額利用料の算定根拠	家賃	前払金に含みます。				
	基本サービス費	施設運営維持管理費、事務費、(施設内経理処理及び窓口対応)、厨房維持費、フロントサービス費用、セキュリティーサービス費用、アクティビティに係る費用、トランスポーターションに係る費用等、一般居室及び一時介護室の入居者に提供する基本的なサービスの対価。				
	自立支援費	看護・介護職員の24時間常駐体制維持の為の費用の一部及び要介護認定(要支援・要介護)を受けていない入居者に対して提供する健康管理、健康診断、緊急・臨時又は一時的な入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支援又は世話、機能訓練及び療養上の世話に要する生活支援サービス等の費用として合理的な積算根拠に基づいて算出。この費用は、要介護認定(要支援・要介護)を受けていない全ての入居者が支払うものとしします。				
	食費	1日3食(朝食220円、昼食330円、夕食385円)×30日分の概算額 ・おやつ165円/1食 加算あり(希望者) ※スペシャルディナーは原則として月1回実施します。 ※食事は予約制となり、前日の13時までの申し出にてキャンセル可能です。				
	光熱水費	居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担				
前払金		18,000,000円～99,000,000円				
算定根拠		居室家賃 + 共用部家賃 + 想定居住期間を超えて契約が継続した場合に備える家賃 前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び平成24年3月16日付事務連絡「有料老人ホームにおける家賃等の前払金の算定の基礎及び返還義務の金額の算定方法の明示について」で示された計算式に基づき算定しています。				
償却開始日		入居契約表題部に記載する入居日の翌日 償却期間：65～69歳15.0年(180ヶ月) 70～74歳12.5年(150ヶ月) 75～79歳10.0年(120ヶ月) 80歳8.5年(102ヶ月) 81歳8.0年(96ヶ月) 82歳7.5年(90ヶ月) 83歳7.0年(84ヶ月) 84歳6.5年(78ヶ月) 85歳6.0年(72ヶ月) 86歳5.5年(66ヶ月) 87歳以上5.0年(60ヶ月)				
返還対象としない額		10.34%～13.68% / A1 A2 A3タイプ12.22% B C1L C1R C2 C3タイプ10.34% Fタイプ12.60% Gタイプ11.57% Hタイプ13.68% ※短期解約に該当する場合は返還				
契約終了時の返還金の算定方法		返還金 = (前払金 - 非返還対象分) ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数 償却期間経過後の返還金はありません				

短期解約の返還金の算定方式	事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後3ヶ月が経過するまで、入居日の翌日から契約が解約又は死亡により終了する場合に対応します。本契約における前払金のうち非返還対象部分を除いた残額を、1か月を30日として償却月数で割り返した額から、日割り計算を行い、在居日数分は徴収します。前払金のうち非返還対象分は、上記にかかわらず全額を無利息で返還します。		
返還期限	契約終了日の翌日から90日以内		
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（株式会社鹿児島銀行にて、当社が個々の入居者について銀行に拠出金を支払うことにより万一倒産等に至り、入居者の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解除された場合に、前払金の未償却残高に応じて最大500万円支払われる制度）	
		無の場合の理由（ ）	
その他留意事項	<p>トランクルーム使用料・駐車場使用料（利用者のみ）</p> <p>【自立者が負担するもの】</p> <p>日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、居室への食事配下膳、家事代行（基準を超える居室清掃、買い物代行、その他家事全般）、事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具貸し出し、被服等クリーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関及び施設が指定する医療機関以外への受診・付添・入院見舞い・事務手続き（お受けできない場合もあります）、オムツ代、個人使用の介護用品。</p> <p>前払金は入居契約申込時に100,000円を指定の銀行口座に振込。残金は入居前日までに、指定の銀行口座に振込みによる一括払い。</p>		

リタイアメント/リビング 要介護者認定者 前払金方式

プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	基本サービス費	介護費用	食費	光熱水費
R/L 要介護認定者 1人目	202,950	前払金に含む	136,400	38,500	28,050	実費
R/L 要介護認定者 2人目	134,750	前払金に含む	68,200	38,500	28,050	実費
月額利用料の	家賃	前払金に含みます。				
	基本サービス費	施設運営維持管理費、事務費、（施設内経理処理及び窓口対応）、厨房維持費、フロントサービス費用、セキュリティーサービス費用、アクティビティに係る費用、トランスポーターションに係る費用等、一般居室及び一時介護室の入居者に提供する基本的なサービスの対価。				

算定根拠	介護費用	介護・看護職員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出。人員配置は、介護保険の基準を超える要介護等2人に対して、週40時間換算で介護・看護職員1人以上を配置。この費用は、要介護認定（要支援・要介護）を受けた時点から自立支援費に代えて支払うものとしてます。※介護保険サービスの自己負担額は含まない	
	食費	1日3食（朝食220円、昼食330円、夕食385円）×30日分の概算額 ・おやつ165円/1食 加算あり（希望者） ※スペシャルディナーは原則として月1回実施します。 ※食事は予約制となり、前日の13時までの申し出にてキャンセル可能です。	
	光熱水費	居室内の光熱用水費、電話代等は別途実費負担	
前払金		12,600,000円～80,000,000円	
算定根拠		居室家賃 + 共用部家賃 + 想定居住期間を超えて契約が継続した場合に備える家賃 前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び平成24年3月16日付事務連絡「有料老人ホームにおける家賃等の前払金の算定の基礎及び返還義務の金額の算定方法の明示について」で示された計算式に基づき算定しています。	
償却開始日		入居契約表題部に記載する入居日の翌日 償却期間：65～69歳12.5年（150ヶ月） 70～74歳10.0年（120ヶ月） 75～79歳7.5年（102ヶ月） 80～84歳5.0年（60ヶ月） 85歳4.5年（54ヶ月） 86歳4.0年（48ヶ月） 87歳以上3.5年（42ヶ月）	
返還対象としない額		10.34%～13.68% / A1 A2 A3タイプ12.22% B C1L C1R C2 C3タイプ10.34% Fタイプ12.60% Gタイプ11.57% Hタイプ13.68% ※短期解約に該当する場合は返還	
契約終了時の返還金の算定方法		返還金＝（前払金 - 非返還対象分）÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数 償却期間経過後の返還金はありません	
短期解約の返還金の算定方式		事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後3ヶ月が経過するまで、入居日の翌日から契約が解約又は死亡により終了する場合に対応します。本契約における前払金のうち非返還対象部分を除いた残額を、1か月を30日として償却月数で割り返した額から、日割り計算を行い、在居日数分は徴収します。前払金のうち非返還対象分は、上記にかかわらず全額を無利息で返還します。	
返還期限		契約終了日の翌日から90日以内	
保全措置		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（株式会社鹿児島銀行にて、当社が個々の入居者について銀行に拠出金を支払うことにより万一倒産等に至り、入居者の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解除された場合に、前払金の未償却残高に応じて最大500万円支払われる制度） 無の場合の理由（ ）
その他留意事項		【要介護者が負担するもの】 日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、家事代行（基準を超える居室清掃、買い物代行、その他家事全般）、事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具貸し出し、被服等クリー	

	<p>ニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関以外への受診・付添・入院見舞い・事務手続き（お受けできない場合もあります）、オムツ代、個人使用の介護用品、医療的サービス。</p> <p>前払金は入居契約申込時に 100,000 円を指定の銀行口座に振込。残金は入居前日までに、指定の銀行口座に振込みによる一括払い。</p>
--	---

フルケア/リビング 前払金方式

プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	基本サービス費	介護費用	食費	光熱水費
Cタイプ	165,050	27,000	71,500	38,500	28,050	-
Dタイプ	185,050	47,000	71,500	38,500	28,050	-
Eタイプ (1人入居)	302,050	164,000	71,500	38,500	28,050	-
Eタイプ (2人入居)	404,350	164,000	107,250	77,000	56,100	-
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	施設の開発費、土地代、建設費、大規模修繕を含む建物・設備の修繕費、借入利息、租税公課、管理経費等。※一部を前払金に含みます。				
	基本サービス費	施設運営維持管理費、事務費、（施設内経理処理及び窓口対応）、厨房維持費、フロントサービス費用、セキュリティサービス費用、アクティビティに係る費用、トランスポーターションに係る費用等、一般居室及び一時介護室の入居者に提供する基本的なサービスの対価。				
	介護費用	介護・看護職員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出。人員配置は、介護保険の基準を超える要介護等2人に対して、週40時間換算で介護・看護職員1人以上を配置。この費用は、要介護認定（要支援・要介護）を受けた時点から自立支援費に代えて支払うものとしてます。※介護保険サービスの自己負担額は含まない				
	食費	1日3食（朝食220円、昼食330円、夕食385円）×30日分の概算額 ・おやつ165円/1食 加算あり（希望者） ※スペシャルディナーは原則として月1回実施します。 ※食事は予約制となり、前日の13時までの申し出にてキャンセル可能です。				
	光熱水費	基本サービス費に含まれます。				
前払金		1,680,000円～6,000,000円				
算定根拠		居室家賃 + 共用部家賃 + 想定居住期間を超えて契約が継続した場合に備える家賃 前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び平成24年3月16日付事務連絡「有料老人ホームにおける家賃等の前払金の算定の基礎及び返還責務の金額の算定方法の明示について」で示された計算式に基づき算定しています。				
償却開始日		入居契約表題部に記載する入居日の翌日 償却期間：65～69歳12.5年（150ヶ月） 70～74歳10.0年（120ヶ月） 75～79歳7.5年（102ヶ月） 80～84歳5.0年（60ヶ月） 85歳4.5年（54ヶ月） 86歳4.0年（48ヶ月） 87歳以上3.5年（42ヶ月）				
返還対象としない額		想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えた家賃（10%）				

	※短期解約に該当する場合は返還	
契約終了時の返還金の算定方法	返還金＝（前払金 - 非返還対象分）÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数 償却期間経過後の返還金はありません	
短期解約の返還金の算定方式	事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後3ヶ月が経過するまで、入居日の翌日から契約が解約又は死亡により終了する場合に対応します。本契約における前払金のうち非返還対象部分を除いた残額を、1か月を30日として償却月数で割り返した額から、日割り計算を行い、在居日数分は徴収します。前払金のうち非返還対象分は、上記にかかわらず全額を無利息で返還します。	
返還期限	契約終了日の翌日から90日以内	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（株式会社鹿児島銀行にて、当社が個々の入居者について銀行に拠出金を支払うことにより万一倒産等に至り、入居者の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解除された場合に、前払金の未償却残高に応じて最大500万円支払われる制度）
		無の場合の理由（ ）
その他留意事項	<p>【要介護者が負担するもの】</p> <p>日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、家事代行（基準を超える居室清掃、買い物代行、その他家事全般）、事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具貸し出し、被服等クリーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関以外への受診・付添・入院見舞い・事務手続き（お受けできない場合もあります）、オムツ代、個人使用の介護用品、医療的サービス。※Aタイプ及びBタイプの居室には前払金プランの適応はありません。</p> <p>前払金は入居契約申込時に100,000円を指定の銀行口座に振込。残金は入居前日までに、指定の銀行口座に振込みによる一括払い。</p>	

リタイアメント/リビング 自立者・要介護認定者 月払い方式

プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	基本サービス費	自立者/介護費用	食費	光熱水費
R/L 自立者 1人目	502,950～ 752,950	居室タイプ による	136,400	38,500/	28,050	実費
R/L 自立者 2人目	260,750	126,000	68,200	38,500/	28,050	実費
R/L 要介護 認定者 1人目	502,950～ 752,950	居室タイプ による	136,400	/38,500	28,050	実費
R/L 要介護 認定者 2人目	260,750	126,000	68,200	/38,500	28,050	実費

月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	居室家賃 + 共用部家賃 【居室家賃】居室タイプにて異なる A1 A2 A3 330,000 円/ B C1L C1R C2 C3 E 300,000 円/ F 530,000 円/ G 480,000 円/ H 550,000 円 施設の開発費、土地代、建設費、大規模修繕費を含む建物。設備等の修繕費、 借入利息、租税公課、管理経費等 【共用部家賃】 共用施設及び設備の維持管理費、共用施設等の光熱用水費、火災保険料等の施 設を快適な状態で入居者に提供するための費用。 ※お2人目は共用部家賃のみ
	基本サービス費	施設運営維持管理費、事務費、（施設内経理処理及び窓口対応）、厨房維持 費、フロントサービス費用、セキュリティサービス費用、アクティビティに 係る費用、トランスポーションに係る費用等、一般居室及び一時介護室の 入居者に提供する基本的なサービスの対価。
	自立支援費	看護・介護職員の24時間常駐体制維持の為の費用の一部及び要介護認定（要 支援・要介護）を受けていない入居者に対して提供する健康管理、健康診断、 緊急・臨時又は一時的な入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支 援又は世話、機能訓練及び療養上の世話に要する生活支援サービス等の費用と して合理的な積算根拠に基づいて算出。この費用は、要介護認定（要支援・要 介護）を受けていない全ての入居者が支払うものとしてします。
	介護費用	介護・看護職員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給 付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとし て合理的な積算根拠に基づいて算出。人員配置は、介護保険の基準を超える要 介護等2人に対して、週40時間換算で介護・看護職員1以上を配置。この費 用は、要介護認定（要支援・要介護）を受けた時点から自立支援費に代えて支 払うものとしてします。※介護保険サービスの自己負担額は含まない
	食費	1日3食（朝食220円、昼食330円、夕食385円）×30日分の概算額 ・おやつ165円/1食 加算あり（希望者） ※スペシャルディナーは原則として月1回実施します。 ※食事は予約制となり、前日の13時までの申し出にてキャンセル可能です。
	光熱水費	居室内の光熱用水費、電話代等は別途実費負担
	その他留意事項	トランクルーム使用料・駐車場使用料（利用者のみ） 【自立者が負担するもの】 日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、 居室への食事配下膳、家事代行（基準を超える居室清掃、買い物代 行、その他家事全般）、事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具 貸し出し、被服等クリーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医 療機関及び施設が指定する医療機関以外への受診・付添・入院見舞 い・事務手続き（お受けできない場合もあります）、オムツ代、個人 使用の介護用品。 【要介護者が負担するもの】 日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、 家事代行（基準を超える居室清掃、買い物代行、その他家事全般）、 事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具貸し出し、被服等クリ ーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関以外への受診・付 添・入院見舞い・事務手続き（お受けできない場合もあります）、オ ムツ代、個人使用の介護用品、医療的サービス。

## フルケア/リビング 月払い方式

プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	基本サービス費	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	172,050	34,000	71,500	38,500	28,050	-
Bタイプ	176,050	38,000	71,500	38,500	28,050	-
Cタイプ	201,050	63,000	71,500	38,500	28,050	-
Dタイプ	221,050	83,000	71,500	38,500	28,050	-
Eタイプ (1人入居)	338,050	200,000	71,500	38,500	28,050	-
Eタイプ (2人入居)	440,350	200,000	107,250	77,000	56,100	-
月額 利用料 の算定 根拠	家賃	施設の開発費、土地代、建設費、大規模修繕を含む建物・設備の修繕費、借入利息、租税公課、管理経費等。				
	基本サービス費	施設運営維持管理費、事務費、(施設内経理処理及び窓口対応)、厨房維持費、フロントサービス費用、セキュリティサービス費用、アクティビティに係る費用、トランスポーターションに係る費用等、一般居室及び一時介護室の入居者に提供する基本的なサービスの対価。				
	介護費用	介護・看護職員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付(利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出。人員配置は、介護保険の基準を超える要介護等2人に対して、週40時間換算で介護・看護職員1以上を配置。この費用は、要介護認定(要支援・要介護)を受けた時点から自立支援費に代えて支払うものとしてます。※介護保険サービスの自己負担額は含まない				
	食費	1日3食(朝食220円、昼食330円、夕食385円)×30日分の概算額 ・おやつ165円/1食 加算あり(希望者) ※スペシャルディナーは原則として月1回実施します。 ※食事は予約制となり、前日の13時までの申し出にてキャンセル可能です。				
	光熱水費	基本サービス費に含まれます。				
	その他留意事項	【要介護者が負担するもの】 日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、家事代行(基準を超える居室清掃、買い物代行、その他家事全般)、事務代行(コピー、FAX等)、居室への寝具貸し出し、被服等クリーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関以外への受診・付添・入院見舞い・事務手続き(お受けできない場合もあります)、オムツ代、個人使用の介護用品、医療的サービス。				

## (2) 月額利用料の取扱い

支払日	当月27日支払い。
支払方法	月額利用料は自己名義の普通預金口座を設け、その口座から毎月27日自動引落としの方法によりソノラスの口座あてに費用及び利用料をお支払いいただくものとします。
その他留意事項	月学利用料の基本サービス費、自立支援費又は介護費用、居室賃料、駐車場利用料等は翌月分を当月27日にお支払い頂きます。食費、介護保険負担分、コート内の有料サービス等は前月分を当月27日にお支払い頂きます。

	諸費用については消費税等を含みます。
--	--------------------

(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（事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難と認められる場合に本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。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。二 月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき。三 入居契約書第3条（目的施設の終身利用契約）第4項の規定に違反したとき。四 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき。五 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、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事ができないとき。六 在宅医療行為の必要な状態となり、当施設では入居契約書第4条（各種サービス）第2項の医療的介護サービスでは対応できないとき。（2人入居の場合は両者とも対応できないとき）七 居室及び共用施設並びに敷地を故意又は重大な過失により損傷、汚染又は滅失したとき。八 長期の不在により入居契約を継続する意思がないと事業者が認めたとき。九 その他、入居契約書に違反したとき。</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。一 契約解除の通告について90日の予告期間をおきます。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ます。</p> <p>3 本条第1項第五号によって契約解除をする場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。一 事業者の指定医師の意見を聴きます。二 一定の観察期間をおきます。</p> <p>4 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、通告予告期間に関わらず本契約を解除する事があります。一 入居契約書第46条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき。二 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき。三 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）第1項第六号から八号までの各号に掲げる行為を行った時。 )</p> <p>手続き（ 書面にて前号の通告及び入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けます。 ）</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/ 入居者は事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約する事ができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に提出するものとします。

(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の変動		
	手続き方法	運営懇談会にて意見を聴いて同意を得たうえで行います		
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 減額なし 2 <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額 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・介護保険入居者ご負担分			
体験入居の取扱い	1 無			
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	期間	1泊2日～6泊7日	
		費用	1人1泊 11,000円（食事代含む） ※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	自立した生活を送れる方から介護が必要な方まで“自立支援”をサービスの基本とし、お客様の立場に立って適切なサービス提供を致します。		
サービスの提供内容の特色	お客様が健康で心豊かに、快適に、何よりも安心して生活するために必要なサービスとふさわしい住環境を提供します。一人ひとりにきめ細かな対応を心がけます。 ご入居者様が心身ともに健康で、自立した生活を一日も長く続けられるように。そして、ご自身の望む豊かな生き方を実現するためのお手伝いをします。		
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	基本サービス費	施設運営維持管理及び事務費用・フロントサービス費用・セキュリティーサービス費用・アクティビティに係る費用・光熱用水費・厨房維持費・トランスポーターションに係る費用 等 ※R/Lは光熱用水費実費	
	食費	食堂にて1日3食の食事の提供。食事制限を必要とされる方への状態に合わせた食事の提供	
	自立支援費	看護・介護職員の24時間常駐体制維持の為の費用の一部及び要介護認定（要支援・要介護）を受けていない入居者に対して提供する健康管理、健康診断、緊急・臨時又は一時的な入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支援又は世話、機能訓練及び療養上の世話に要する生活支援サービス等	

	介護費用	介護・看護職員の24時間常駐体制維持の為の費用。要介護者等の入居者に対して提供する健康管理、健康診断等の費用。介護・看護職員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するもの
	その他	なし
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先（株式会社創生事業団）
		委託内容（施設管理運営業務）
安否確認の方法・頻度等	自立者へは食事毎の目視確認又は電話確認。要介護等認定者は食事毎の目視確認及び定時での訪問確認。	
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（東京海上日動火災保険株式会社：施設賠償責任保険）

※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	軽度の介護については、入居されている居室において介護します。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	<p>1 一時介護室へ移る場合  常時介護が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ入居者及び身元引受人の同意を得たうえで当施設内の一時介護室に転室し、介護を行います。居室の利用権は継続します。</p> <p>2 別の居室へ住み替える場合  一時介護室へ移り、一般居室を使用しない状態が3ヶ月以上になった場合、医師の意見を踏まえ入居者及び身元引受人の同意を得たうえで当施設内の介護居室に転室して頂きます。その際、一般居室の契約は解除となる為、前払金の未償却残高を返還し、新たに介護居室の入居契約を締結して頂き、その契約に基づく料金をお支払い頂きます。</p> <p>3 提携ホームへ住み替える場合  在宅医療行為が必要となった場合、当施設では対応できない場合があります。その場合は提携施設であるソノラス・コート油壺に住み替えて医療行為をお受けいただきます。</p>
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	-

(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	コンフォート北鎌倉台クリニック
	診療科目	内科
	所在地	鎌倉市大船1-7-5 末広神尾ビル5階
	距離及び所要時間	約9.3km/車で50分
	協力内容	月2回の訪問診療、近隣医療機関との連携や入院先の手配等
	名称	湘南東部総合病院
	診療科目	総合診療科・内科・外科・循環器科・泌尿器科・皮膚科・リハビリ科他
	所在地	茅ヶ崎市西久保500番地
	距離及び所要時間	約7.8km/車で25分
	協力内容	受診・診療・人間ドッグ・定期健診の協力・入院等の支援
	名称	茅ヶ崎中央病院
	診療科目	総合診療科・外科・眼科・耳鼻咽喉科他
	所在地	茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3
	距離及び所要時間	約4.5km/車で20分
	協力内容	受診・診療・人間ドッグ・定期健診の協力・入院等の支援
	名称	鎌倉リハビリテーション 聖テレジア病院
	診療科目	内科・外科・皮膚科・眼科・神経精神科他
	所在地	鎌倉市腰越1-2-1
	距離及び所要時間	約7.9km/車で25分
	協力内容	受診・診療・人間ドッグ・定期健診の協力・入院等の支援
名称	はじめクリニック	
診療科目	内科・外科・胃腸科・リハビリ科他	
所在地	藤沢市辻堂5-18-9	
距離及び所要時間	約1.7km/車で5分	
協力内容	受診・診療・往診	
名称	藤沢脳神経外科病院	
診療科目	脳外科・外科・整形外科・麻酔科	
所在地	藤沢市片瀬2丁目15番36号	
距離及び所要時間	約6.5km/車で14分	
協力内容	受診・診療・入院等の支援	

	名 称	山内病院
	診療科目	総合診療科・呼吸器内科・消化器内科・循環器科他
	所在地	藤沢市南藤沢 4-6
	距離及び所要時間	約 7.6 km/車で 23 分
	協力内容	受診・診療・人間ドッグ・定期健診の協力・入院等の支援
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	片瀬藤田デンタルクリニック
	所在地	藤沢市片瀬 4-10-17
	距離及び所要時間	約 5.0 km/車で 20 分
	協力内容	訪問による歯科診療、口腔衛生管理、歯科相談、緊急時の往診診療 等
入居者が医療を要する場 合の対応※	(通院)―協力医療機関への必要時の通院同行は、介護保険給付金、または基本サービス費に含まれます。	
	(入院)―医師の判断を基本として、入居者または家族と相談し、協力医療機関または、入居者が希望する病院に入院となります。	
	(在宅医療)―在宅医療行為が必要となった場合、当施設では対応できない場合があります。その場合は提携施設であるソノラス・コート油壺に住み替えて医療行為をお受けいただきます。詳細は本重要事項説明書添付の「在宅医療行為について」に定めます。医療行為に係わる費用は医療機関にお支払いいただきます。	
	協力医療機関への入院時には入退院手続き、送迎、見舞い、家族との連絡、洗濯・買物等のサービスを提供します。入院に係る費用は入居者の負担となります。	
	入院中も居室利用権は存続し、規定の月額の利用料を支払うものとします。	

※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			介護職員兼務
	生活相談員	1			
	介護職員	29	17	3	
	看護職員	2	1		
	機能訓練指導員	※1			看護職員兼務
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1			
	計画作成担当者	※3			介護職員兼務
	栄養士	2			
	調理員	7	4		
	事務職員	※3			介護職員兼務
その他職員					
合計		42	22		

(2) 職員の状況

		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
管理者											
前年度1年間の採用者数		1	-	6	3	-	-	-	-	-	-
前年度1年間の退職者数		2	-	10	1	-	-	-	-	-	-
業務に 応じた 職員の 経験 年数に	1年未満	-	1	6	2	-	-	-	-	1	-
	1年以上 3年未満	1	1	5	6	1	-	-	-	-	-
	3年以上 5年未満	-	-	6	4	-	-	-	-	-	-
	5年以上 10年未満	-	-	6	1	-	-	1	-	-	-
	10年以上	-	-	2	2	-	-	-	-	2	-
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	0	人	介護職員実務者研修修了者	5	人
介護福祉士	11	人	介護職員初任者研修修了者	13	人
介護支援専門員	3	人	資格なし	20	人

## 6 入居状況等

( 2021 年 7 月 1 日現在 )

入居者数及び定員	66 人 (定員 人)			
入居者の状況	男 性	20 人	女 性	46 人
	自 立	1 人		
	要支援	11 人	(内訳)	要支援 1 6 人 要支援 2 5 人
	要介護	54 人	(内訳)	要介護 1 10 人 要介護 2 10 人 要介護 3 14 人 要介護 4 15 人 要介護 5 5 人
平均年齢	88.30 歳 (男性 83.85 歳、女性 90.24 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	3 人
		医療機関	4 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	(解約事由の例)
		入居者側の申し出	7 人 (解約事由の例) 継続的な医療的ケアが必要となった為

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	1 代替措置あり ( ) 2 <input checked="" 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 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)	<p>&lt;施設&gt;施設長・生活相談員 TEL 0467-87-9000</p> <p>&lt;本社&gt;株式会社ソノラス TEL 03-5549-2600</p> <p>※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。</p> <p>&lt;第三者機関・行政等&gt; 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL 03-3548-1077</p> <p>神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情専用電話 TEL 0570-022110</p> <p>神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係 TEL 045-329-3447</p> <p>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)</p> <p>茅ヶ崎市保健福祉部 高齢福祉介護課 TEL 0467-82-1111 (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)	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置を行い、協力医療機関への搬送もしくは、119番通報により医療機関への搬送を行うとともに、身元引受人等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 ・ 可				
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人を一人定めて頂きます。 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。身元引受人を変更する時は事業者の承認を要します。				
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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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				
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>実施日</td> <td>2019年 12月</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> </table>	実施日	2019年 12月	結果の開示
実施日	2019年 12月				
結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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同意し交付を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

---

介護基準  
(介護サービス等の一覧表)

介護基準の名称		自立支援			居室介護			備考	
介護保険制度による要介護度の目安		自立			要支援1・2、要介護1～要介護3				
介護を提供する場所		一般居室[RL]			一般居室[RL]				
サービス項目	区分		自立支援費で実施するサービス	別途利用料を徴収した上で実施するサービス	介護保険給付で実施するサービス	介護費用で実施するサービス	別途利用料を徴収した上で実施するサービス		
生活援助	(1) 環境整備	換気・空調	-		必要時	○			
	(2) 掃除・整理・整頓	ベッド周辺		○		1回×20分/週	○		※1, 2 衣替えに伴う荷物整理も含まれます。 1,100円/30分・スタッフ一名当たり
		ごみ捨て		○					
		居室清掃		○					
		洗面所・トイレ周辺		○					
		調理台・冷蔵庫		○					
	(3) 入浴準備・後片付け※3	戸棚・箆箆(衣替えも含む)※1			○	1回×30分×2人/週	○		※3 居室での入浴はございません。 ※4 ふとん乾燥機を使用します。 ※5 1,100円/30分・スタッフ一名当たり 内容により外部業者に取次ぎをします。 その際は実費をご負担いただきます。
		高い所・重いもの※2			○				
	(4) リネン交換	シーツ・カバー		○					
	(5) 寝具乾燥	寝具乾燥※4		○					
(6) 繕い物	卸付け・ゴム替え等※5			○					
(7) 洗濯・乾燥	シーツ・カバー		○						
	下着・寝間着・タオル類		○						
	漂白		○						
(8) 代行※6	読む・書く・電話	必要時	○		必要時	○	○	※6 フロントへの予約が必要となります。 サービス内容により実費をご負担いただきます。	
	買物(日用品)・事務手続き	施設指定日(1回/週)	○	○	施設指定日(1回/週)	○	○		
(9) 調理	ほぐし・きざみ食等	-			必要時(ヘルシーメニューによる)	○			
身体介護	(1) 移動	体位変換	-		-				
		伝い歩き介助	-		必要時	○	○		
		杖歩行介助	必要時	○		必要時	○	○	
		歩行器介助	-			必要時	○	○	
		車椅子介助	-			-			
		移乗動作介助	-			-			
	(2) 食事(間食を含む)	配膳・下膳	ダイニングで実施※7	○		ダイニングで実施※7	○		※7 ダイニングへの移動に介助を要する場合は デイルームを使用していただきます。
		準備片付け	-			-			
		食事声かけ・食事量チェック	必要時	○		必要時	○	○	
		食事の介助	-			-			
	(3) 排泄	間食※8	-			希望時		○	※8 実費をご負担いただきます。 デイルームでの提供となります。 1食当たり165円
		失禁時の対応(着替・清拭等)	必要時	○		必要時	○	○	
		排泄への声かけ	-			排便のみ	○	○	
		トイレへの誘導	-			-			
		移動動作の介助	-			-			
		陰部洗浄	-			-			
		衣服交換・後始末介助	-			-			
	オムツ交換※9	-			-			※9 オムツ代は実費をご負担いただきます。	
	(4) 入浴・清潔	トイレ・尿器・便器	貸出し又は自費購入	○		貸出し又は自費購入※10	○		※10 物品によっては、介護保険の特定福祉用具として、1割の個人負担で購入できます。
		居室一般浴	-			-			
介助浴室・特別浴槽		-			2回以上/週※11	2回	-	※11 状態により入浴出来ない時は清拭をします。	
洗髪		必要時声かけ	○		2回以上/週※12	2回	-	※12 介助浴の時にいきます。	
手足などの部分浴・清拭		必要時	○		必要時	○	○	※13 3回目からは、1回1,650円 (上限は3回/週まで)	
(5) 身嗜み	爪切り・耳垢除去	必要時声かけ	○		必要時	○			
	洗面・整髪	必要時声かけ	○		必要時声かけ	○			
	歯磨・うがい	必要時声かけ	○		必要時声かけ	○	○		
	義歯の洗浄管理	必要時声かけ	○		必要時声かけ	○	○		
	化粧・髭剃り	必要時声かけ	○		必要時声かけ	○			
(6) 着替え	身づくろい	必要時声かけ	○		必要時声かけ	○			
	理美容(コート内ビューティサロン)※14	必要時声かけ		実費負担	必要時声かけ			※14 委託業者による有料サービス フロントへの予約が必要となります。	
機能訓練等	選択・準備・片付け	-			必要時声かけ	○			
	着脱ぎ介助	-			必要時声かけ	○			
健康管理	機能訓練		○			○			
	各種アクティビティ ※15 (教室・レクリエーション・行事など)	介護予防ケアプランによる		○	ケアプランによる		○	実費負担	※15 一部有料 材料費等は、プログラムにより一部入居者の負担になります。
	ヘルスチェック	体重測定	1回/月	○		1回/月	○		
		血圧測定	1回/月	○		3回/週	○		
		体温測定	-	○		3回/週	○		
		定期健康診断※16	年2回	○		年2回	○		
		健康相談							
		健康相談	必要時	○		必要時		○	
	薬の管理	心の相談	必要時	○		必要時		○	
生活相談		必要時	○		必要時	○			
与薬管理※16		必要時	○		必要時	○		※16 原則として健康管理室でのサービスとします。	
薬取り代行		必要時	○		必要時	○			
安全確認	フロント、ダイニング、ケアで	必要時	○		必要時	○			
緊急コール	24時間対応	24時間対応	○		24時間対応	○			
病気療養時の援助	(1) 静養援助	身の回りのお世話	訪問時	○	訪問時	○			
	(2) 食事	配膳・下膳・準備片付け	ルームサービス(必要時)	○	ルームサービス(必要時)	○			
		献立変更・治療食※17	必要時 (ヘルシーメニューによる)	○	必要時 (ヘルシーメニューによる)	○		※17 デイルームと同額の料金をいただきます。	
	(3) 観察(巡回)	一般状態の観察	必要時	○		必要時	○		
		血圧・熱・脈などの測定	必要時	○		必要時	○		
	(4) 処置(手当)	水分摂取・排泄の管理	-			-			
		傷の手当て・湿布	必要時	○		必要時	○	○	
	(5) 受診(車で送迎)	洗滌など	必要時	○		必要時	○	○	
		協力医療機関※18	必要時	○		必要時	○	○	※18 前日午前中までに健康管理室に申し出て下さい。
	(6) 受診付き添い	上記以外※19	-			-			※19 2,200円/1時間 + 交通費実費 協力医療機関及び施設が指定する医療機関 以外への受診・入退院時についてはお受け できない場合があります。緊急時は除く。
協力医療機関※18		必要時	○		必要時	○	○	※20 入退院に伴う病院の手続きは、原則的に 家族又は身元引受人にお願いします。	
(7) 入退院手続き※20	上記以外(遠隔地を除く)※19	必要時		○	必要時		○	※21 入院中の見舞い時には、郵便物、洗濯物の届、買物・事務代行等を行います。	
	原則家族	原則家族			原則家族			※22 見舞いのみ。但し、遠隔地は除きます。	
(8) 入院中の見舞い	協力医療機関※21	1/週	○		1/週		○		
	上記以外(遠隔地を除く)※22	1/月	○		1/月		○		
(9) 医療機関との連絡		必要時	○		必要時	○			
(10) 身元引受人との連絡		必要時	○		必要時	○			

## 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)		不適合	<input checked="" 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。	一時介護室、一室のみ
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	不適合	<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 checked="" 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	不適合	(居室内に設置していない場合) <input checked="" 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	不適合	<input checked="" 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	無			
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 checked="" 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。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型    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: 15%;">区 分</th> <th style="width: 35%;">月 額</th> <th style="width: 50%;">利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>188,862 円</td> <td>18,887 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>211,497 円</td> <td>21,150 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>235,501 円</td> <td>23,551 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>257,456 円</td> <td>25,746 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>281,115 円</td> <td>28,112 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護 1	188,862 円	18,887 円	要介護 2	211,497 円	21,150 円	要介護 3	235,501 円	23,551 円	要介護 4	257,456 円	25,746 円	要介護 5	281,115 円	28,112 円																				
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																																				
	要介護 1	188,862 円	18,887 円																																				
	要介護 2	211,497 円	21,150 円																																				
	要介護 3	235,501 円	23,551 円																																				
	要介護 4	257,456 円	25,746 円																																				
	要介護 5	281,115 円	28,112 円																																				
	各種加算の状況																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 40%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(I) イ</td> </tr> <tr> <td>(I) ロ</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> </tr> <tr> <td>(IV)</td> </tr> <tr> <td>(V)</td> </tr> <tr> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(I)</td> </tr> </tbody> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	夜間看護体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	サービス提供体制強化加算	(I)	(II)	(I) イ	(I) ロ	介護職員処遇改善加算	(II)	(III)	(IV)	(V)	(I)	介護職員等特定処遇改善加算	(II)	(I)
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																					
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																					
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																					
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																					
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																					
夜間看護体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																						
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																						
医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																						
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																						
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																						
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																						
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有																																						
サービス提供体制強化加算	(I)																																						
	(II)																																						
	(I) イ																																						
	(I) ロ																																						
介護職員処遇改善加算	(II)																																						
	(III)																																						
	(IV)																																						
	(V)																																						
	(I)																																						
介護職員等特定処遇改善加算	(II)																																						
	(I)																																						

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)	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割の場合)
	要支援1	63,327円	6,333円
	要支援2	107,582円	10,759円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	・有
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	・有
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	・有
	医療機関連携加算	無	・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	・有
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	・有
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I) (II)
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I)イ (I)ロ (II) (III)
	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I II III IV V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I <input checked="" type="checkbox"/> II	
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 type="checkbox"/> 無・有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照	

## 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	8.8	12.3	11.6
要介護者の人数	56.3	51.5	54.6
指定基準上の直接処遇職員の人数	20	20	21
配置している直接処遇職員の人数	32.6	29.8	33.3
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	1.7 : 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	8 : 30 ~	17 : 30
	遅番	10 : 00 ~	19 : 00
	夜勤	17 : 00 ~	9 : 00
	看護職員 日勤	8 : 30 ~	17 : 30