

有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約重要事項説明書

作成日 令和 3年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	ミモザ株式会社
代表者名	代表取締役 松本 考二
所在地	東京都品川区南品川二丁目2番5号
電話番号/FAX番号	03-5796-0630 / 03-5796-0631
ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp
設立年月日	平成11年 8月 27日
直近の事業収支決算額※	(収益)11,773百万円 (費用)11,490百万円 (損益)283百万円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険指定事業(認知症対応型共同生活介護事業、居宅介護支援事業、通所介護事業、訪問介護事業、小規模多機能型居宅介護事業、地域密着型特定施設入居者生活介護事業、短期入所生活介護事業、看護小規模多機能型居宅介護)、サービス付高齢者向け住宅事業、家具付高齢者住宅事業

※ 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	ミモザ茅ヶ崎	
所在地	神奈川県茅ヶ崎市代官町3-9	
施設の類型及び表示事項	類型	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	1 <input checked="" type="checkbox"/> 県指定介護保険特定施設 (番号 1472400744 指定年月日 平成15年4月1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) <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
	開設年月日	平成15年4月1日
管理者氏名	青木 茂	
電話番号/FAX番号	0467-55-1680 / 0467-55-1690	
メールアドレス	chigasaki@mimoza-care.jp	
交通の便	JR東海道辻堂駅西口 徒歩15分	

ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.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	1,476.39 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15年4月1日～ 令和5年3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"/> 有				
	建物の構造	重量鉄骨造 2階建 (耐火 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	1,445.70m ² (うち有料老人ホーム 1,171.43m ²)				
	建築年月日	平成15年3月12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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有				
居室概要	居室総数 31室 定員 39人(一時介護室を除く)					
	1 全室個室 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	1人部屋	1人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	15.5～17.6m ²	27室
	2人部屋	2人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	27.8～27.9m ²	2室
	4人部屋	4人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	45.7m ²	2室
	一時介護室	1人	無 ・ 有	無 ・ 有	10.14m ²	1室
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1、2 階 ・ 60.6m ²)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 8.0 m ² 2階 ・ 13 m ²)			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 48.3 m ²)			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1、2 階 ・ m ²)			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1、2 階 ・ m ²)			
	医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2 階 ・ 12.04 m ²)			

	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・11.9㎡ 2階・11.9㎡)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・ 22.28㎡)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ ㎡)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・8.0㎡ 2階・9.7㎡)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1、2階・ ㎡)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1、2階・ ㎡)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 61.6㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (リビングフロア)
	健康・生きがい施設	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有 (階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (うちストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(m ~ 2.0m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	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	通所介護事業所 (弊社運営、事業所番号 1472400744 70.63㎡)	

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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式					
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 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プラン (個室)	222,600円 (内消費税4,600円)	148,000 (非課税)	20,600円 (内消費税600円)		54,000円 (内消費税4,000円)	実費

Aプラン (2人部屋 1人使用)	242,600円 (内消費税4,600円)	168,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Aプラン (2人部屋 2人使用)	317,200円 (内消費税9,200円)	168,000 (非課税)	41,200円 (内消費税 1,200円)		108,000円 (内消費税 8,000円)	実費
Aプラン (4人部屋)	142,600円 (内消費税4,600円)	68,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Bプラン (個室)	206,600円 (内消費税4,600円)	132,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Bプラン (2人部屋 1人使用)	222,600円 (内消費税4,600円)	152,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Bプラン (2人部屋 2人使用)	301,200円 (内消費税9,200円)	152,000 (非課税)	41,200円 (内消費税 1,200円)		108,000円 (内消費税 8,000円)	実費
Bプラン (4人部屋)	132,600円 (内消費税4,600円)	58,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Cプラン (個室)	182,600円 (内消費税4,600円)	108,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Cプラン (2人部屋 1人使用)	202,600円 (内消費税4,600円)	128,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
Cプラン (2人部屋 2人使用)	277,200円 (内消費税9,200円)	128,000 (非課税)	41,200円 (内消費税 1,200円)		108,000円 (内消費税 8,000円)	実費
Cプラン (4人部屋)	126,600円 (内消費税4,600円)	52,000 (非課税)	20,600円 (内消費税 600円)		54,000円 (内消費税 4,000円)	実費
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	近傍相場等を勘案して算出				
	管理費	管理費①：14,000円(非課税) 共用施設設備費・エレベーター維持費、環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。 管理費②：6,600円(内消費税600円) 事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費です。 ① + ② = 20,600円(内消費税600円)				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担分は含みません。				

食費	合計54,000円（内消費税4,000円）（1人・30日当たり） ・食材費(30日当たり) 32,400円（内消費税2,400円） ※欠食は、欠食日前日前の正午までの申し出により、 朝食248円（内消費税18円）昼食345円（内消費税25円） 夕食453円（内消費税33円）おやつ108円（内消費税8円）として減額します。 ※おやつは月10回（内1回は施設負担） ・調理費(月額) 21,600円（内消費税1,600円）	
光熱水費	居室に係る費用は、別途実費	
前払金	Bプラン：個室・2人部屋 144万円 4人部屋 90万円 Cプラン：個室・2人部屋 360万円 4人部屋 144万円	
算定根拠	「家賃相当額の一部×72月(想定居住期間)+想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(前払金の20%)」により設定。 【Bプラン】 個室・2人部屋 1.6万円×72月+28.8万円=144万円 4人部屋 1万円×72月+18万円=90万円 【Cプラン】 個室・2人部屋 4万円×72月+72万円=360万円 4人部屋 1.6万円×72月+28.8万円=144万円	
償却開始日	入居日の翌日	
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て、入居3月後に前払金の20%を償却します。当該償却部分は返還対象とはなりません。 【Bプラン】 個室・2人部屋 144万円×20%=28.8万円 4人部屋 90万円×20%=18万円 【Cプラン】 個室・2人部屋 360万円×20%=72万円 4人部屋 144万円×20%=28.8万円	
契約終了時の返還金の算定方法	有料老人ホーム入居契約書34条に従い、前払金を返還します。 返還額=(入居前払金-返還対象としない額) ÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) ×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)	
短期解約の返還金の算定方式	入居後3月以内に退去された場合は、有料老人ホーム入居契約書44条に従い、前払金を返還します。 返還額=前払金-1日当たりの施設の利用料 ×入居日の翌日から退去日までの実日数	
返還期限	契約解除（終了後）90日以内に返還致します。	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（公益社団法人全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度を利用します。） 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	月額費用は請求月の27日になります。
-----	--------------------

支払方法	銀行口座から自動引き落としになります。
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29条1項、2項、5項、6項による ）
	手続き（ 入居契約書第29条3項、4項による ）
	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	地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、検討する。	
	手続き方法	運営懇談会を開き、入居者及び身元引受人の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	1 減額なし 2 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 4 不在期間が 30 日以上の場合に限り、管理費を半額とする		
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額と管理費の一部		
体験入居の取扱い	1 無	期間	6泊7日を上限とする。
	2 有	費用	1泊2日 11,000円(内消費税1,000円) ※介護保険の適用はありません。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	1、今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様を、私たちは尊厳と感謝の念をもってお迎え致します。 2、いま介護を必要とされている高齢者に、施設と介護サービスを提供し、人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかに過ごしていただける環境を提供致します。 3、加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護の認定を受けた利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話等について、ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で暖かい介護、世話等を提供します。また、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。
サービスの提供内容の特色	1、あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。 2、安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。
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	共用施設光熱水道費、環境整備費、施設管理費、事務経費	
	食費	委託業者への委託費、厨房管理費	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先 (ハーベスト株式会社)	
		委託内容 (3食・おやつの調理)	
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2時間おきのほか、適宜居室見守りを実施		
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"/> 有	保険名 (あいおいニッセイ同和損害保険会社 介護保険・社会福祉施設総合保険 保険会社)	

※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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	1. 一時的に24時間の介護が必要になった場合には、医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し、身元引受人の意見を聴いた上、一時介護室で介護します。一時介護室で介護を行う場合の費用は、当初の前払金及び月額利用料に含まれており、追加の費用は必要ありません。この場合居室の利用権は継続します。 2. 心身の変化に伴い、介護の緊急対応及びスタッフの見守りが必要と医師が判断した場合、入居者の同意を得てその対応がスムーズに行える居室フロアへ住み替えて頂く場合があります。(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	三上医院
	診療科目	内科・消化器科・小児科
	所在地	茅ヶ崎市浜竹3-1-23
	距離及び所要時間	約1.2km、車で8分
	協力内容	受診、服薬指導、救急対応
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	茅ヶ崎ファースト歯科クリニック
	所在地	茅ヶ崎市新栄町11-8 5F
	距離及び所要時間	約2.9km、車で12分
	協力内容	歯科訪問
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南ライフタウン診療所
	診療科目	内科、整形外科、精神科、皮膚科、眼科
	所在地	藤沢市大庭5526-2
	距離及び所要時間	約4.8km、車で16分
	協力内容	受診、服薬指導、救急対応
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南中央病院
	診療科目	内科、リハビリテーション科、呼吸器科 外科、心療内科、肛門科、皮膚科、精神科 泌尿器科、胃腸科、リウマチ科、循環器科
	所在地	藤沢市羽鳥1-3-43
	距離及び所要時間	約2.3km、車で8分
	協力内容	受診、服薬指導、救急対応
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南ホスピタル
	診療科目	内科、呼吸器科、循環器内科、消火器内科 内分泌内科、糖尿病内科、神経内科、 精神科
	所在地	藤沢市辻堂3-10-2
	距離及び所要時間	約2.1km、車で11分
	協力内容	受診、服薬指導、救急対応
協力医療機関 （又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南みわクリニック
	診療科目	内科、泌尿器科、消化器科、外科
	所在地	茅ヶ崎土本村4-22-25
	距離及び所要時間	約2.1km、車で7分
	協力内容	受診、服薬指導、救急対応
協力医療機関 （又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	はじめクリニック
	診療科目	内科、外科、胃腸科、肛門科、リハビリ科

	所在地	藤沢市辻堂 5-18-9
	距離及び所要時間	約 3.3km、車で 10 分
	協力内容	受診、服薬指導、救急対応
入居者が医療を要する場合の対応※	ホームの協力医療機関、または入居者が選択する医療機関にて治療を受けます。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なります。入院の場合は、入院中の介護保険の利用料請求はありません。また、入院中の食材費の請求はありません。長期入院（正味 30 日以上）の場合は、管理費の 50%を減額します。	

※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

(令和3年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (16時～翌10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	1		計画作成担当者 (介護支援専門員) が兼務
	介護職員	6	12	2	機能訓練指導員兼務
	看護職員	1	5		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1	5		看護職員兼務
	計画作成担当者	1			
	栄養士				外部委託
	調理員				外部委託
	事務職員	1			
その他職員					
合計	12	23	2		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務						無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>				
	資格等	1 無									
		2 有									
	資格等の名称		介護ヘルパー 2 級								
	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	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	

前年度1年間の退職者数	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	3	1	5	0	1	0	3	0	0
	10年以上	1	2	3	3	1	0	1	2	1	0
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	3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	1人	資格なし	2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	37人 (定員 39人)		
入居者の状況	男性	8人、女性	29人
	自立	0人	
	要支援	4人	(内訳) 要支援1 3人 要支援2 1人
	要介護	33人	(内訳) 要介護1 5人 要介護2 6人 要介護3 3人 要介護4 15人 要介護5 4人
平均年齢	90.6歳 (男性 85.5歳、女性 92.0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	0人	
		医療機関	2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
				3人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 医療的治療が必要な為	

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(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 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>施設及び本社</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設相談窓口 青木 茂 TEL0467-55-1680 ・本社お客様相談室 電話 03-6712-8110 <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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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) ・茅ヶ崎市高齢福祉介護課 TEL0467-82-1111 (代表) ・藤沢市福祉健康部介護保険課 TEL0466-25-1111 (代表) ・横浜市健康福祉局健康福祉部高齢施設課 TEL045-671-4117 ・海老名市保健福祉部介護保険課 TEL046-235-4952 ・東京都練馬区介護保険課 TEL03-3993-1111 (代表) ・町田市高齢福祉課 TEL042-724-2140 ・川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 TEL044-200-2455 ・東京都杉並区保健福祉部高齢者施策課管理係 TEL03-3312-2111 	
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、協力医療機関である湘南中央病院への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長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 type="checkbox"/> 不可	
身元引受人の条件及び義務等	連帯保証人が身元引受人を兼ねます。身元引受人は本契約に関連して生ずる債務について、入居者と連帯して履行する責任を負います。また、身元引受人は必要に応じて事業者と協議すること、入居者が死亡した場合及び本契約が解除された場合に入居者の身柄等を引き取ることを行います。	
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	協会への加入	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有

加入状況	入居者基金への加入	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無	
	2 有	実施日
		結果の開示
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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、本有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約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、本有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約重要事項説明書により説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

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～ 17時	有・無	1回	1回	—	4時間ごと及び適宜巡回	4時間ごと及び適宜巡回	—	2時間ごと及び適宜巡回	2時間ごと及び適宜巡回	—
・夜間 17 時～ 翌9時	有・無	2回	2回	—	4時間ごと及び適宜巡回	4時間ごと及び適宜巡回	—	2時間ごと及び適宜巡回	2時間ごと及び適宜巡回	—
②食事介助	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
③排泄										
・排泄介助	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
・おむつ交換	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
④入浴等										
・清拭	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
・一般浴介助	有・無	週2回	週3回以降	550円	週2回適宜対応	週3回以降	550円	週2回適宜対応	週3回以降	550円
・特浴介助	有・無	—	—	—	週2回適宜対応	—	—	週2回適宜対応	—	—
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
・居室からの移動	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
・衣類の着脱	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
・身だしなみ介助	有・無	—	—	—	適宜対応	適宜対応	—	適宜対応	適宜対応	—
⑥機能訓練	有・無	希望により随時	希望により随時	—	サービス計画に基づいて実施	サービス計画に基づいて実施	—	サービス計画に基づいて実施	サービス計画に基づいて実施	—
⑦通院の介助	有・無	協力病院は適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	協力病院は適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	協力病院は適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円
⑧緊急時対応	有・無	24時間対応	24時間対応	—	24時間対応	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	週1回	特別清掃	30分につき787円	週1回	特別清掃	30分につき787円	週1回	特別清掃	30分につき787円
・洗濯	有・無	肌着等に水洗い出来る物	リネン週1回取替	1日36円	肌着等に水洗い出来る物	リネン週1回取替	1日36円	肌着等に水洗い出来る物	リネン週1回取替	1日36円
②居室配膳・下膳	有・無	ご希望される方	1回	220円	ご希望される方	1回	220円	ご希望される方	1回	220円
③理美容	有・無	—	月2回	時価	—	月2回	時価	—	月2回	時価
④代行										
・買物	有・無	週1回指定日	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	週1回指定日	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	週1回指定日	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円
・役所手続	有・無	適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有・無	—	年2回受診する機会を提供	実費	—	年2回受診する機会を提供	実費	—	年2回受診する機会を提供	実費
・健康相談	有・無	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・生活指導	有・無	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・医師の往診	有・無	—	適宜対応	実費	—	適宜対応	実費	—	適宜対応	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	有・無	協力病院は適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	協力病院は適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円	協力病院は適宜対応	左記以外	スタッフ1人につき 1時間2,200円
5. その他サービス										
・レクリエーション	有・無	選択制	月謝は実費	実費	選択制	月謝は実費	実費	選択制	月謝は実費	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)		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。	2人部屋(27.8㎡~29.6㎡) 4人部屋(45.7㎡) それぞれ2部屋ずつあり
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	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	不適合	(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	一時介護室には未設置 使用時は巡回を頻回に行う
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。

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 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 （1か月30日の例）																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">月 額</th> <th style="width: 65%;">利用者負担額 （1割/2割/3割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>168,663円</td> <td>16,867円/33,733円/50,599円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>189,354円</td> <td>18,936円/37,871円/56,807円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>211,299円</td> <td>21,130円/42,260円/63,390円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>231,363円</td> <td>23,137円/46,273円/69,409円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>252,994円</td> <td>25,300円/50,599円/75,899円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 （1割/2割/3割の場合）	要介護1	168,663円	16,867円/33,733円/50,599円	要介護2	189,354円	18,936円/37,871円/56,807円	要介護3	211,299円	21,130円/42,260円/63,390円	要介護4	231,363円	23,137円/46,273円/69,409円	要介護5	252,994円	25,300円/50,599円/75,899円																							
	区 分	月 額	利用者負担額 （1割/2割/3割の場合）																																							
	要介護1	168,663円	16,867円/33,733円/50,599円																																							
	要介護2	189,354円	18,936円/37,871円/56,807円																																							
	要介護3	211,299円	21,130円/42,260円/63,390円																																							
	要介護4	231,363円	23,137円/46,273円/69,409円																																							
	要介護5	252,994円	25,300円/50,599円/75,899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・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 checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算[申出]の有無</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>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 checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>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 checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> </tbody> </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	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	ADL維持等加算[申出]の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" 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 type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	サービス提供体制強化加算	(I)	(II)	(III)	介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	I	II
	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	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																								
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																								
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																								
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																								
ADL維持等加算[申出]の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" 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 type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有																																									
サービス提供体制強化加算	(I)																																									
	(II)																																									
	(III)																																									
介護職員処遇改善加算	I																																									
	II																																									
	III																																									
	IV																																									
	V																																									
介護職員等特定処遇改善加算	I																																									
	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)	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/2割/3割の場合)
	要支援1	57,057円	5,706円/11,412円/17,118円
	要支援2	97,498円	9,750円/19,500円/29,250円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
	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	
	科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input 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	
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input 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	(I) (II)
	サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I) (II) <input checked="" type="checkbox"/> (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・ <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	

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	6.3	4.8	4.0
要介護者の人数	31.0	33.3	34.3
指定基準上の直接処遇職員の数	11	12	12
配置している直接処遇職員の数	14.5	15.1	15.8
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数 の割合	2.2 : 1	2.3 : 1	2.2 : 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 : 15 ~	16 : 15
	日勤	8 : 15 ~	17 : 15
	遅番	10 : 30 ~	19 : 30
	夜勤	16 : 00 ~	翌10 : 00

	看護職員	早番	:	~	:
		日勤	8:30	~	17:30
		遅番	:	~	:
		夜勤	:	~	: