

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	株式会社ケアネット徳洲会
代表者名	代表取締役 深川大功
所在地	〒102-0083 東京都千代田区麹町2-3-3FDC麹町ビル4階
電話番号/FAX番号	03-3222-1181/03-3222-1182
ホームページアドレス	https://www.care-net.co.jp/
設立年月日	平成17年3月31日
直近の事業収支決算額※	(収益) 5,691,614千円 (費用) 5,114,816千円 (損益) 576,798千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険事業 (認知症対応型共同生活介護・通所介護)

※ 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	スマイルコート円蔵	
所在地	神奈川県茅ヶ崎市円蔵2-7-6	
施設の類型及び表示事項	類型	<input type="checkbox"/> 1 介護付 <input 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 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 <input type="checkbox"/> 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	<input type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 1492400179 指定年月日 平成23年10月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input type="checkbox"/> 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	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (アンリ茅ヶ崎、グランレーブ本郷台、 グランレーブ厚木)

開設年月日	平成23年10月1日					
管理者氏名	栢沼 功壮					
電話番号/FAX番号	0467-50-1388/0467-50-3181					
メールアドレス	sc-enzo@care-net.co.jp					
交通の便	JR相模線北茅ヶ崎駅より徒歩11分					
ホームページアドレス	https://www.care-net.co.jp/facility/0301-2/					
敷地概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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 999.09 m ² 抵当権の設定 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
建物概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 所有 ・ 借家					
	(借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 年月日～年月日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・有 建物の構造 鉄骨造 2階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火・ <input type="checkbox"/> 準耐火・その他) 延床面積 1,597.16m ² (うち有料老人ホーム 1,097.87m ²) 建築年月日 平成23年8月10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 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
居室概要	居室総数 29室 定員 29人(一時介護室を除く)					
	<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
	個室	1人	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	18.00m ²	29室
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階49.2m ² ・3階45.0m ²)			
	浴室	一般浴槽	浴室			
		リフト浴	無 ・ 有 (階・ m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ 有 (階・ m ²)			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各居室、共有部分にあり)			
洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各居室、共有部分にあり)				

	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (3階・7.5㎡)
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・10.89㎡) ※応接室、面談室と併用
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・10.89㎡) ※談話室と併用
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・9.55㎡)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階、3階・2階8.93㎡、3階8.7㎡)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階、3階) ※洗濯室と兼用
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・8.75㎡) ※宿直室と兼用
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階49.2㎡・3階45.0㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	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"/> (ストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(2.1m ~ 2.1m)
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	1 <input checked="" type="checkbox"/>	
	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	認知症対応型共同生活介護事業所(弊社運営・事業所番号1492400161・499.29㎡)2ユニット定員18名)	

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"/> ・ 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	家賃	光熱水費
一時金有 (1割負担・介護1)	179,600円 +実費	76,000	一時金有 (1割負担・介護1)	179,600円 +実費	76,000	一時金有 (1割負担・介護1)
一時金無 (3割負担・介護5)	209,600円 +実費	106,000	一時金無 (3割負担・介護5)	209,600円 +実費	106,000	一時金無 (3割負担・介護5)
月額利用料の算定根拠	家賃	大規模改修費、居室設備の更新費				
	管理費	共有施設・設備の維持、共有部分の光熱水費、健康管理部門、事務管理・管材部門、フロント・日常業務等に係る人件費、事務用品費、什器備品日、通信費、健康推進事業費、外注委託費				
	介護費用	—				
	食費	1月30日で計算(朝食432円 昼食648円 夕食770円 おやつ102円) (5日前の10時までに欠食の申出があった場合、当該額は頂きません。) (やわらかムース提供時、1食あたり53円上乘せさせていただきます。)				
	光熱水費	居室部分の水道料金として1,100円 居室部分の電気料金は個別計量として実費を徴収します。				
前払金		1,800,000円				
算定根拠		建物賃貸料、修繕費を基礎とし、想定居住期間等を勘案し産出				
償却開始日		入居から。3か月経過後に30%償却致します。				
返還対象としない額		540,000円 ※「想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」として合理的に算出された額を前払い金の非返還対象分(前払い金の30%)とする。 *ご入居から3か月経過後に前払い金の30%を償却いたします。 *ご入居3か月までは30%分については全額返還いたします。 *入居期間が5年を超える場合には、新たに費用の徴収を行いませんが返還金はありません。				
契約終了時の返還金の算定方法		返還額=前払い金×0.7÷60(ヵ月)×契約解除(終了)から償却期間満了までの月数				
短期解約の返還金の算定方式		・「家賃相当額の一部」として産出された額を前払い金の返還対象分(前払い金の70%)とする。 ※返還額=前払い金×0.7÷60(ヵ月)×契約解除(終了)から償却期間満了までの月数 ※算出に関しては、償却決算日及び契約終了日が属する月は、それぞれ1か月を30日とした日割りにて計算します。				
返還期限		※返還金は契約解除(終了)後、3月以内に返還します。				
保全措置		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>			
		建物賃貸料、修繕費を基礎とし、想定居住期	建物賃貸料、修繕費を基礎とし、想定居住期間等を勘案し産出			

	間等を勘案し産出	
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 15 日に請求、毎月 27 日に引き落とし。
支払方法	引き落とし
その他留意事項	もし金額が不足していた場合、振り込みにてご対応してもらおう。

(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条による ）
	手続き（ 入居契約書第29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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する	
	手続き方法	運営懇談会の意見を聞いたうえで事前に通知する。	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	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		
消費税の対象外とする利用料等			
体験入居の取扱い	1 無		
	2 有	2 有	2 有
		費用	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者様の生命と尊厳を守り尊重します。 ・ご利用者様のプライバシーを尊重し、個人の権利・財産・情報を守ります ・ご利用者様を生活の主体者として支援します ・ご利用者様が地域住民の一員として社会生活を営むことが出来るように支援します ・ご利用者様からの贈り物は一切受け取りません ・介護技術の向上にたえず努力します ・社会的責任を認識し、健全な運営によって事業の継続性を確保します
----------	---

サービスの提供内容の特色	常に介護の質を向上させることを目標とし、医療依存度の高い方を積極的に受け入れ、利用者様の目線に沿ったサービスの提供を行っている。		
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"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
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	小規模修繕、フロント業務、管理・入居相談業務	
	食費	3食の配膳、提供	
	その他	—	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先 (株式会社 ミールイノベーション)	
		委託内容 (3食の調理)	
安否確認の方法・頻度等	日中適宜、夜間2時間おきの巡視を実施。		
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"/>	AIG損害保険株式会社の「賠償責任保険（企業用）」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の精鋭・身体・財産に損害が生じた場合、不可抗力による場合を除き、賠償される。	

※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。
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

<p>判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等</p>	<p>他の介護居室へ住み替えて介護を行う必要性が生じた場合は、次の各号の手続きを行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一. 事象主体の指定する医師または入居者様の主治医の意見を聴きます 二. 居室の住み替えは入居者様又は身元引受人の同意を得ます 三. どの居室にするかの選択は、入居者様の要介護状態の変化に応じて、事業者と入居者様又は身元引受人との間で協議し決定します 四. 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設けます 五. 居室の住み替えに伴い、居室や介護等の内容、権利の内容、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等契約内容の変更が生じたものについては入居者様や身元引受人に説明を行い、同意を得ます。 <p>以上の手続きを経て、住み替え前の居室の利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな居室の利用権を設定します。</p>
-----------------------------------	--

(3) 医療の提供状況等

<p>協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容</p>	<p>名 称</p>	<p>① 医療法人 湘南藤沢徳州会病院 ② 医療法人 茅ヶ崎徳州会病院</p>
	<p>診療科目</p>	<p>① 内科・心臓血管外科・麻酔科・外科・整形外科・産婦人科・脳神経外科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科（病床数 419 床） ② 内科・外科・小児科・泌尿器科・循環器内科・整形外科・産婦人科・リハビリテーション科・麻酔科（病床数 132 床）</p>
	<p>所在地</p>	<p>① 神奈川県藤沢市辻堂神台 1-5-1 ② 神奈川県茅ヶ崎市幸町 14-1</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>① 4.5km 車で 20 分 ② 2.3km 車で 12 分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>夜間緊急入院</p>
<p>協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容</p>	<p>名 称</p>	<p>湘南台デンタルクリニック</p>
	<p>所在地</p>	<p>神奈川県藤沢市湘南台 1-6-7</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>10km、車で 10 分</p>
<p>協力内容</p>	<p>訪問歯科診療</p>	
<p>入居者が医療を要する場合の対応※</p>	<p>通院：協力医療機関への通院同行は、管理費に含みます。 入院：医師の判断を基本として入居者様及び家族様とお話し合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 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。 協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、管理費に含みます。入院に係る費用は入居者様の負担となります。 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 1 回の清掃を行います</p>	

※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 (16:30~翌9:30) (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	1		常勤は管理者と兼務
	介護職員	9	5	2	
	看護職員	1	2		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他		2		看護師と兼任
	計画作成担当者	1	1		非常勤は生活相談員と兼務
	栄養士				
	調理員				業務委託
	事務職員				
	その他職員		2		
合計	13	10	2		

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>								
	資格等	1 無		2 <input checked="" type="checkbox"/>							
管理者					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	
前年度1年間の採用者数			3	2				1			
前年度1年間の退職者数								1			
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		3	2							
	1年以上3年未満	1	2	1					1		
	3年以上5年未満			4	2						
	5年以上10年未満			1	1		1				
	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	14人	介護職員初任者研修修了者	6人
介護支援専門員	2人	資格なし	4人

6 入居状況等

(2021年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	27人 (定員 29人)		
入居者の状況	男性	6人、女性	21人
	自立	0人	
	要支援	0人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	27人	(内訳) 要介護1 3人 要介護2 5人 要介護3 3人 要介護4 13人 要介護5 3人
平均年齢	88.6歳 (男性88.3歳、女性88.6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	2人	
		医療機関	人	
		死亡者	4人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) ご夫婦で他施設へ入居されるため解約された	1人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無				
	2 有 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(書面によって説明と同意を得る)</td> </tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td> <td></td> </tr> </table>	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	
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	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：栢沼 功壮 TEL0467-50-1388 ・本社運営事業本部 TEL03-3222-1181 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。 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 TEL0570-02-2110				

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111 ・ 茅ヶ崎市福祉部高齢福祉介護課 TEL0467-82-1111 		
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）	<p>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藤沢徳洲会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、施設職員から家族様への連絡を行います。</p> <p>また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>		
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	<p>身元引受人は、本契約に基づく入居者様の事業者に対する責務について、入居者様と連携して履行の責を負います。また、必要ときには、入居者様の身柄を引き取ります</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	<input type="checkbox"/> ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> ・ 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	令和3年3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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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）

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 7時～20時	有						適宜		
・夜間 21時～6時	有						2～3時間おきに巡回		
②食事介助	有						必要応じ対応 レストラン利用時はテーブルまで配膳、下膳。 状態に応じ食事介助も行う。 食事形態は普通食、刻み食、ミキサー食等を状態に応じて提供。		
③排泄									
・排泄介助	有						状態に応じて一部解除、もしくは全解除		
・おむつ交換	有						状態に応じて一部解除、もしくは全解除		
④入浴等									
・清拭	有						週2回（入浴出来ない場合）	週3回以上	30分880円
・一般浴介助	有						状態に応じ週2回の入浴時一部介助、若しくは全介助	週3回以上	30分880円
・特浴介助	有						状態に応じ週2回の入浴時一部介助、若しくは全介助	週3回以上	30分880円
⑤身辺介助									
・体位交換	有						状態に応じ2～3時間毎及びオムツ交換時等適宜		
・居室からの移動	有						状態に応じ適宜付添等の介助		
・衣類の着脱	有						毎日朝・夕及び入浴時に一部介助もしくは全介助		
・身だしなみ介助	有						毎日朝・夕及び入浴時に一部介助もしくは全介助		
⑥機能訓練	有						週2～3回インストラクターによるリハビリ体操等	サービス計画以上の個別トレーニングは要予約有料	30分1980円
⑦通院の介助	有						協力病院通院などの付添随時	協力がい病院（市内）付添	30分990円 交通費（タクシー代実費）
⑧緊急時対応	有						ナースコールにて24時間対応	—	
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有						週1回、トイレ、床のクリーナー掛け、ごみ収集実施、リネン交換		週2回以上30分990円
・洗濯	有						週2回		
②居室配膳・下膳	有						体調不良時適宜配膳・下膳		
③理美容	有							訪問理容師対応（月1回）	実費
④代行									
・買物	有						必要に応じて随時		
・役所手続	有						必要に応じて随時		
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有						年2回		左記以外は実費
・健康相談	有						月1回、必要に応じて随時		
・生活指導	有						月1回、必要に応じて随時		
・医師の往診	有						状態に応じて随時		実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有						協力病院入退院時の送迎・並びに付添	協力外病院（市内）入送付添	30分990円 交通費（タクシー代実費）
5. その他サービス									
・レクリエーション	有						日常・行事レク等		材料費等は実費負担

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。

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	有			食堂と併用
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		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: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>190,070 円</td> <td>19,507 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>217,830 円</td> <td>21,783 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>241,624 円</td> <td>24,163 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>263,695 円</td> <td>26,370 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>287,145 円</td> <td>28,715 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護1	190,070 円	19,507 円	要介護2	217,830 円	21,783 円	要介護3	241,624 円	24,163 円	要介護4	263,695 円	26,370 円	要介護5	287,145 円	28,715 円
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																
	要介護1	190,070 円	19,507 円																
	要介護2	217,830 円	21,783 円																
	要介護3	241,624 円	24,163 円																
	要介護4	263,695 円	26,370 円																
	要介護5	287,145 円	28,715 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																	
	退院・退所時連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																	
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																	
	夜間看護体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																	
若年性認知症入居者受入加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																		
医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																		
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																		
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																		
看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																		
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有																		
	(I)																		
	(II)																		
サービス提供体制強化加算	<input checked="" 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I																	
		II																	
		III																	
		IV																	
		V																	
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I																	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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(割の場合)
	要支援1	円	円
	要支援2	円	円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	生活機能向上連携加算	無・有	
	個別機能訓練加算	無・有	
	若年性認知症入居者受入加算	無・有	
	医療機関連携加算	無・有	
	口腔衛生管理体制加算	無・有	
	栄養スクリーニング加算	無・有	
	認知症専門ケア加算	無・有	(I)
			(II)
	サービス提供体制強化加算	無・有	(I)イ
(I)ロ			
(II)			
(III)			
介護職員処遇改善加算	無・有	I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	I	
		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)	⊙・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	0	0	0
要介護者の人数	28.3	27.9	27.5
指定基準上の直接処遇職員の数	10	10	10
配置している直接処遇職員の数	16.0	16.0	16.42
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割合	1.7:1	1.7:1	1.7:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間165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	7:00~15:30
		日勤	8:30~17:00
		遅番	11:00~19:30
		夜勤	16:30~9:30
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	8:30~17:00
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :