

有料老人ホーム重要事項説明書

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 創生事業団
代表者名	代表取締役 伊東 鐘賛
所在地	福岡県福岡市中央区清川1丁目3-1
電話番号/FAX番号	Tel. 092-526-8730/Fax. 092-526-8740
ホームページアドレス	http://www.goodtimehome.com
資本金(基本財産)	90,000,000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	伊東一輝 (49.8%) 伊東慎太郎 (49.4%) 伊東鐘賛 (0.8%)
設立年月日	平成10年8月25日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 10,713百万円 (費用) 9,854百万円 (損益) 859百万円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 ()
他の主な事業	特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、居宅介護支援、訪問介護、介護予防訪問介護、通所介護、介護予防通所介護、

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	グッドタイムホーム・茅ヶ崎	
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	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) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 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
	介護に関わる職員体制	: 以上
	提携ホームの利用等	① 提携ホーム利用可(3 5 施設) 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	令和元年10月1日	
施設の管理者氏名	長尾 祐樹	
所在地	〒253-0014 神奈川県茅ヶ崎市本宿町3番27号	
電話番号/FAX番号	Tel. 046-755-1301/Fax. 046-755-1302	
メールアドレス	chigasaki@sousei.net	
交通の便 ※3	東海道本線「辻堂駅」徒歩9分(720m)	

ホームページアドレス	http://www.goodtimehome.com																												
敷地概要 ※4	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 1,640.80m ²																												
建物概要	権利形態 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) 2016年1月1日～2050年12月31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 鉄骨造地上4階建 階建 (耐火) ・準耐火・その他) 延床面積 2,514.72m ² (うち有料老人ホーム 2496.67m ²) 建築年月日 2015年12月21日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム ・その他()																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 65室 定員 65人(一時介護室を除く) (内訳)																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">居室</td> <td>個室</td> <td>65室</td> <td>18.00m²～ 18.05m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	65室	18.00m ² ～ 18.05m ²	うち2人定員	室	m ² ～ m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	65室	18.00m ² ～ 18.05m ²																										
	うち2人定員	室	m ² ～ m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階	1階(25.39m ²)																										
	浴室	一般浴槽	設置階 2階(25.26m ²)																										
		リフト浴	設置階 (— m ²)																										
	浴室	ストレッチャー浴	設置階 2階(10.32m ²)																										
		便所	設置箇所 各階、各居室																										
	洗面設備	設置箇所 各階、各居室																											
	医務室(健康管理室)	設置階 2階(19.28m ²)																											
	談話室	設置階 3・4階(13.27m ²)																											
	面談室(相談室)	設置階 1階(16.67m ²)																											
	事務室	設置階 1階(— m ²)																											
	洗濯室	設置階 2階(14.70m ²)																											
	汚物処理室	設置階 2・3・4階(— m ²)																											
	看護・介護職員室	設置階 3・4階(— m ²)																											
	機能訓練室	設置階 1階(150.80m ²)																											
		他の共用施設との兼用 無・ 有 (食堂) 設置階 2階(36.10m ²)																											
	健康・生きがい施設	設置 1階(12.54m ²)																											
	エレベーター ※5	2基(うちストレッチャー搬入可 2基)																											
スプリンクラー	設置箇所 浴室・便所以外																												
居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.84m～1.84m)																												
消防用設備等	消火器	無・ 有																											

	自動火災報知設備	無・有
	火災通報設備	無・有
	スプリンクラー	無・有
	防火管理者	無・有
	防災計画（水害・土砂災害を含む）	無・有
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室・トイレ・共用浴室にケアコールを設置 安否確認の方法・頻度等 施設職員が定期的に巡回して安否を確認（概ね2時間ごと）	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	グッドタイムケア・茅ヶ崎（訪問介護） 訪問介護事業所面積：18.05㎡	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容		

- ※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。
 ※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。
 ※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。
 ※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	月払い方式	選択方式
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（食費について） 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	入居契約書第29条（費用の改定）に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数を勘案の上。	
	手続き方法	運営懇談会での意見を聴いた上で改定する。	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	<p>前払金支払方法</p> <ul style="list-style-type: none"> 入居契約日までに当社指定の銀行口座に全額お振込み頂きます。 <p>月額利用料支払方法</p> <ul style="list-style-type: none"> 費用及び使用料の支払いについては、入居者宛に費用項目等の明細を付し毎月15日までに発送します。入居者等は、下記の方法により、指定日までに支払うこととします。尚、請求に於ける月額利用料は、翌月分の前払いとなります。 <p>口座振替：「みずほファクター：トータルネット（代金回収サービス）」と取引のある金融機関での口座引落が可能です。事前のお申し込みが必要となります。引落日は20日（引落日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）です。尚、手続き上、引落日に間に合わない場合は、当社指定の銀行口座へお振込みください。</p>		
敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）		
前払金（介護費用の前払金を除く）	法第29条第6項に規定される前払金	プランⅠ：780万円	プランⅡ：540万円

想定居住期間又は償却期間	5年(60か月)	
算定の基礎(内訳)	<p><用途> 前払金は、目的施設(居室及び共用施設)の終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p><算定根拠></p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物の賃料、修繕費、管理事務費等 ・前払金の算定にあつては、神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針及び厚生労働省の事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定します。その算定方法は管理規程に示します。 ・前払金償却期間内の場合 前払金のうち、78%相当額を償却期間の起算日から5年間(60か月)で償却します。 	
解約時の返還金(算定方法等)	<p>【返還金・1日当たりの利用料の計算式】 返還金=1日当たりの利用料※1×契約の解除・終了日から償却期間の満了までの実日数</p> <p>※1 1日当たりの利用料 =(前払金×78%)÷(全償却期間の日数) …1円未満は切り上げ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3か月以内の契約解除の場合(短期解約特例) 入居後、3か月を経過するまでの間に契約が解除され、又は死亡による契約終了 <p>【返還金の計算式】 返還金=前払金-(前払金×78%÷60か月÷30日×入居日から契約終了日までの日数)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前払金償却期間を超える場合 返還金はなく、前払金の追加徴収は行いません。 	
返還の対象とならない額の有無	無・有(プランⅠ:1,716,000円、プランⅡ:1,188,000円)	
初期償却の開始日	前払金のうち22%相当額を入居契約書表題部記載の起算日に一括償却します。	
介護費用の前払金	円～円	
算定の基礎(内訳)		
解約時の返還金(算定方法等)		
返還の対象とならない額の有無	無・有(円)	
初期償却の開始日		
月額利用料	プランⅠ:180,900円 プランⅡ:220,900円	
年齢に応じた金額設定	無・有	
要介護状態に応じた金額設定	無・有	
料金プラン	内訳	

※10	月額利用料	建物管理費	事業運営費	生活支援費	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	180,900円	22,000円	38,500円	33,000円	32,400円	—	55,000円	—
	220,900円	22,000円	38,500円	33,000円	32,400円	—	95,000円	—
算定根拠 ※11	建物管理費	共益費、光熱水費、建物保守に関する維持管理費						
	事業運営費	事務管理部門、厨房職員の人件費						
	介護費用 (生活支援費)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員、看護職員の人件費(介護保険適用外) ・要介護者5.9人に対して、週37.5時間換算で介護・看護職員1名以上配置するための費用として 						
	食費	食材費として(軽減税率8%:消費税別) ※当ホームにおける食費に係る消費税については、一日の食費の額が1,920円(税抜き)を超える場合は、軽減税率の対象となりません。当ホームでは、この軽減税率の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食・おやつ」の食費とします。						
	光熱水費	—						
	家賃相当額	<ul style="list-style-type: none"> ・目的施設を利用するための家賃相当額として前払金との併用方式をとっているため(プランⅠ・Ⅱの場合)、月払い家賃相当額の支払が必要です。当該月払い家賃相当額は、前払金の償却期間経過後の期間に定めなく支払いが必要です。なお、算定根拠は前払金に準じます。 						
その他	—							

- ・おむつ代、新聞代、理美容代、レクリエーションの材料費等、小旅行費、特別食、治療食の材料費、退去時のクリーニング費用
- ・医師の往診・医療費(医療保険制度で支給される以外の費用)
- ・介護保険給付についての利用者負担分等は、入居者が地域の介護サービス事業者に直接支払うこととなります。
- ・施設により提供するサービスについては「介護サービス等一覧表」、「有料サービス料金表」、「販売品価格表」をご参照ください。

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)
要介護1	円	円
要介護2	円	円
要介護3	円	円
要介護4	円	円
要介護5	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)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(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)	
看取り介護加算	(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

月額利用料に含まれない実費負担等
※12

介護保険に係る利用料 ※13 (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)	
	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	

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料支払方法 ・費用及び使用料の支払いについては、入居者宛に費用項目等の明細を付し毎月15日までに発送します。入居者等は、下記の方法により、指定日までに支払うこととします。尚、請求に於ける月額利用料は、翌月分の前払いとなります。 口座振替：「みずほファクター：トータルネット（代金回収サービス）」と取引のある金融機関での口座引落が可能です。事前のお申し込みが必要となります。引落日は20日（引落日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）です。尚、手続き上、引落日に間に合わない場合は、当社指定の銀行口座へお振込みください。							
	敷金	㊟ ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	310,900円							
年齢に応じた金額設定	㊟ ・ 有							
要介護状態に応じた金額設定	㊟ ・ 有							
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳						
		建物管理費	事業運営費	生活支援費	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	310,900円	22,000円	38,500円	33,000円	32,400円	—	185,000円	—
算定根拠 ※11	建物管理費	共益費、光熱水費、建物保守に関する維持管理費						
	事業運営費	事務管理部門、厨房職員の人件費						

	介護費用 (生活支援費)	・介護職員、看護職員の人件費(介護保険適用外) ・要介護者5.9人に対して、週37.5時間換算で介護・看護職員1名以上配置するための費用として																																		
	食費	食材費として(軽減税率8%:消費税別) ※当ホームにおける食費に係る消費税については、一日の食費の額が1,920円(税抜き)を超える場合は、軽減税率の対象となりません。当ホームでは、この軽減税率の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食・おやつ」の食費とします。																																		
	光熱水費	—																																		
	家賃相当額	・目的施設を利用するための家賃相当額として 建物の賃料、修繕費、管理事務費等を基礎として1室あたりの家賃相当額を算出																																		
	その他	—																																		
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<ul style="list-style-type: none"> ・おむつ代、新聞代、理美容代、レクリエーションの材料費等、小旅行費、特別食、治療食の材料費、退去時のクリーニング費用 ・医師の往診・医療費(医療保険制度で支給される以外の費用) ・介護保険給付についての利用者負担分等は、入居者が地域の介護サービス事業者に直接支払うこととなります。 ・施設により提供するサービスについては「介護サービス等一覧表」、「有料サービス料金表」、「販売品価格表」をご参照ください。 																																			
	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額 (割の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>		区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)	要介護1	円	円	要介護2	円	円	要介護3	円	円	要介護4	円	円	要介護5	円	円																
	区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)																																	
	要介護1	円	円																																	
	要介護2	円	円																																	
	要介護3	円	円																																	
	要介護4	円	円																																	
	要介護5	円	円																																	
	<p>各種加算の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th>(減算型・基準型)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>(無・有)</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td>(無・有)</td> <td>(Ⅰ) (Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3">(無・有)</td> <td>(Ⅰ)イ (Ⅰ)ロ (Ⅱ) (Ⅲ)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">(無・有)</td> <td>Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2">(無・有)</td> <td>Ⅰ 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	(無・有)	入居継続支援加算	(無・有)	生活機能向上連携加算	(無・有)	個別機能訓練加算	(無・有)	夜間看護体制加算	(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)	看取り介護加算	(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
	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	(無・有)																																		
	入居継続支援加算	(無・有)																																		
生活機能向上連携加算	(無・有)																																			
個別機能訓練加算	(無・有)																																			
夜間看護体制加算	(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)																																			
看取り介護加算	(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																														

介護保険に係る利用料 ※13 (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	

(4) 共通事項

改定ルール(勘案する要素及び改定手続等)	入居者及び契約者及び身元引受人に事前に通知し、運営懇談会又は、入居者等の意見を聴いた上で改定するものとします。
前払金の返還金の保全措置	西日本シティ銀行の連帯保証委託契約により 当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなった場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払い金未償却残高」が、入居契約者へ支払われる。契約に必要な拠出金は、当社が全て負担。
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="radio"/> 有の場合の保険名(東京海上日動火災保険株式会社 包括賠償責任保険)
消費税の対象外とする利用料等	・前払金、介護保険に関わる費用 ・家賃相当額
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がある)	<input checked="" type="radio"/> 無・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入す

る。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	現入居者の生活の安定を第一に運営していくとともに、従業員の継続雇用に努め、安定した健全な運営の維持に努めること。また、運営方針・サービスについては、利用者に十分説明し、適確に理解されるようにすること。
サービスの提供内容に関する特色	当施設で、提供するお食事は「温かいものは温かく」・「冷たいものは冷たく」お召し上がり頂くをコンセプトに、ご入居者の健康状況に応じた四季折々の食材を取り入れ、栄養バランスの取れたお料理を提供しています。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	事業運営費	フロントサービス、生活サービス
	食費	1日3食(朝・昼・夕)定食方式、おやつ、食堂内配膳
	その他	レクリエーション・クラブ活動、送迎車両の運行
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	—	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	<p>苦情処理マニュアルに従って、担当者に連絡し、誠実に対応すると共に経過を記録に残します。</p> <p>【施設】 施設担当者：施設長 046-755-1301</p> <p>【行政・第三者機関】 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 045-210-1111 茅ヶ崎市保健福祉部高齢福祉介護課 0467-82-1111</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）	<p>協力医療機関の医師との24時間コール体制を実施しており、協力医療機関の医師の指示を仰ぐ。家族には施設長から入居者名簿により順次入居契約書表題部標記の契約者又はその他の緊急連絡先に連絡を取り、状況説明を行います。</p> <p>事故発生時の治療への協力</p> <ul style="list-style-type: none"> 入居者の主治医又は協力医療機関の医師へ、連絡をとり、指示を仰ぎます。（指示により、救急車にての搬送か、施設内での職員対応かを決定します） 入居者のその際の心身状況を始め、医療機関が医療サービス提供に必要な情報の提供を行います。（情報の提供については、入居契約時に「個人情報提供同意書」により、同意を得ています）必要であれば、医師の指示に従い、看護職員又は介護職員による応急処置を行います。（但し、介護職員の看護・医療行為、看護職員の医療行為の提供は原則行いません） 		
事故発生の防止のための指針	無 ・ 有		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	<ul style="list-style-type: none"> 介護中に事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が生じ、事業者が入居契約第10条(賠償責任)に基づく賠償責任を負う場合は損害保険等の手配を行い誠実に対応します。 但し、天災などの不可抗力の場合、緊急処置が医療行為であった場合の事故、転倒等が自己の責任による事故等保険契約に基づき損害保険の対象外になることがあります。 <p>○東京海上日動火災保険株式会社 包括賠償責任保険</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基金制度への加入状況	協会への加入 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 有		
	入居者基金への加入 <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等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/>	実施日	通年
		結果の開示	有 <input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況	無		
	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 無
<input checked="" type="checkbox"/>			

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 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	入居居室で介護サービスを受けることができます。		
入を居住後に替居え室又は合施設	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	—	

	<p>従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）</p>	<p>【介護居室から他の介護居室への住み替えの場合】</p> <p>1 入居契約書第44条(居室の住み替え)に基づき、適切なサービスを提供する為、事業者が必要と判断した場合、居室の変更をしていただく事があります。この場合、協力医療機関の医師の意見を聴き、緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設け、入居者の意思を確認し、契約者又は身元引受人の意見を聴くとともに、入居者及び契約者は身元引受人(以下「入居者等」という)の同意を得るものとします。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。事業者は居室変更に伴う前払金に差額が生じた場合においても減額調整、追加費用の請求は行わないものとします。</p> <p>2 入居者の都合による場合、前払金の差額が生じた場合は、追加の費用をお支払いいただきます。減額調整は行いません。又、入居者等の故意又は過失により、原状回復が必要となった場合は、入居契約書第33条(明け渡し及び原状回復)に定めるとおりとします。</p>
	<p>提携ホームへ住み替える場合（同上）</p>	<p>—</p>

6 医療

<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>医療法人社団 南星会 湘南なぎさ診療所</p>
	<p>診療科目</p>	<p>内科、外科、放射線科、循環器内科、皮膚科、整形外科、眼科、精神科</p>
	<p>所在地</p>	<p>神奈川県藤沢市南藤沢15-15 Well BE 1番館4F</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>距離：4.6km 所要時間：20分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>訪問診療、入院、入院先の紹介</p>
	<p>名称</p>	<p>医療法人社団 千優会 藤沢在宅クリニック</p>
	<p>診療科目</p>	<p>内科、精神科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科</p>
	<p>所在地</p>	<p>神奈川県藤沢市南藤沢17-16 秋山ビルⅡ 201号室</p>
	<p>距離及び所要時間</p>	<p>距離：4.8km 所要時間：12分</p>
	<p>協力内容</p>	<p>訪問診療、通院先の紹介、入院先の紹介</p>
	<p>名称</p>	<p>医療法人社団 康心会 湘南東部総合病院</p>
	<p>診療科目</p>	<p>総合診療科・内科、循環器科、血液・腫瘍内科、腎臓・透析外来、神経内科、呼吸器内科、生活習慣病外来、がん治療センター、消化器センター、肝臓病センター、外科、乳腺センター、心臓血管外科、形成外科、皮膚科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、小児科、産婦人科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、放射線科、精神科、救急センター、病理診断科、麻酔科</p>
<p>所在地</p>	<p>神奈川県茅ヶ崎市西久保500番地</p>	

	距離及び所要時間	距離：4.2km 所要時間：17分
	協力内容	診療、緊急診療
	名称	特定医療法人社団 若林会 湘南中央病院
	診療科目	内科、呼吸器内科、外科、呼吸器外科、心療内科、泌尿器科、緩和ケア内科、消化器内科、腎臓内科(人工透析)、整形外科、肛門外科、神経内科、リハビリテーション科、放射線科、循環器内科、消化器外科、皮膚科、精神科、リウマチ科
	所在地	神奈川県藤沢市羽鳥3-1-43
	距離及び所要時間	距離：1.6km 所要時間：8分
	協力内容	診察、入院
	名称	湘南第一病院
	診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、整形外科、皮膚科、麻酔科
	所在地	神奈川県藤沢市湘南台1-19-7
	距離及び所要時間	距離：6.0km 所要時間：21分
	協力内容	緊急対応、
	名称	医療法人 徳州会 茅ヶ崎徳州会病院
	診療科目	内科、外科、消化器、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（ペインクリニック）
	所在地	神奈川県茅ヶ崎市幸町14-1
距離及び所要時間	距離：3.0km 所要時間：10分（車使用）	
協力内容	入居者に対する診察、入院	
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団 水永会 eモール歯科
	所在地	神奈川県横浜市瀬谷区二ツ橋町309-1 eモール2F
	距離及び所要時間	距離：14.0km 所要時間：45分
	協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア
入居者が医療を要する場合の対応（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）	【通院】	<ul style="list-style-type: none"> 週1回の協力医療機関への通院同行は9:00～18:00の時間内で、看護職員・介護職員以外の職員の同行に限り、月額料金に含みます。 医療費は入居者自己負担になります。 ※施設の出発又は施設への到着が、9:00～18:00以外の時間の場合別途料金が発生します。
	【入院】	医師の判断を基本として、入居者と契約者並びに身元引受人とお話いただき、協力医療機関・提携医療機関又は希望する病院に入院となります。
	【入院中の費用負担】	

	<p>入院期間中は、月額利用料(建物管理費・事業運営費・家賃相当額・生活支援費)をお支払頂きます。但し、食費については日割にてお支払頂きます。</p> <p>【その他】</p> <p>入院に係る費用は入居者の負担になります。</p> <p>入院中も居室利用権は存続します。</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	65人(定員 65人)			
入居者の状況	男性	14人	女性 51人	
	自立	0人		
	要介護	65人	(内訳)	要介護1 12人
			要介護2 15人	
			要介護3 15人	
要介護4 16人				
要支援	0人	(内訳)	要支援1 0人	
		要支援2 0人		
平均年齢	88.0歳(男性 85.1歳、女性 88.8歳)			
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	<p>【開催回数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回(概ね6ヶ月に1回) <p>【設置者の役職員を除く参加者数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長、各部門長、入居者、身元引受人、連帯保証人 <p>【主な課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設の運営状況及び事業計画 2. 建物管理費、事業運営費、食費、家賃相当額、及び入居者の希望により提供されているサービス等の費用並びに利用料の改定について 3. 入居契約書、管理規程、会則等の諸規定の改定について 4. その他特に必要と認められた事項について 			

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の内訳	管理者	1()	/		
	生活相談員	0()			
	直接処遇職員	52(40)		2	
	介護職員	24(13)		2	
	看護職員	27(27)			
	機能訓練指導員	2(2)			
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	2(2)			言語聴覚士・柔道整復
	計画作成担当者	()			
	医師	()			
栄養士	()				

	調理員	9(8)				
	事務職員	1()				
	その他職員	()				
	合計	64(50)				

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

注3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

注4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務				① あり 2 なし							
		兼務に係る資格等		① あり									
				資格等の名称		介護福祉士							
		2 なし											
		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													
業務に 応じた に従事 した 職員の 経験 年数	1年未満	0	0	0	3	0	0	0	—	—	—		
	1年以上 3年未満	0	3	0	3	0	0	0	—	—	—		
	3年以上 5年未満	0	7	4	3	0	0	1	—	—	—		
	5年以上 10年未満	0	12	6	3	0	0	1	—	—	—		
	10年以上	0	5	1	1	0	0	0	—	—	—		
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし								

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数			
要介護者の人数			

指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16			
配置している直接処遇職員の人数 ※17			
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	:	:	:
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 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 9:30 ~ 18:00 遅番 11:00 ~ 19:30 夜勤 16:45 ~ 翌 9:45	
	看護職員	早番 : ~ : 日勤 9:30 ~ 18:00 遅番 : ~ :	

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	人 (2人)
介護福祉士	5人 (6人)	介護職員初任者研修修了者	6人 (5人)
介護支援専門員	人 (人)	資格なし	4人 (人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	概ね60歳以上の方 常時医療行為を必要としない方 要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について、入居者と連携して履行の責を負います。また、必要な時には、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	⊕ ・ 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>【解除の事由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡した時 ・事業者から契約解除した時 ・入居者等から解約した時 <p>【手続】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者からの契約解除の場合：契約解除の通告について90日の予告期間をおく。なお、改善が図れない場合、予告期間終了日を以って、契約終了日とする。 ・入居者等からの契約解約の場合：事業者の定める解約届を提出 ・入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ介護方法では防止困難な場合：

		① 医師の意見を聴く ② 在宅サービス事業者の意見を聴く ③ 一定の観察期間をおく 【予告期間】 ・事業者からの契約解除：90日の予告期間 ・入居者等からの契約解約：30日の予告期間 【短期解約特例】 ・事業者は、老人福祉法第29条第8項及び施行規則第21条第1項第1号の定めに従い、本契約第43条に短期解約特例を定め、入居者の入居後3ヶ月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により契約が終了する場合に対応します。 【前払金の返還時期】 ・退去日(居室明渡し日)の翌日から起算して3ヶ月以内に返還します。	
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	2人
		医療機関	4人
		死亡者	11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	(解約事由の例) ・退院が困難な為	7人
体験入居の期間及び 費用負担等		6泊7日 1泊(3食付)13,200円	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	① 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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 _____

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	提供方法（回数等）	金額（単価）			
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	有・無	要望別に適宜	【介護サービス】 30分単位 (7:00～19:30) ※割増 6:00～ 9:30 (25%) 18:00～22:00 (25%) 22:00～ 6:00 (50%)	1,650円	有・無	要望別に適宜	【介護サービス】 30分単位 (7:00～19:30) ※割増 6:00～ 9:30 (25%) 18:00～22:00 (25%) 22:00～ 6:00 (50%)	1,650円	有・無	要望別に適宜	【介護サービス】 30分単位 (7:00～19:30) ※割増 6:00～ 9:30 (25%) 18:00～22:00 (25%) 22:00～ 6:00 (50%)	1,650円
・昼間 9:30～18:00	有・無	概ね2時間ごと			有・無	概ね2時間ごと			有・無	概ね2時間ごと		
・夜間 18:00～ 9:30	有・無				有・無				有・無			
②食事介助	有・無			2,062円	有・無			2,062円	有・無			2,062円
③排泄	有・無			2,062円	有・無			2,062円	有・無			2,062円
・排泄介助	有・無			2,475円	有・無			2,475円	有・無			2,475円
・おむつ交換	有・無				有・無				有・無			
・おむつ代	有・無				有・無				有・無			
④入浴等	有・無			3,390円～	有・無			3,390円～	有・無			3,390円～
・清拭	有・無			1,890円～	有・無			1,890円～	有・無			1,890円～
・一般浴介助	有・無			1,400円	有・無			1,400円	有・無			1,400円
・特浴介助	有・無			980円～	有・無			980円～	有・無			980円～
⑤身辺介助	有・無			110円	有・無			110円	有・無			110円
・体位交換	有・無				有・無				有・無			
・居室からの移動	有・無				有・無				有・無			
・衣類の着脱	有・無				有・無				有・無			
・身だしなみ介助	有・無				有・無				有・無			
⑥機能訓練	有・無			2,200円	有・無			2,200円	有・無			2,200円
⑦通院の介助	有・無	協力医療機関 週1回	個別機能訓練20分/1回	1,100～1,650円 1,650～3,300円 都度見積	有・無	協力医療機関 週1回	個別機能訓練20分/1回	1,100～1,650円 1,650～3,300円 都度見積	有・無	協力医療機関 週1回	個別機能訓練20分/1回	1,100～1,650円 1,650～3,300円 都度見積
⑧緊急時対応	有・無				有・無				有・無			
・ナースコール	有・無	24時間対応			有・無	24時間対応			有・無	24時間対応		
2. 生活サービス												
①家事	有・無				有・無				有・無			
・清掃	有・無	週1回	左記を超えた場合1回	990円	有・無	週1回	左記を超えた場合1回	990円	有・無	週1回	左記を超えた場合1回	990円
・洗濯	有・無	週1回	左記を超えた場合1回	308円	有・無	週1回	左記を超えた場合1回	308円	有・無	週1回	左記を超えた場合1回	308円
②居室配膳・下膳	有・無	必要時対応			有・無	必要時対応			有・無	必要時対応		
③理美容	有・無		訪問理美容 月1回	実費負担	有・無		訪問理美容 月1回	実費負担	有・無		訪問理美容 月1回	実費負担
④代行	有・無				有・無				有・無			
・買物	有・無	通常区域週1回	左記を超えた場合1回	1,650円	有・無	通常区域週1回	左記を超えた場合1回	1,650円	有・無	通常区域週1回	左記を超えた場合1回	1,650円
・役所手続	有・無	月1回	左記を超えた場合1回	1,650円	有・無	月1回	左記を超えた場合1回	1,650円	有・無	月1回	左記を超えた場合1回	1,650円
3. 健康管理サービス												
・健康診断	有・無		年2回指定日で希望時	実費負担	有・無		年2回指定日で希望時	実費負担	有・無		年2回指定日で希望時	実費負担
・健康相談	有・無	随時			有・無	随時			有・無	随時		
・生活指導	有・無	随時			有・無	随時			有・無	随時		
・医師の往診	有・無	連絡等	医療機関の請求による	実費負担	有・無	連絡等	医療機関の請求による	実費負担	有・無	連絡等	医療機関の請求による	実費負担
4. 入退院時、入院中のサービス												
・医療費	有・無		医療機関の請求による	実費負担	有・無		医療機関の請求による	実費負担	有・無		医療機関の請求による	実費負担
・移送サービス	有・無		左記以外の場合 送迎30分単位 付添60分単位 往復100km超の場合	1,100～1,650円 1,650～3,300円 都度見積	有・無		左記以外の場合 送迎30分単位 付添60分単位 往復100km超の場合	1,100～1,650円 1,650～3,300円 都度見積	有・無		左記以外の場合 送迎30分単位 付添60分単位 往復100km超の場合	1,100～1,650円 1,650～3,300円 都度見積
5. その他サービス												
有料サービス料金表参照	有・無				有・無				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。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)な <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くでない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くでない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			訪問介護事業所との共用
9	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	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
15	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)
例(夜間対応職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。