

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	ファミリー・ホスピス株式会社
代表者名	代表取締役 本田 凜太郎
所在地	東京都千代田区丸の内3丁目3番1号
電話番号／FAX番号	03-6368-4160／ 03-6368-4161
ホームページアドレス	http://kairos-company.com/
設立年月日	平成23年 12月 5日
直近の事業収支決算額※	(収益) 2,789 百万円 (費用) 2,704 百万円 (損益) 84 百万円
会計監査人との契約	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (太陽有限責任監査法人)
他の主な事業	介護保険指定事業 (訪問介護、訪問看護、地域密着サービス事業)

※ 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	ファミリー・ホスピス茅ヶ崎ハウス	
所在地	神奈川県茅ヶ崎市室田3丁目2-70	
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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	令和2年 3月 1日	
管理者氏名	神長 愛	
電話番号／FAX番号	TEL0467-40-4813／FAX0467-40-4821	
メールアドレス	chigasaki_h@family-hospice.com	
交通の便	神奈川中央交通バス、茅ヶ崎高校前バス停 徒歩5分	
ホームページアドレス	http://family-hospice.com/	

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 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) 2020年2月1日～2050年2月28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"/> 建物の構造 鉄筋造 地下 階 地上3階建(<input checked="" type="checkbox"/> 耐火・準耐火・その他) 延床面積 367.21m ² (うち有料老人ホーム 367.21m ²) 建築年月日 令和元年 12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 室 定員 人(一時介護室を除く) 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	12	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.20m ²	12
	Bタイプ	6	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	26.40m ²	6
	Cタイプ	6	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	26.40m ²	6
	Dタイプ		無・有	無・有	m ²	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2.3階・ 181.15m ²)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3階・ 4.0 m ²)			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 6.96 m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 20.45 m ²)			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2.3階・ 12.52 m ²)			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ m ²)			
	医務室(健康管理室)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²)			
	談話室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 6.38 m ²)			

	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階 ・ 6.38 m ²)	
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階 ・ 20.04 m ²)	
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2 階 ・ 2.0 m ²)	
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2.3 階 ・ 1.37 m ²)	
	看護・介護職員室	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ m ²)	
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2.3 階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂と兼用)	
	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	(1.8 m ～ 2.4m)	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無		
	<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		訪問介護事業所 1472403052 訪問看護事業所 1462490175	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式		前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 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	リネン費
A タイプ	187,420 円	70,000	86,000	0	25,920	0	5,500
B タイプ	282,420 円	140,000	111,000	0	25,920	0	5,500
C タイプ	292,420 円	150,000	111,000	0	25,920	0	5,500
D タイプ							

月 額 利 用 料 の 算 定 根 拠	家賃	近隣家賃相場(1 m ² 当たり平均円)を勘案し共有スペースを含めて一人あたりの家賃を算出	
	管理費	共用施設の維持管理費、運営・管理に関わる住宅サービス提供者、管理部門の人員費を勘案して算出	
	介護費用	—	
	食費	食材費1食あたり288円(税込)で1日単価とする 食数を月末に集計し、翌月請求 3日前の17時までに欠食の申出があった場合は費用をいたしません。	
	光熱水費	管理費に含まれる	
	リネン費	リネン一式レンタル代金、週1回のリネン交換のための人員費	
前払金		円	
算定根拠			
償却開始日			
返還対象としない額			
契約終了時の返還金の算定方法			
短期解約の返還金の算定方式			
返還期限			
保全措置		無 ・ 有	保全措置の内容 ()
			無の場合の理由 ()
その他留意事項			
月額利用料に含まれない実費負担等		<p>・入居時のみ必要経費としてファミリー・ホスピスらいふプラン作成費220,000円(税込)。 内容：入居時の健康診断(協力医療機関にて希望を伺い実施)、及びエンドオブライフケアにおけるライフプランの作成費用として算出。</p> <p>・「ファミリー・ホスピスらいふプラン」とは、本人と家族が医療者や介護提供者などと一緒に「自分らしい日常生活の過ごし方」ができるようにケア内容を話し合って実践していくためのプランです。本人、家族の価値観が反映される個別性が高いものです。</p> <p>このプランを実現するためのサービス事業者との契約は本人と事業者との契約となり、外部サービス事業者を利用する場合の紹介はいたしますが、仲介手数料はいたしません。ご希望により、当事業所をご利用時する際はサービス一覧表に記載する料金をいただきます。</p> <p>・その他介護保険・医療保険の自己負担費、理美容、紙おむつ、介護サービス一覧表に記載するサービス、または実費が発生するサービス費</p>	

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	月額利用料その他は毎月 27 日の請求による。
支払方法	原則、口座引き落としとなります。
その他留意事項	家賃、管理費、リネン費は前払い 食費、サービス費用一覧のサービスを利用した場合は後払いとなります。

(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27条による ）
	手続き（ 入居契約書第28条による ）
	解約予告期間（ 90日）
入居者からの解約予告期間	30日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する。		
	手続き方法	神奈川県に事前相談を行い、運営懇談会等で意見を聴き、入居者及び身元引受人の同意を得る。		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	<div><div>1</div>減額なし</div> <div><div>2</div>日割り計算で減額</div> <div><div>3</div>不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</div>			
消費税の対象外とする利用料等	家賃（その他税法上の規定による）			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 有	期間	3泊4日まで	
		費用	1泊当たり33,000円（税込）（室代、食料金3食含む） 体調により受診をお願いすることがあります。	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者個人の個性を尊重し、お一人お一人のプランに沿ったよりよいサービスを提供できるよう、教育、環境、体制を整え、職員が一体的となりサービスに取り組み、常に職員の意識と技術の高揚を図り、地域社会に貢献できるように努めます。
サービスの提供内容の特色	口から食べることができる。自分でトイレに行くことができる。お風呂に入ることができる。という日々を大切に自己決定を尊重しサポートします。本人の望まない介護や看護は行なうことがないように支援いたします。
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	共用施設の維持管理、相談・取次等、食事の配膳・下膳		
	食費	3食の調理、食材費		
	その他	週1回のリネン交換		
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	委託先（ ）		
		委託内容（ ）		
安否確認の方法・頻度等	日中：自立・要支援者は体調不良時、要介護者は4時間おき 夜間：自立・要支援者は体調を考慮し1回程度、要介護者は5時間おき			
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（ 賠償責任保険 損保ジャパン 日本興亜株式会社 ）		

※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。
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 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
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	湘南中央クリニック
	診療科目	茅ヶ崎市松林 1-16-52
	所在地	内科、精神科
	距離及び所要時間	1.2 km 車で2分、徒歩10分
	協力内容	健康診断、健康に関する相談・指導
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南食サポート歯科
	所在地	藤沢市本藤沢 1-10-14
	距離及び所要時間	7 km 車で20分
	協力内容	嚥下機能、口腔ケアについての相談と職員研修

入居者が医療を要する場合の対応※	<p>基本的には在宅診療にて対応して頂き医師と利用者との契約にて診療行為を履行いたします。施設は事前の相談取次ぎを致します。</p> <p>入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、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。 ・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、施設の都合で居室を使用することはありません。
------------------	--

※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 (20時～翌7時) (最少人数)	備 考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員				
	介護職員		4	1名	
	看護職員				
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員	1	2		
	事務職員	1			
	その他職員				
合 計		3	4		

(2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務						<div><input type="checkbox"/> 無</div> ・ <div><input type="checkbox"/> 有</div>					
		資格等		1 無									
				<div><input type="checkbox"/> 有</div>									
				資格等の名称				看護師					
		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													
事業年度に経歴あり	1年未満												
	1年以上3年未満												

	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					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	人	介護職員実務者研修修了者	人
介護福祉士	人	介護職員初任者研修修了者	人
介護支援専門員	人	資格なし	人

6 入居状況等

(令和 3年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	23 人（定員 24人）			
入居者の状況	男 性 人、女 性 人			
	自 立 人			
	要支援 人	(内訳)	要支援 1 人	
			要支援 2 人	
	要介護 人	(内訳)	要介護 1 人	
		要介護 2 人		
		要介護 3 人		
		要介護 4 人		
		要介護 5 人		
平均年齢	歳（男性 歳、女性 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	人
		医療機関	人
		死亡者	66人
		その他	人
	生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)	
		入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)	

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）	・ファミリー・ホスピス株式会社 担当：事業部 Tel03-6368-4160 ・ファミリー・ホスピス茅ヶ崎ハウス 担当：管理者 Tel0467-40-4813 ・茅ヶ崎市高齢福祉介護課 Tel0467-82-1111 ・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 当事者間での解決がつかない場合は、次の行政機関に相談可能です。 また入居契約書第4 1 条に従って管轄地方裁判所に提訴することができます。 ※第3者機関 神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 保健・居住施設グループ TEL：045-210-1111（代表）		
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）	事故発生時または入居者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、事故対応マニュアルに基づいて速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、入居者が予め指定する連絡先にも連絡し説明を行います。また、事故についての検証、今後の防止策も講じます。		
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可		
身元引受人の条件及び義務等	1 入居者は、身元引受人及び返還金受取人をあらかじめ定めるものとします。 2 前項身元引受人及び返還金受取人は、本契約に基づく入居者の施設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うとともに、施設事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 3 必要な時は入居者の身柄を引き取ります。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会 及び同協会の入居者生活保証制度への 加入状況	協会への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	
利用者アンケート調査、意見箱等利用 者の意見等を把握する取組の状況	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	入居後、一定期間で実施
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有
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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（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（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（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・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

別添 1

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	体調不良時のみ対応	—		体調不良時のみ対応	—		4時間おき（体調を考慮）	—	
・夜間 17時～9時	有	体調を考慮し、1回程度	—		1回程度（体調を考慮）	—		5時間おき（体調を考慮）	—	
②食事介助	有	体調不良時のみ対応	1回につき	2,000円/回	必要時対応	1回につき	2,200円/回		1回につき	2,200円/回
③排泄										
・排泄介助	有	—	1回につき	2,000円/回	必要時対応	1回につき	2,200円/回		1回につき	2,200円/回
・おむつ交換	有	—	1回につき	2,000円/回	必要時対応	1回につき	2,200円/回		1回につき	2,200円/回
・おむつ代	有	—	1回につき	実費	—	1回につき	実費		1回につき	実費
④入浴等										
・清拭	有	—	1回につき	2,000円/回	—	1回につき	2,200円/回		1回につき	2,200円/回
・一般浴介助	有	—	1回につき	4,000円/回	—	1回につき	4,400円/回		1回につき	4,400円/回
・特浴介助	有	—	1回につき	4,000円/回	—	1回につき	4,400円/回		1回につき	4,400円/回
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	1回につき	1,000円/回	—	1回につき	1,100円/回		1回につき	1,100円/回
・居室からの移動	有	—	1回につき	1,000円/回	—	1回につき	1,100円/回		1回につき	1,100円/回
・衣類の着脱	有	—	1回につき	1,000円/回	—	1回につき	1,100円/回		1回につき	1,100円/回
・身だしなみ介助	有	—	1回につき	1,000円/回	—	1回につき	1,100円/回		1回につき	1,100円/回
⑥機能訓練	無				—					
⑦通院の介助	有		希望時	3,000円/時間		希望時	3,300円/時間		希望時	3,300円/時間
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有	必要時対応	—			—			—	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	—	希望時	1,500円/回		希望時	1,6500円/回		希望時	1,650円/回
・洗濯	有	—	外注あり	実費		外注あり	実費		外注あり	実費
②居室配膳・下膳	有	体調不良時対応								
③理美容	有	—	訪問理美容師個別依頼	実費		訪問理美容師個別依頼	実費		訪問理美容師個別依頼	実費
④代行										
・買物	有	—	希望時	1,000円/30分		希望時	1,100円/30分		希望時	1,100円/30分
・役所手続	無									
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	—	年1回機会を設ける	実費		年1回機会を設ける	実費		年1回機会を設ける	実費
・健康相談	有	適宜対応								
・生活指導	有	適宜対応								
・医師の往診	有	—	個別契約による	医療保険適用		個別契約による	医療保険適用		個別契約による	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	無	—	—	医療保険適用		—	医療保険適用		—	医療保険適用
・移送サービス	無	—	—			—			—	
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	—	月1回程度	実費		月1回程度	実費		月1回程度	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)	非該当	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			
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。