

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	有限会社 湘南ふれあいの園
代表者名	取締役 大屋敷 幸志
所在地	神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3
電話番号/FAX番号	0467-86-6534/0467-87-5119
ホームページアドレス	http://www.fureai-g.or.jp/
設立年月日	昭和60年12月9日
直近の事業収支決算額※	(収益)3,527,427千円 (費用)3,429,172千円 (損益)98,254千円
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 (訪問介護)

2 施設概要

施設名	湘南ふれあいの園 平塚	
所在地	神奈川県平塚市袖ヶ浜1-12	
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 (65歳以上の方)
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1472001534 指定年月日 平成19年2月1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 (夫婦居室付) 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19年2月1日	
管理者氏名	堀口 国広	
電話番号/FAX番号	0463-20-5501/0463-20-5503	
メールアドレス	sono-hiratsuka@fureai-g.or.jp	
交通の便	JR東海道線 平塚駅 徒歩10分	
ホームページアドレス	http://www.fureai-g.or.jp/sono/hiratsuka/	
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 7987.77 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) 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 建物の構造 鉄骨・鉄筋コンクリート造 地下1階 地上8階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 4943.29㎡ (有料老人ホーム分) 建築年月日 平成19年1月21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					
(内訳)	居室総数 77室 定員 80人(一時介護室を除く)					
	<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
	A1タイプ	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	21.11㎡	33室
	A2タイプ	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	22.05㎡	5室
	B1タイプ	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	21.11㎡	13室
	B2タイプ	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	22.05㎡	3室
	C1タイプ	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	21.11㎡	18室
	C2タイプ	1名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	22.05㎡	2室
	夫婦1タイプ	2名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	42.11㎡	2室
	夫婦2タイプ	2名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	43.16㎡	1室
一時介護室	2名	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	21.11㎡	2室	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6・7階・ 70.78㎡) (8階・ 121.52㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (7階2箇所・ 12.30㎡) (8階・ 35.01㎡) ※居室40室に設置			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・ 35.01㎡)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・ 35.01㎡) ※リフト浴と同室			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 3.31㎡) (6階・7階・8階・ 5.43㎡)			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・7階・8階)			
	医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・ 9.79㎡)			
	談話室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・ 各29.98㎡)			
	面談室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (7階・8階・ 13.57㎡)			
	事務室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 11.85㎡)			
	洗濯室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6・7・8階・ 3.09㎡)			
	汚物処理室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・7階・8階・ 10.33㎡)			
	看護・介護職員室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (6階・7階・8階・ 15.16㎡)			
	機能訓練室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (7階・ 29.98㎡) 他の共用施設との兼用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()			
	健康・生きがい施設		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (8階・ 36.88㎡)			
	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 2基)			
居室のある区域の廊下幅		(2.6 m ~ 1.9 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	—	

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) ※タイプ別/上段：前払い方式・下段：月払い方式				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
A1 タイプ	212,115	0	151,905	0	60,210	0
	337,115	125,000	151,905	0	60,210	0
A2 タイプ	217,353	0	157,143	0	60,210	0
	367,353	150,000	157,143	0	60,210	0
B1 タイプ	217,353	0	157,143	0	60,210	0
	379,853	162,500	157,143	0	60,210	0
B2 タイプ	227,829	0	167,619	0	60,210	0
	415,329	187,500	167,619	0	60,210	0
C1 タイプ	227,829	0	167,619	0	60,210	0
	402,829	175,000	167,619	0	60,210	0
C2 タイプ	227,829	0	167,619	0	60,210	0
	427,829	200,000	167,619	0	60,210	0
夫婦1 タイプ	302,210	0	242,000	0	60,210	0
	639,710	337,500	242,000	0	60,210	0
夫婦2 タイプ	306,401	0	246,191	0	60,210	0
	668,901	362,500	246,191	0	60,210	0
夫婦1 タイプ (2名利用)	417,420	0	297,000	0	120,420	0
	792,420	375,000	297,000	0	120,420	0
夫婦2 タイプ (2名利用)	421,611	0	301,191	0	120,420	0
	821,611	400,000	301,191	0	120,420	0
月額利用料の算定根拠	家賃	(前払い方式) 前払金として受領している為、月払いの家賃相当額の支払いは不要 (月払い方式) 近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出				
	管理費	事務管理部門の人員費・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員費・事務費・共用施設等の維持管理費				
	介護費用	—				
	食費	食費 60,210 円 食費には厨房運営費 32,550 円 (一部軽減税率適用) を含みます。 ※厨房運営費は召し上がった分に関わらず、お支払いいただきます。 食事は、朝食 222 円 (軽減税率適用)、昼食 297 円 (軽減税率適用)、夕食 403 円となります。 ※欠食の場合は3日前までにお申し出ください。				
光熱水費	管理費に含む					

前払金	(前払い方式) 10,000,000円～29,000,000円 ※2人入居の場合 加算額3,000,000円を追加(夫婦1・2タイプ) (月払い方式) 0円	
算定根拠	前払金は、想定居住期間内における家賃相当額です。 借家賃料、修繕費、管理事務費等を含む当該施設の開発等に関わる総費用で、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出 「家賃相当額×60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25%)」により設定。 【1人入居の場合】 (前払金 10,000,000円の場合) 125,000円×60月+2,500,000円 【2人入居の場合】 (前払金 27,000,000円+3,000,000円の場合) 375,000円×60月+7,500,000円	
償却開始日	入居日の翌日	
返還対象としない額	2,500,000～8,000,000円(前払金の25%)	
契約終了時の返還金の算定方法	【1人入居で契約が終了した場合】 前払い金×75%÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了までの日数=返還金 【2人入居で一方の契約が終了した場合】 前払い金の加算額を対象に、上記の計算式で返還金を算出 【前払い金の償却期間を超える場合】 返還金はありません。引き続き月払い利用料をお支払いください。 ※償却期間の日数=1,825日(60ヶ月) ※算出された返還金は端数を切上げとする ※返還金は、契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還	
短期解約の返還金の算定方式	【3月以内の契約解除(短期解約特例)時に係る算定方式】 1日あたり=(前払金-非返還対象額の額)÷償却期間月数÷30 返還金=前払金(非返還対象分含む) -1日あたりの利用料×入居実日数 ※算出された1日あたりの金額は端数を切り捨てとする。	
返還期限	返還金は、契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還	
保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容 ((公社) 全国有料老人ホーム協会の 入居者生活保証制度に加入) 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	月額利用料その他は、毎月18日請求による
支払方法	口座振替(自動引き落とし)
その他留意事項	※月額利用料に含まれない実費負担等 おむつ代、業者クリーニング、理美容、医療費、新聞・雑誌等の購読料、レクリエーションの材料費・その他個人的な資質のもの ※自立又は要支援要介護認定を受けていない方は、生活サポート費として月額22,000円/人をお支払いいただきます。(用途: 要介護認定非該当の入居者に対する一時的な介護のための職員を配置するための費用。)

(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)
	手続き (入居契約書 第29条)
	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権費等に変動があった場合に変更する。	
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴き改定するものとします。	
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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 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	家賃相当額、介護保険に係る利用料、おむつ代 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。		
体験入居の取扱い	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	期間	6泊7日を上限とする。
		費用	1泊2日 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	<p>お元気な方も介護を必要とされる方も独立心を損なうことなく、自立した生活ができるよう生活支援や介護サービスを通してサポートしていきます。24時間365日健康でも安心してお過ごしいただけるよう、グループ医療機関との密接な連携を更に強化していきます。</p> <p>入居者の皆様が自分らしい生活をおくることができるよう、スタッフや他の入居者との交流の場を設けながら、一つのコミュニティとして、また、安心できる「住まい」として、皆様に満足頂ける環境づくりを目指しています。</p>		
サービスの提供内容の特色	<p>入浴サービスも週3回を基本とし、2日に1回の入浴ができるようスタッフ体制を確保しています。(特浴を除く) 外出のレクリエーションを多く取り入れ、社会参加や地域の交流に力を入れています。毎月医療機関への情報提供や主治医との情報共有を図りながら、24時間安心できる健康管理に努めています。作業療法士による個別機能訓練サービスを提供し、機能維持、機能回復に努めています。</p>		
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	【生活サービス】 リネン交換、居室清掃、その他入居者の生活上、必要とされるサービス 【健康管理】 生活相談、移送サービス（関連施設のみ） 【フロントサービス】 クリーニング取次、宅配便・郵便物の取次等 ※その他、別添介護サービス等の一覧表参照のこと
	食費	1日3食 食堂内配膳または居室配膳、特別食の提供
	その他	—
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先 調理：株式会社シバフードサービス 清掃：株式会社清光社
		委託内容 調理：食事の調理及び提供 清掃：居室・共有部の清掃
安否確認の方法・頻度等	各居室及び共有部(浴室・共用トイレ)に緊急通報装置を設置し適宜巡回（介護サービス等の一覧表を参照）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（損害保険ジャパン株式会社 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	入居している居室にて介護いたします。但し、心身の状況により居室を移動する場合があります。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一時介護室へ移る場合 急激な体調の変化等、一時的な常時見守りが必要になった場合や退院後の一定期間等、介護上の必要がある場合は医師の意見を聞き、本人の意思を確認するとともに、身元引受人の意見を聞いた上で、一時介護室で介護する場合があります。この場合、追加費用はなく居室の利用権は存続します。 ・別の居室に住み替える場合 適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上、入居者及び身元引受人の同意の上で居室（個室）の変更をして頂くことがあります。尚、当初契約した居室の利用権は消滅し、新たに移動先の居室に利用権を設定いたします。この場合、追加費用及び前払い金の返還はありません

(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	ふれあい平塚ホスピタル
	診療科目	内科、外科、呼吸器科、消化器科、循環器科、整形外科、脳神経外科、人工透析室、リハビリテーション科
	所在地	平塚市袖ヶ浜 1-12
	距離及び所要時間	0m
	協力内容	通常の外来診療、緊急時の内科医往診、入院、健康診断、看護指導、夜間救急対応等
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	茅ヶ崎新北稜病院
	所在地	茅ヶ崎行谷 583-1
	距離及び所要時間	約 8 km、車で 20 分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>通院・協力医療機関への通院同行は、月額利用料及び介護保険に係る利用料に含みます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療に係る費用は入居者の負担となります。 <p>入院・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話を頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中は、月額利用料のうち月払いの家賃相当額、管理費及び厨房運営費をお支払ください。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、月額利用料及び介護保険に係る利用料に含みます。 ・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 (17:45～翌9:45) (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			
	介護職員	11	12	2	
	看護職員	3			
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士	1			
	その他				
	計画作成担当者	1	1		
	栄養士	1			委託
	調理員	3	7		委託
	事務職員		2		
	その他職員				
合 計	22	22	2		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ 有								
	資格等	1 無									
		2 有									
		資格等の名称									
	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		2		1	5						
前年度1年間の退職者数		1		1	3						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			1	4						
	1年以上 3年未満			1	0						
	3年以上 5年未満			3	3						
	5年以上 10年未満			3	4	1				1	
	10年以上	3		3	1			1		1	
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	一人	介護職員実務者研修修了者	一人
介護福祉士	12人	介護職員初任者研修修了者	9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	72人(定員80人)			
入居者の状況	男性	12人	女性	60人
	自立	2人		
	要支援	17人	(内訳)	要支援1 8人 要支援2 9人
	要介護	53人	(内訳)	要介護1 19人 要介護2 10人 要介護3 9人 要介護4 9人 要介護5 6人
	平均年齢	88.1歳(男性86.8歳、女性86.8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	2人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	1人	
		死亡者	8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	4人	
		(解約事由の例) 療養型病棟への転院 特別養護老人ホームへの転居		

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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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）	施設 担当者一堀口 国広 Tel 0463-20-5501 第三者機関、行政等 ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会介護保険課介護苦情相談係 Tel 045-329-3447 ・ 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） ・ 平塚保健福祉事務所 Tel 0463-32-0130（代表） ・ 平塚市福祉部介護保険課 Tel 0463-23-1111（代表） ・ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 Tel 03-3548-1077（平日 月・水・金 10：00～17：00）	
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、応急処置、協力医療機関への搬入もしくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、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 checked="" type="checkbox"/> 可
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、入居者の生活維持のため、必要に応じて事業者と協議します。また、必要なときには、入居者の遺留金品及び身柄を引き取ります。連帯保証人を兼ねる場合は、事業者との合意により入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の金銭債務を履行する責任を負うものとします。また、負担については、極度額を限度とします。	
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"/>
	入居者基金への加入	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>

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	実施日	令和元年3月8日
		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	<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 利用者署名 _____

代理人署名 _____

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	
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 8時30分～17時30分	有	希望により対応	—		定時巡回5回※必要時適宜	—		定時巡回5回※必要時適宜	—	
・夜間 17時30分～8時30分	有	希望により対応	—		定時巡回5回※必要時適宜	—		定時巡回5回※必要時適宜	—	
②食事介助										
	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
③排泄										
・排泄介助	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ交換	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ代	有	—	枚数分徴収	実費	—	枚数分徴収	実費	—	枚数分徴収	実費
④入浴等										
・清拭	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・一般浴介助	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		週3回	週4回目以降	1回5,500円
・特浴介助	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		週2回	週3回目以降	1回5,500円
⑤身辺介助										
・体位交換	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・居室からの移動	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・衣類の着脱	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・身だしなみ介助	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
⑥機能訓練										
	有	—			介護予防特定施設サービス計画に基づき実施	—		特定施設サービス計画に基づき実施	—	
⑦通院の介助										
	有	協力医療機関へは急病等必要時対応	協力医療機関以外への付添い	1時間3,300円 (交通費別途)	協力医療機関へは必要時対応	協力医療機関以外への付添い	1時間3,300円 (交通費別途)	協力医療機関へは必要時対応	協力医療機関以外への付添い	1時間3,300円 (交通費別途)
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有	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	週1回及び随時対応	—		週1回及び随時対応	—		週1回及び随時対応	—	
・洗濯	有	急病等必要時対応	業者クリーニング	実費	必要時対応	業者クリーニング	実費	必要時対応	業者クリーニング	実費
②居室配膳・下膳										
	有	急病等必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
③理美容										
	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
④代行										
・買物	有	—	—	30分1,100円 (交通費別途)	週1回	2回目以降	30分1,100円 (交通費別途)	週1回	2回目以降	30分1,100円 (交通費別途)
・役所手続	有	—	—	30分1,100円 (交通費別途)	—	—	30分1,100円 (交通費別途)	—	—	30分1,100円 (交通費別途)
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	—	年2回	実費	—	年2回	実費	—	年2回	実費
・健康相談	有	必要時随時対応	—		必要時随時対応	—		必要時随時対応	—	
・生活指導	有	必要時随時対応	—		必要時随時対応	—		必要時随時対応	—	
・医師の往診	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
・移送サービス	有	協力医療機関への移送・同行	協力医療機関以外への移送・同行	1時間3,300円 (交通費別途)	協力医療機関への移送・同行	協力医療機関以外への移送・同行	1時間3,300円 (交通費別途)	協力医療機関への移送・同行	協力医療機関以外への移送・同行	1時間3,300円 (交通費別途)
5. その他サービス										

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			
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	有			
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。)

・前払金の保全措置は、(公社)全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入

※ 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 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 <input type="checkbox"/> 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%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>月額</th> <th>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>196,292円</td> <td>19,630 / 39,259 / 58,888円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>218,927円</td> <td>21,893 / 43,786 / 65,679円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>242,941円</td> <td>24,295 / 48,589 / 72,883円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>264,886円</td> <td>26,489 / 52,978 / 79,466円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>288,555円</td> <td>28,856 / 57,711 / 86,567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	196,292円	19,630 / 39,259 / 58,888円	要介護2	218,927円	21,893 / 43,786 / 65,679円	要介護3	242,941円	24,295 / 48,589 / 72,883円	要介護4	264,886円	26,489 / 52,978 / 79,466円	要介護5	288,555円	28,856 / 57,711 / 86,567円																																												
	区分	月額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)																																																												
要介護1	196,292円	19,630 / 39,259 / 58,888円																																																													
要介護2	218,927円	21,893 / 43,786 / 65,679円																																																													
要介護3	242,941円	24,295 / 48,589 / 72,883円																																																													
要介護4	264,886円	26,489 / 52,978 / 79,466円																																																													
要介護5	288,555円	28,856 / 57,711 / 86,567円																																																													
	各種加算の状況 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th colspan="2">減算型・<input type="checkbox"/>基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">個別機能訓練加算</td> <td rowspan="2">無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入居継続支援加算</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/>無・有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/>無・有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/>無・有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3">無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅲ</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">無・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅲ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅳ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>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・<input type="checkbox"/>有</td> <td><input type="checkbox"/>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>Ⅱ</td> </tr> </tbody> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input type="checkbox"/> 基準型		退院・退所時連携加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	医療機関連携加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	看取り介護加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	サービス提供体制強化加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	<input type="checkbox"/> Ⅲ	介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	<input type="checkbox"/> Ⅲ	<input type="checkbox"/> Ⅳ	<input type="checkbox"/> Ⅴ	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ
身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input type="checkbox"/> 基準型																																																														
退院・退所時連携加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/>																																																													
夜間看護体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
若年性認知症入居者受入加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
科学的介護推進体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
医療機関連携加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
口腔衛生管理体制加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
口腔・栄養スクリーニング加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
看取り介護加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>																																																													
個別機能訓練加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													
サービス提供体制強化加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅲ																																																													
介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅲ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅳ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅴ																																																													
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> Ⅰ																																																													
		<input type="checkbox"/> Ⅱ																																																													

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	70,767円	7,077円/14,154円/21,231円
要支援2	115,012円	11,502円/23,003円/34,504円

各種加算の状況

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)

身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	
若年性認知症入居者受入加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
科学的介護推進体制加算	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ
		<input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
		<input checked="" type="checkbox"/> 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

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 checked="" 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	12.2	13.0	17.0
要介護者の人数	50.6	52.0	53.0
指定基準上の直接処遇職員の人数	19	19	20
配置している直接処遇職員の人数	20.6	20.5	21.6
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	2.6 : 1	2.7 : 1	2.6 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 37.5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 : 30 ~ 15 : 30
		日勤	9 : 30 ~ 18 : 00
		遅番	10 : 30 ~ 19 : 00
		夜勤	17 : 45 ~ 9 : 45
	看護職員	早番	8 : 30 ~ 17 : 00
		日勤	9 : 00 ~ 17 : 30
		遅番	9 : 30 ~ 18 : 00