

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	☐ 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、通所介護事業、居宅介護支援事業、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事業）、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	ミモザ湘南平塚	
所在地	神奈川県平塚市東真土1丁目8番3号	
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 (その他の条件)	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1472002532 指定年月日 平成23年11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) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	☐ 無 ・ 有 ()
開設年月日	平成 23 年 11 月 1 日	
管理者氏名	小池 千恵子	
電話番号／FAX番号	0463-51-2250／0463-51-2251	
メールアドレス	shonan-hiratsuka@mimoza-care.jp	
交通の便	JR平塚駅北口より3.2km、神奈中バス④67乗車 大野農協前下車徒歩1分	

ホームページアドレス		https://www.mimoz-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		1,549.29㎡		
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)		平成23年10月14日～令和23年10月13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		鉄筋造 地下-階 地上4階建 耐火・準耐火・その他		
	延床面積		2,342.1㎡ (うち有料老人ホーム2,342.1㎡)		
	建築年月日		平成23年 9月 30日 建築		
	改築年月日		年 月 日改築		
	建築確認時の主要用途		有料老人ホーム・その他()		
居室概要	居室総数		55室		
	定員		55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
	居室	1人	無・有	無・有	18.00～20.40㎡
共用設備概要	食堂		無 ・ 有 (1階・40.3 2㎡・2～4階:61.63 ㎡)		
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有 (1・2・3・4階・5.40 ㎡)		
		座浴	無 ・ 有 (2・3・4階・6.38 ㎡)		
		特別浴槽	無 ・ 有 (1階・16.57 ㎡) 立位困難時のみ使用		
	便所		無 ・ 有 (各居室・1・2・3・4階 共有 各2ヶ所)		
	洗面設備		無 ・ 有 (各居室、1・2・3・4階 共有 各1ヶ所)		
	医務室(健康管理室)		無 ・ 有 (1階 12.00 ㎡)		
	談話室		無 ・ 有 (1階 8.00 ㎡)		
	面談室		無 ・ 有 (1階 8.00 ㎡)		
	事務室		無 ・ 有 (1階 28.96 ㎡)		
	洗濯室		無 ・ 有 (1階(10.35 ㎡)2・3・4階 (8.53 ㎡))		
	汚物処理室		無 ・ 有 (1階(6.64 ㎡)2・3・4階 (5.73 ㎡))		
	看護・介護職員室		無 ・ 有 (1階(28.96㎡事務室兼用) 2・3・4階(12.60㎡看護・介護室兼用))		
	機能訓練室		無 ・ 有 (1階(40.32㎡)2・3・4階(61.63㎡)) 他の共用施設との兼用 無・有 (リビングルーム)		
	健康・生きがい施設		無 ・ 有 (3階理美容室 (6.33㎡))		
	緊急通報設備		無 ・ 有		
	エレベーター		無 ・ 有 (ストレッチャー搬入可 1 基)		
	居室のある区域の廊下幅		両手すり設置後の有効幅員 (片廊下1.4m以上、中廊下1.8m以上)		
消防設備概要	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 (無・ ☒ 有)
危険区域の指定状況	1 無	
	☒ 有	指定されている危険区域
		1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()
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、居室トイレ、浴室、共同トイレに緊急通報装置を設置 安否確認の方法・頻度等 巡回・巡視 要介護3以上の方2時間毎、要支援1、2及び要介護1、2の方4時間毎、自立の方昼間1回、夜間2回	
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 ・ ☒ 選択方式						
敷 金		☒ 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	その他
Aプラン	自立者	238,750 (内消費税 7,750)	130,000 (非課税)	25,750 (内 750)		55,500 (内 4,500)	実費	27,500 (内 2,500)
	自立者以外	211,250 (内消費税 5,250)	130,000 (非課税)	25,750 (内 750)		55,500 (内 4,500)	実費	0
Bプラン		166,250 (内消費税 5,250)	85,000 (非課税)	25,750 (内 750)		55,500 (内 4,500)	実費	0
Cプラン		133,250 (内消費税 5,250)	52,000 (非課税)	25,750 (内 750)		55,500 (内 4,500)	実費	0
月額利用料の	家賃	近傍相場等を勘案して算出						
	管理費	※1 管理費17,500円(非課税) 共用施設整備費・エレベーター維持費・環境植栽整備費など。 ※2 8,250円(内消費税750円) 事務人件費・事務経費など。 ※1+※2=25,750円(内消費税750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。						

算 定 根 拠	食費	月額 55,500円/人・月(内消費税4,500円) (1人1日3食×30日の場合の概算額) 1)朝食：389円(内消費税29円) 2)昼食：583円(内消費税43円) 3)夕食：770円(内消費税70円) 4)おやつ：108円(内消費税8円) <内訳> ・食材費 32,400円/人・月(内消費税2,400円) ・調理費 23,100円/人・月(内消費税2,100円) ※欠食は1日前、正午12時までの申し込み出により、 1)朝食：216円(内消費税16円) 2)昼食：367円(内消費税27円) 3)夕食：432円(内消費税40円) 4)おやつ:65円(内消費税 5円) として計算し、精算致します。	
	光熱水費	居室内、電気使用量実費	
	その他	介護保険利用者以外への生活支援サービス費として 27,500円(内消費税2,500円)	
	前払金	【A プラン】 0 円 【B プラン】 324 万円 【C プラン】 561.6 万円	
	算定根拠	「家賃相当額×72月(想定居住期間)」により設定。 【B プラン】 4.5万円×72月＝324万円 【C プラン】 7.8万円×72月＝561.6万円	
	償却開始日	入居日の翌日	
	返還対象としない額	—	
	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。 $\text{返還金} = \text{前払金} \div \text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}$ $\times \text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数}$	
	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。 $\text{返還額} = \text{前払金} - 1 \text{日当たりの施設の利用料}$ $\times \text{入居日の翌日から退去日までの実日数}$	
	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 ・ ☒ 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）
			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権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うえで改定する		
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 60 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 及び 管理費の一部			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 有	期間	14日間を限度とします。	
		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敬と感謝の念を持ってお迎え致します。 2. 今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、豊かで安らかにお過ごし頂けるよう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見を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう「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致します。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ ☒ 有	健康管理の供与	無・ ☒ 有
食事の提供	無・ ☒ 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ ☒ 有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ ☒ 有	生活相談サービス	無・ ☒ 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、環境整備費、施設維持管理、事務経費等
	食費	朝食、昼食、夕食の他おやつ、その他水分補給のための飲み物、調理管理費
	その他	
業務の委託状況	無・ ☒ 有	委託先（ハーベスト株式会社）
		委託内容（3食 おやつ調理）
安否確認の方法・頻度等	巡回・巡視 要介護3以上の方2時間毎、要支援1、2及び要介護1、2の方4時間毎、自立の方昼間1回、夜間2回	
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・ ☒ 有	保険名（あいおいニッセイ同和損害保険株式会社・介護保険・社会福祉事業者総合保険）

※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	入居している介護居室で介護します。
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	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、その対応がスムーズに行える居室フロアへ住替えていただく場合があります（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	平塚共済病院
	診療科目	外科、内科等 21 科
	所在地	平塚市追分 9-11
	距離及び所要時間	JR 平塚駅北口下車 2.1 km 徒歩 27 分
	協力内容	受診、救急受診対応、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	永田外科
	診療科目	呼吸器科、消化器科、外科、整形外科
	所在地	高座郡寒川町倉見 3793-3
	距離及び所要時間	JR 相模線 倉見駅下車 徒歩 1 分 ミモザ湘南平塚駅より 7.7 km 車で 15 分
	協力内容	往診、受診

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 桜樹会 さくらぎ秦野歯科
	診療科目	歯科
	所在地	秦野市南矢名 1-4-1 フェリーチェ K 1-C
	距離及び所要時間	小田急小田原線東海大学前下車 徒歩 2 分 ミモザ湘南平塚より 8.8 km 車で 25 分
	協力内容	往診
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名称	くらた病院
	診療科目	内科、整形外科
	所在地	平塚市東真土 4-5-26
	距離及び所要時間	JR 平塚北口下車 4.2 km バス 20 分
	協力内容	受診
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名称	アクア歯科クリニック
	診療科目	歯科
	所在地	平塚市宝町 11-27-2
	距離及び所要時間	JR 平塚北口下車徒歩 5 分
	協力内容	受診
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又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自己負担額は入院者負担となります。入院の場合は、入院中の介護保険の利用料の請求はありません。 また、入院中の食材費は請求しません。	

※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 (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			生活相談員兼務
	生活相談員	2			介護職員兼務
	介護職員	12	18		4
	看護職員	1	3		1名が機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他		1		看護職員兼務
	計画作成担当者		1		介護支援専門員
	栄養士	1			外部委託
	調理員	3	2		外部委託
	事務職員	1			
	その他職員		2		
合 計		20	27		

(2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務						無 ・ ☒ 有					
		資格等		1 無									
				☒ 有									
				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		0	1	0	3	0	0	0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数		0	0	0	5	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			1	2								
	1年以上 3年未満		1	4	3								
	3年以上 5年未満			0	5								
	5年以上 10年未満	1	2	5	8	1			1		1		
	10年以上	1		2	0	1							
従業者の健康診断の実施状況					☒ 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	1 人
介護福祉士	10 人	介護職員初任者研修修了者	17 人
介護支援専門員	1 人	資格なし	1 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	51人 (定員 55人)			
入居者の状況	男 性 9人 女 性 42人			
	自 立 0人			
	要支援 7人	(内訳)	要支援1 5人 要支援2 2人	
	要介護 44人	(内訳)	要介護1 15人 要介護2 6人 要介護3 2人 要介護4 13人 要介護5 8人	
平均年齢	87.29歳 (男性 85.33歳 女性 87.71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	0 人
		社会福祉施設	0 人
		医療機関	3 人
		死亡者	8 人
		その他	2 人
	生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
			(解約事由の例)
		入居者側の申し出	5 人
(解約事由の例) 医療機関に入院したため。 他の施設に転居するため。			

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。)
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	2 代替措置なし
	☒ 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 ミモザ湘南平塚 管理者 小池千恵子 電話 0463-51-2250 ・本社お客様相談室 電話 03-6712-8110 施設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事が出来ます。 ・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 電話 045-329-3447 ・神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 電話 045-210-1111（代表） ・平塚市福祉部介護保険課介護給付担当 電話 0463-21-8790（代表） ・社団法人 全国有料老人ホーム協会 電話 03-3548-1077
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、緊急措置、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、事故に基づいての検証、今後の防止策を講じます。
生活保護受給者の受入れ対応	☒ 可 ・ 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 加入状況	協 会 へ の 加 入		無 ・ ☒ 有
	入居者基金への加入		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		
	2 有	実施日	
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	☒ 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 ・ ☒ 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 ・ ☒ 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

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、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

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	1回	—	—	4時間毎及び適宜巡回	—	—	4時間毎及び適宜巡回（要介護1～2）	—	—
								2時間毎及び適宜巡回（要介護3～5）	—	—
・ 夜間17時～9時	有	2回	—	—	4時間毎及び適宜巡回	—	—	4時間毎及び適宜巡回（要介護1～2）	—	—
								2時間毎及び適宜巡回（要介護3～5）	—	—
②食事介助	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
③排泄										
・ 排泄介助	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ おむつ交換	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ おむつ代	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
④入浴等										
・ 清拭	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ 一般浴介助	有	週2回	週3回目以降実費	3回目以降浴室使用料1回550円	週2回	週3回目以降実費	3回目以降浴室使用料1回550円	週2回	週3回目以降実費	3回目以降浴室使用料1回550円
・ 特浴介助	有	—	—	—	—	—	—	必要時使用		
⑤身辺介助										
・ 体位交換	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ 居室からの移動	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ 衣類の着脱	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ 身だしなみ介助	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
⑥機能訓練	有	希望により随時			サービス計画書に基づいて実施	—	—	サービス計画書に基づいて実施	—	—
⑦通院の介助	有	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
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	—	特別清掃30分につき825円	週1回	—	特別清掃30分につき825円	週1回	—	特別清掃30分につき825円
・ 洗濯・リネン（シーツ、枕カバー、布団カバー）	有	—	週1回実施	月1,080円税込（1日36円入院時の不在日数を差し引き精算致します）	—	週1回実施	月1,080円税込（1日36円入院時の不在日数を差し引き精算致します）	—	週1回実施	月1,080円税込（1日36円入院時の不在日数を差し引き精算致します）
②居室配膳・下膳	有	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（要介護1～2）	—	1回 220円
③理美容	有	—	訪問理美容対応	実費	—	訪問理美容対応	実費	—	訪問理美容対応	実費
④代行										
・ 買物	有	週1回指定日	左記以外	1回1時間につき2,200円	週1回指定日	左記以外	1回1時間につき2,200円	週1回指定日	左記以外	1回1時間につき2,200円
・ 役所手続	有	適宜対応（週1回まで）	左記以外	1回1時間につき2,200円	適宜対応（週1回まで）	左記以外	1回1時間につき2,200円	適宜対応（週1回まで）	左記以外	1回1時間につき2,200円
3. 健康管理サービス										
・ 健康診断	有	—	年2回の受診する機会を提供	実費	—	年2回の受診する機会を提供	実費	—	年2回の受診する機会を提供	実費
・ 健康相談	有	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・ 生活指導	有	適宜対応（月1回以上）	—	—	適宜対応（月1回以上）	—	—	適宜対応（月1回以上）	—	—
・ 医師の往診	有	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費
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	有	適宜対応	協力病院以外	スタッフ1人につき1時間2,200円 交通費実費	適宜対応	協力病院以外	スタッフ1人につき1時間2,200円 交通費実費	適宜対応	協力病院以外	スタッフ1人につき1時間2,200円 交通費実費
5. その他サービス										
レクリエーション・クラブ活動	有	随時実施・選択制	月2回程度	実費	随時実施・選択制	月2回程度	実費	随時実施・選択制	月2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	☐ 個室ではない(相部屋がある)。 ☐ 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 ☐ 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	☐ 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) ☐ 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) ☐ 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	☐ 常夜灯がない。 ☐ 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) ☐ 居室の近くでない。 ☐ 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) ☐ 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	☐ 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	☐ 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	無			
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	非該当			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) ☐ 居室 ☐ 一時介護室 ☐ 浴室 ☐ 脱衣室 ☐ 便所	
17	廊下		適合	☐ 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	☐ 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><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><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>18,933 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></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	18,933 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	18,933 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																				
	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																		
	ADL 維持等加算[申出]の有無	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																		
	科学的介護推進体制加算	無	・ 有																		
	医療機関連携加算	無	・ 有																		
	口腔衛生管理体制加算	無	・ 有																		
口腔・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) (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(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	<u>無</u>	・ 有
	個別機能訓練加算	<u>無</u>	・ 有
	若年性認知症入居者受入加算	<u>無</u>	・ 有
	科学的介護推進体制加算	<u>無</u>	・ 有
	医療機関連携加算	無	・ <u>有</u>
	口腔衛生管理体制加算	<u>無</u>	・ 有
	口腔・栄養スクリーニング加算	<u>無</u>	・ 有
	認知症専門ケア加算	<u>無</u> ・有	(Ⅰ)
			(Ⅱ)
	サービス提供体制強化加算	無・ <u>有</u>	(Ⅰ)
			(Ⅱ)
			<u>(Ⅲ)</u>
	介護職員処遇改善加算	無・ <u>有</u>	<u>Ⅰ</u>
			Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
			V
	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <u>有</u>	I
			<u>Ⅱ</u>
期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出)	<u>無</u> ・ 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	13人	11人	5.7人
要介護者の人数	41人	43人	48人
指定基準上の直接処遇職員の人数	15人	16人	17人
配置している直接処遇職員の人数	27.7人	22.0人	25.5人
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	1.6 : 1	2.1 : 1	1.9 : 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 : 30 ～ 17 : 30 遅番 10 : 30 ～ 19 : 30 夜勤 17 : 00 ～ 9 : 00 または 16 : 00 ～ 10 : 00		

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