

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	株式会社アプルール
代表者名	代表取締役 島田 啓史
所在地	神奈川県鎌倉市稲村ヶ崎2-8-27
電話番号/FAX番号	0466-22-3400/0466-25-1670
ホームページアドレス	https://apprule.jp/
設立年月日	昭和63年 3月 1日
直近の事業収支決算額※	(収益)826,206千円 (費用)869,657千円 (損益)-43,450千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	訪問介護・新総合事業・(介護予防) 特定施設入居者生活介護・認知症対応型入居者生活介護

※ 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	アプルール秦野	
所在地	〒257-0015 秦野市平沢321-1	
施設の類型及び表示事項	類型	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	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 1472801826 指定年月日 H26.9.1) 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	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	平成26年9月1日	
管理者氏名	村岡 則子	
電話番号/FAX番号	0463-20-8550/0463-20-9033	
メールアドレス	hadano@apprule.jp	
交通の便	小田急線「渋沢駅」下車、神奈中バス「中船道」下車、徒歩800m	

ホームページアドレス	https://apprule.jp/hadano/					
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 2,210.94㎡ 抵当権の設定 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
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) 令和元年8月1日～令和30年7月31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 鉄骨造地上3階建 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 1,704.00㎡ (うち有料老人ホーム 1,663.02㎡) 建築年月日 令和元年8月1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41室 定員43人 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	18.00㎡	39
	Bタイプ	2	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	36.00㎡	2
			無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
			無 ・ 有	無 ・ 有	㎡	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階 ・ 78.30㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階2か所 ・ 13.65㎡と12.93㎡)			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ ㎡)			
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (階 ・ 18.00㎡)			
便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階1か所 ・ 6.13㎡ 2階1か所 ・ 4.98㎡ 3階1か所 ・ 4.98㎡) ※各居室にも設置				

	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階1か所、2階1か所、3階1か所)
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 8.86 m ²)
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階1か所・ 60.00 m ² 2階1か所・ 24.00 m ² 3階1か所・ 24.00 m ²)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・ 10.80 m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 36.00 m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 34.80 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階1カ所・ 2.57 m ² 2階1カ所・ 2.57 m ² 3階1カ所・ 4.91 m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 36.00 m ² ※事務室と兼用 2階・ 2.16 m ² 3階・ 2.16 m ²)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (談話室)
	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	(2.2m ~ 2.2m)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	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 ・ 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
前払い・18 m ²	198,100	—	137,500	—	54,000	6,600
前払い・36 m ² (1名入居)	273,450	—	206,250	—	54,000	13,200
前払い・36 m ² (2名入居)	368,700	—	247,500	—	108,000	13,200
月払い・18 m ²	288,100	90,000	137,500	—	54,000	6,600
月払い・36 m ² (1名入居)	408,450	135,000	206,250	—	54,000	13,200
月払い・36 m ² (2名入居)	503,700	135,000	247,500	—	108,000	13,200
月額利用料の算定根拠	家賃	維持管理費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間勘案して算出。				
	管理費	事務管理部門の人員費・事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人員費、共用施設等の維持管理費。				
	介護費用	—				
	食費	1名当り：1,800円/1日(3食)×30日=54,000円				
	光熱水費	共用部を含む月平均想定使用額を入居率80%で按分。				
前払金		居室A：18.00 m ² 、居室B：36.00 m ² ◇自立 居室A 6,000,000円 居室B 10,800,000円 ◇要支援・要介護 居室A 4,200,000円 居室B 7,560,000円				
		「月額家賃相当額×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」を基本に設定。 (例) ・居室A(18 m ²)に要介護の方が入居される場合 52,000円×60月+1,092,000円÷4,200,000円 ・居室B(36 m ²)に自立の方が入居される場合 居室Bに関しては2人部屋であり、面積が2倍ということから一度前払金を2倍で算出している。しかし、居室Aが一度に2室りようされることは営業経費等の削減が20%出来ることから同額を差し引いて最終金額を算出している。				
算定根拠						

	$(52,000 \text{ 円} \times 96 \text{ 月} + 1,020,000 \text{ 円}) \times 2 - (52,000 \text{ 円} \times 96 \text{ 月} + 1,020,000 \text{ 円}) \times 20\% \approx 10,800,000 \text{ 円}$	
償却開始日	入居日の翌日	
返還対象としない額	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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初期償却とし、前払金に占める割合は自立：17.00%、要支援・要介護：26.00%とします。 ・ この額は、短期解約特約による契約終了の場合を除き返還しません。 	
契約終了時の返還金の算定方法	償却期間内に契約が終了する場合は、以下が適用されます。 ① 1人入居で契約が終了する場合 $\text{返還金} = \text{家賃相当額(前払い計上分)} \times (\text{自立：83\%、要支援・要介護：74\%}) \div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$ ② 2人入居で一方の契約が終了する場合 入居継続の方が現契約を引き継ぎ、返還金は発生しません。	
短期解約の返還金の算定方式	$\text{家賃相当額(前払い計上分)} \times (\text{自立：83\%、要支援・要介護：74\%}) \div (\text{想定居住期間の月数}) \div 30 \times (\text{入居日から契約終了日までの実日数})$ <ul style="list-style-type: none"> ・ 「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費用」は全額返還します。 ・ 必要な原状回復費用があれば、受領します。 	
返還期限	契約終了後 90 日以内。	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（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	前月の最終平日まで
支払方法	原則、お客様指定の口座から引き落とし。
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) 1. 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 2. 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく一定期間以上連続して遅滞するとき。 3. 施設の利用において入居者に禁止又は制限をしている規定に違反して是正しないとき。 4. 入居者の行動が他の入居者に危害を及ぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。
	(手続き) ・ 契約解除の通告に先立ち、入居者及び身元引受人に弁明の機会を

	設ける。 ・ 契約解除通告の予告期間中に、入居者の移転先の有無を確認し、移転先が無い場合は、入居者や身元引受人と協議し、移転先の確保に協力する。 ・ 条件4の事由により契約を解除する場合には、加えて主治医等の意見を聞くとともに、一定の観察期間を設ける。
	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	利用料の改訂にあたっては消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会等で意見を聴き、入居者及び身元引受人に内容を説明した上で改定するものとする。		
	手続き方法	運営懇談会出席者についてはその場で説明を行ない、欠席者については適時個別に説明を行なう。		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が8日以上の場合に限り、日割り計算で減額（食費のみ対象）			
消費税の対象外とする利用料等	無し			
体験入居の取扱い	1 無	期間	原則7日程度 ※状況により変動	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	費用	1泊2日3食付きで11,000円	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	ご入居されるまでの生活習慣を継続し、そして毎日を活力あるものにするための「わが家プラン」を実施し、心に寄り添うホーム運営を行ないます。		
サービスの提供内容の特色	ご自宅と同じ「日常生活」の実現と「新たな夢」を叶えるためにご入居者個別の人生設計を組み立てます。この人生設計に合わせて、機能訓練や外部との交流等を積極的に行っています。		
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"/>	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	事務管理部門の人件費・事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費	

	食費	1日3食提供・配下膳、病気時は居室への配下膳、状態によりキザミ食・ミキサー食の提供、3時のおやつを毎日提供
	その他	レクリエーション、イベント、カルチャー教室開催
業務の委託状況	☐・有	委託先 ()
		委託内容 ()
安否確認の方法・頻度等	原則として以下の頻度で訪室して声掛け等で安否確認を行なう。ご入居者に合わせて回数を設定する。 (居室巡回) 昼：5～10回、夜間：3～10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・☑	保険名(あいおいニッセイ同和損保介護保険・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	入居している居室で継続して介護します。ただし、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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>重度な状態で介護が必要な場合、スタッフ控室に近い一般居室に移動していただく場合があります。移動する場合は次の手順を行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①事業所の指定する医師の意見を聴く ②入居者の意思を確認する ③身元引受人等の意見を聴く ④緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ⑤住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行う ⑥入居者の同意を得る

(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	医療法人社団湘南中央会 秦野寿町クリニック
	診療科目	内科・呼吸器科
	所在地	秦野市寿町4-16ドクタープラザ4F
	距離及び所要時間	約4.0km、車で約10分
	協力内容	訪問診察・診療
協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	医療法人社団藤栄会 小田原歯科診療所
	所在地	小田原市浜町1-1-49-1F

	距離及び所要時間	約 24.7 km、車で約 40 分
	協力内容	訪問診察・診療
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>医療機関にて治療が必要な場合、基本的には協力医療機関を利用しますが、入居者の希望する機関があればそちらでも構いません。簡単な治療は訪問医が行います。通院・入院の判断は訪問医が行うと同時に、ご家族・ご本人の意思を確認します。長期間の入院は、その間の管理費・食費の返還が発生する場合がありますので、そのような場合は管理規程によります。入院中のお世話については、ご家族の希望により別途利用料を徴求した上で実施するサービスとなります。なお、医療費は本人負担となります。</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

(令和3年7月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (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	1			管理者兼務、計画作成担当者兼務
	介護職員	3	15	2	
	看護職員	1	1		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1			看護師兼務
	計画作成担当者	1			
	栄養士				
	調理員	1	4		
	事務職員		1		
	その他職員		4		
合計	7	25	2		

(2) 職員の状況

		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
管理者											
前年度1年間の採用者数					3						
前年度1年間の退職者数					4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満				4						
	1年以上3年未満				4						
	3年以上5年未満	1		1	2						
	5年以上10年未満				4						
	10年以上			2	4						
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	6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	35人 (定員 43人)			
入居者の状況	男性	8人、女性	27人	
	自立	4人		
	要支援	1人	(内訳)	要支援1 0人 要支援2 1人
	要介護	30人	(内訳)	要介護1 4人 要介護2 7人 要介護3 3人 要介護4 8人 要介護5 8人
平均年齢	83.9歳 (男性 81.6歳、女性 84.5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	2人	
		医療機関	0人	
		死亡者	9人	
		その他	0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		2人
			(解約事由の例)	
			利用料が高くて継続して支払えないため。	

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 ()
		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)	利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、ホームのご利用に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。 ・施設管理者 TEL:0463-20-8550 ・本社お客様相談室 TEL:0120-79-3400 【運営指導窓口】 ・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)	

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 秦野市高齢介護課介護保険担当 TEL:0463-82-9616 ・ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL:03-3548-1077 ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課 TEL:045-329-3447 	
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）	事故発生時は直ちに担当者から管理者に報告され、状況確認後、現場判断では難しい場合、訪問医に連絡し入院治療等の指示を仰ぐ。家族等には直ちに連絡を取り状況報告すると共に対応方法を説明する。	
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	(入居契約書第6章「身元引受人等」より一部抜粋) 入居契約書に基づく入居者の事業者に対する債務については、入居者と連帯して履行の責を追うとともに、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。 また、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き受けを行うこととします。	
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 有	実施日
		結果の開示
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
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	

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（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（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 9 時～ 1 8 時	有	体調不良時対応		5回～10回（体調を考慮）			5回～10回（体調を考慮）			
・ 夜間 1 8 時～ 9 時	有	1回程度（体調を考慮）		3回～10回（体調を考慮）			3回～10回（体調を考慮）			
②食事介助	有	体調不良時都度対応		必要時都度対応			必要時都度対応			
③排泄										
・ 排泄介助	有	体調不良時都度対応		必要時都度対応			必要時都度対応			
・ おむつ交換	有	体調不良時都度対応	おむつ代は実費	必要時都度対応		おむつ代は実費	必要時都度対応		おむつ代は実費	
④入浴等										
・ 清拭	有			必要時都度対応 (週 2 回は最低限対応)			必要時都度対応 (週 2 回は最低限対応)			
・ 一般浴介助	有			必要時都度対応 (週 2 回は最低限対応)			必要時都度対応 (週 2 回は最低限対応)			
・ 特浴介助	有			必要時都度対応 (週 2 回は最低限対応)			必要時都度対応 (週 2 回は最低限対応)			
⑤身辺介助										
・ 体位交換	有	体調不良時都度対応		必要時都度対応			必要時都度対応			
・ 居室からの移動	有	体調不良時都度対応		必要時都度対応			必要時都度対応			
・ 衣類の着脱	有	体調不良時都度対応		必要時都度対応			必要時都度対応			
・ 身だしなみ介助	有	体調不良時都度対応		必要時都度対応			必要時都度対応			
⑥機能訓練	有	必要時対応		個別プランに沿って対応			個別プランに沿って対応			
⑦通院の介助	有	協力医療機関へは月1回1時間まで対応。希望病院へは予約対応。	月2回以上	2,200円/時	協力医療機関へは月1回1時間まで対応。希望病院へは予約対応。	月2回以上	2,200円/時	協力医療機関へは月1回1時間まで対応。希望病院へは予約対応。	月2回以上	2,200円/時
⑧ナースコール対応	有	都度対応			都度対応			都度対応		
2. 生活サービス										
①家事										
・ 清掃	有	週 1 回	週2回以上 居室クリーニングは専門業者へ取次	2,200円/時 実費	週 1 回	週2回以上 居室クリーニングは専門業者へ取次	2,200円/時 実費	週 1 回	週2回以上 居室クリーニングは専門業者へ取次 実費	
・ 洗濯	有	毎日	ドライクリーニング希望の場合は取次	実費	毎日	ドライクリーニング希望の場合は取次	実費	毎日	ドライクリーニング希望の場合は取次 実費	
②居室配膳・下膳	有	体調不良時都度対応			体調不良時都度対応			体調不良時都度対応		
③理美容	有		訪問理容師対応	実費		訪問理容師対応	実費		訪問理容師対応 実費	
④代行										
・ 買物	有	月1回対応	個人希望時	2,200円/時	月1回対応	個人希望時	2,200円/時	月1回対応	個人希望時 2,200円/時	
・ 役所手続	有	手続き内容限定で対応			手続き内容限定で対応			手続き内容限定で対応		
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	希望時			希望時			希望時		
・ 生活指導	有	希望時			希望時			希望時		
・ 医師の往診	有		2週に1回を基本。必要時・緊急時は適宜対応	医療保険適用		2週に1回を基本。必要時・緊急時は適宜対応	医療保険適用		2週に1回を基本。必要時・緊急時は適宜対応 医療保険適用	
4. 入退院時、入院中のサービス										
・ 入退院時の同行	有	事業所対応の場合	タクシー、移送業者利用の場合	実費	事業所対応の場合	タクシー、移送業者利用の場合	実費	事業所対応の場合	タクシー、移送業者利用の場合 実費	
5. その他サービス										
・ レクリエーション	有	月1～3回程度	材料費等費用が必要な場合は都度徴収。参加自由。	実費	月1～3回程度	材料費等費用が必要な場合は都度徴収。参加自由。	実費	月1～3回程度	材料費等費用が必要な場合は都度徴収。参加自由。 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。

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	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 <input checked="" 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 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"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>183,360円</td> <td>18,336円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>205,615円</td> <td>20,562円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>229,205円</td> <td>22,921円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>250,772円</td> <td>25,078円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>274,034円</td> <td>27,404円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護1	183,360円	18,336円	要介護2	205,615円	20,562円	要介護3	229,205円	22,921円	要介護4	250,772円	25,078円	要介護5	274,034円	27,404円																											
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																																											
	要介護1	183,360円	18,336円																																											
	要介護2	205,615円	20,562円																																											
	要介護3	229,205円	22,921円																																											
	要介護4	250,772円	25,078円																																											
	要介護5	274,034円	27,404円																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額（2割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>183,360円</td> <td>36,672円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>205,615円</td> <td>41,123円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>229,205円</td> <td>45,841円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>250,772円</td> <td>50,204円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>274,034円</td> <td>54,807円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（2割の場合）	要介護1	183,360円	36,672円	要介護2	205,615円	41,123円	要介護3	229,205円	45,841円	要介護4	250,772円	50,204円	要介護5	274,034円	54,807円																											
	区 分	月 額	利用者負担額（2割の場合）																																											
要介護1	183,360円	36,672円																																												
要介護2	205,615円	41,123円																																												
要介護3	229,205円	45,841円																																												
要介護4	250,772円	50,204円																																												
要介護5	274,034円	54,807円																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>利用者負担額（3割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>183,360円</td> <td>55,008円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>205,615円</td> <td>61,685円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>229,205円</td> <td>68,762円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>250,772円</td> <td>75,232円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>274,034円</td> <td>82,211円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（3割の場合）	要介護1	183,360円	55,008円	要介護2	205,615円	61,685円	要介護3	229,205円	68,762円	要介護4	250,772円	75,232円	要介護5	274,034円	82,211円																												
区 分	月 額	利用者負担額（3割の場合）																																												
要介護1	183,360円	55,008円																																												
要介護2	205,615円	61,685円																																												
要介護3	229,205円	68,762円																																												
要介護4	250,772円	75,232円																																												
要介護5	274,034円	82,211円																																												
各種加算の状況																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th colspan="2">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> 無・有</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4">無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> <td>(I) イ</td> </tr> <tr> <td>(I) ロ</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> (III)</td> </tr> <tr> <td>介護職員処遇改善加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/> 有</td> <td>I</td> </tr> </tbody> </table>	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有	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"/> 有	(I) イ	(I) ロ	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> (III)	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有																																												
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有																																												
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有																																												
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有																																												
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・ 有																																												
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"/> 有	(I) イ																																												
		(I) ロ																																												
		(II)																																												
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)																																												
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I																																												

			Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
			Ⅴ
			Ⅰ
	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <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
	要支援1	63,365円
	要支援2	106,849円
	区分	月額
	要支援1	63,365円
	要支援2	106,849円
	区分	月額
	要支援1	63,365円
	要支援2	106,849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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)
		(II)
		(I)イ
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)ロ
		(II)
		<input type="checkbox"/> III
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		<input 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 type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	3人	2人	1人
要介護者の人数	19人	30人	30人
指定基準上の直接処遇職員の数	6.6人	10.2人	10.1人
配置している直接処遇職員の数	12.3人	17.7人	13.7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数	1:1.7	1:1.8	1:2.2

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 ~ 16 : 00
		日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
		遅番	10 : 00 ~ 19 : 00
		夜勤	17 : 00 ~ 9 : 30
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

利用可能期間	最短 2日 ～ 最長 30日
サービスの内容	重要事項説明書の「4 サービスの内容」の通り。

2 利用料

費用の支払方法	日額利用料は前払い、その他は利用終了時に一括払い。						
1日あたりの利用料	2,800円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン	利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	2,800	500	0	1,800	500	0	0
算定根拠	管理費	居室の清掃代、洗濯代、共用部の維持管理費					
	介護費用	—					
	食費	月払い方式の設定で定める1日当りの料金。					
	光熱水費	月払い方式の設定で定める1日当りの料金。					
	家賃相当額	—					
	その他	—					
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	重要事項説明書に記載の通り。						
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						
		日 額	利用者負担額 (1割の場合)				
	要介護1	6,120円	612円				
	要介護2	6,850円	685円				
	要介護3	7,640円	764円				
	要介護4	8,359円	836円				
	要介護5	9,140円	914円				
	○各種加算の状況						
	夜間看護体制加算	(無・有)					
	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 その他

利用(契約)に際しての留意点、特記事項等	満65歳以上の方から。暴力行為・感染症がある方、医療行為を必要とする方は入居できない場合があります。また、アブルール秦野は保護犬2頭と一緒に生活してドッグセラピーを行っています。
----------------------	---