

## 重要事項説明書

作成日 令和3年 7月 1日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 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	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	http://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 checked="" 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・企業主導型保育事業

※ 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	有料老人ホームソレスタ秦野	
所在地	神奈川県秦野市戸川130-1	
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	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)
	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	令和元年10月 1日					
管理者氏名	飯沼昌宏					
電話番号/FAX番号	0463-75-6111/0463-75-6060					
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「戸川台」下車、徒歩500m					
ホームページアドレス	http://apprule.jp/					
敷地概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1,774.00㎡					
建物概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 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・有 建物の構 鉄筋コンクリート造地上4階建 ( <input checked="" type="checkbox"/> 耐火・ <input type="checkbox"/> 準耐火・その他) 延床面積 1,997.83㎡ (うち有料老人ホーム1,685.16㎡) 建築年月日 昭和60年5月21日建築 改築年月日 平成19年10月5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"/> 有					
居室概要	居室総数 37室 定員 43人					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	16.8㎡	31室
	Bタイプ	2	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	33.6㎡	6室
			無・有	無・有	㎡	
			無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 89.24㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・9.0㎡、2階・9.0㎡、3階・9.0㎡、4階・9.0㎡) ※各階2か所			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・15.71㎡)			

	ストレッチャー浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )	
便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・5.60 m <sup>2</sup> 、1階・2.28 m <sup>2</sup> 、 2階・1.91 m <sup>2</sup> ) ※各居室にも設置	
洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・2か所) ※各居室にも設置	
医務室(健康管理室)		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 5.48 m <sup>2</sup> )	
談話室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 18.57 m <sup>2</sup> )	
面談室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 18.57 m <sup>2</sup> )	
事務室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 33.6 m <sup>2</sup> )	
洗濯室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 20.00 m <sup>2</sup> )	
汚物処理室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・4.19 m <sup>2</sup> 、2階・8.40 m <sup>2</sup> 、 3階・8.40 m <sup>2</sup> )	
看護・介護職員室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 33.6 m <sup>2</sup> ) ※事務室と併用	
機能訓練室		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)	
健康・生きがい施設		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1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 0基)	
居室のある区域の廊下幅		( 1.3 m ~ 1.3m)	
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 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	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 「ソレストア秦野」 介護保険事業所番号：1492800048		

### 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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (240,000 円、定員 1 名居室家賃相当額の 3.8 か月分)					
	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (480,000 円、定員 2 名居室家賃相当額の 5.0 か月分)					
プラン名	(内訳)					
	月額利用料	家賃	管理費	介護費用	食費	共用設備費
A タイプ (定員 1 名・1 名 入居)	150,884	63,000	22,326	0	47,520	18,038
B タイプ (定員 2 名・1 名 入居)	204,711	94,500	44,653	0	47,520	18,038
C タイプ (定員 2 名・2 名 入居)	270,270	94,500	44,653	0	95,040	36,077
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て近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案し算出、タイプ A の家賃相当額を基準として、タイプ B・C はタイプ A の 1.5 倍に設定				
	管理費	事務管理部門の person 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 person 費、共用施設等の維持管理費				
	介護費用	—				
	食費	1 名あたり 1,584 円/日 (3 食) × 30 日 = 47,520 円				
	共用設備費	共用部の管理・光熱費。				
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						

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月末日までに翌月分支払い
支払方法	現金支払いもしくは指定金融機関への振込または口座からの自動引き落とし契約
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（ 契約書第29条による ）
	手続き（ 契約解除の通告 ）
	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	物価指数・人件費・施設の経済環境等の変動により、改定する場合があります。	
	手続き方法	運営懇談会での同意を得たうえで決定する。	
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、管理規程に沿って返金		
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則る。）		
体験入居の取扱い	1 無	期間	概ね1週間程度
	2 有	費用	利用料5,000円/泊、他、介護度に応じてオプション費を加算

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「我が家プラン」を実施し、心に寄り添うホーム運営を行います。		
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様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・有	健康管理の供与	無・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	事務管理部門の人的費・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的費、共用設備等の維持管理費	
	食費	1日3食提供、配下膳、病気の際は居室への配下膳、嚥下状態により刻み食、ミキサー食の提供、おやつ提供	
	その他	レクリエーション、イベント、カルチャー等の開催	
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	居室への訪問 (昼間：5回、夜間：6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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	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	居室
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>2 別の居室へ住み替える場合</p> <p>3 提携ホームへ住み替える場合</p>
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	<p>・事業者は、入居者によりよいサービスを提供するために必要と判断した場合には、サービスを提供する場所を施設内において変更する場合があります。変更を行う場合、次の手続を行うものとします。</p> <p>※別の施設への住み替えを行うことはありません。</p> <p>一 主治医等の意見を聴く。</p> <p>二 入居者及び身元引受人に説明し、同意を得る。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合にあっては、身元引受人の同意を得る。</p> <p>三 一定の観察期間を設ける。</p> <p>・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。追加費用はありません。</p> <p>・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。</p>

(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24.7km、車で40分
	協力内容	訪問歯科診療
入居者が医療を要する場合の対応※	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定によります。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うえ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。	

※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			管理職兼務
	介護職員	1	7	1	
	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		3		
	事務職員				
	その他職員		1		
合 計	2	11	1		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有							
	資格等		1 無							
			2 <input checked="" type="checkbox"/> 有							
		資格等の名称		介護福祉士						
	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			4							
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									
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満		3							
	5年以上10年未満		3							
	10年以上		2							
従業者の健康診断の実施状況			1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1人	介護職員初任者研修修了者	7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	21人 (定員 43人)		
入居者の状況	男性	7人、女性	14人
	自立	1人	
	要支援	2人	(内訳) 要支援1 2人 要支援2 0人
	要介護	18人	(内訳) 要介護1 7人 要介護2 2人 要介護3 4人 要介護4 4人 要介護5 1人
平均年齢	84.1歳 (男性 75.0歳、女性 88.6歳)		

7 退去状況等

度前 に年	退去先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	2人



		医療機関	2人	
		死亡者	2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)	0人
				4人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 金銭的な問題は2名、医療措置が必要なためは2名。	

## 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	<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）	有料老人ホームソレストア野 0463-75-6111 アプルールお客様相談室 0120-79-3400 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課保険居住グループ 045-210-1111 秦野市高齢介護課介護保険担当 0463-82-9616	
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および提携医療機関に報告を行い、提携医療機関の指示のもと初期対応を行います。緊急の場合は救急対応を行い、身元引受人に現況報告を行います。医療機関から緊急性でないとの判断が下された場合は、医療機関の指示に従い対応を行います。この対応についても身元引受人に現況報告を行います。	
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input type="checkbox"/> 可	
身元引受人の条件及び義務等	入居者は身元引受人を定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることが出来ない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。身元引受人は入居者の施設に対する責務に関して入居者と連帯して責任を負います。また、入居契約が終了した時に入居者の身柄及び遺留品引き取りに責任を負います。	
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	<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	
	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	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・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）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 9時～ 18時	有・無	体調不良時のみ対応	—	5～10回（体調を考慮）	—	—	5～10回（体調を考慮）	—	—
・夜間 18時～ 9時	有・無	1回程度（体調を考慮）	—	5～10回（体調を考慮）	—	—	5～10回（体調を考慮）	—	—
②食事介助	有・無	体調不良時のみ対応	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
③排泄									
・排泄介助	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・おむつ交換	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
④入浴等									
・清拭	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・一般浴介助	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・特浴介助	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・居室からの移動	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・衣類の着脱	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・身だしなみ介助	有・無	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
⑥機能訓練	有・無	体操(1日1回10分程度)	—	体操(1日1回10分程度)	—	—	体操(1日1回10分程度)	—	—
⑦通院の介助	有・無	希望病院への予約対応。	希望の病院への通院介助	協力医療機関へは月1回1時間まで対応。希望病院への予約対応。	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。希望病院への予約対応。	月2回以上	—
⑧緊急時対応	有・無	必要時対応	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有・無	週1回	週2回以上 ※居室クリーニングは専門業者へ取次で実費	2,200円/時	週1回	週2回以上 ※居室クリーニングは専門業者へ取次で実費	2,200円/時	週1回	週2回以上 ※居室クリーニングは専門業者へ取次で実費
・洗濯	有・無	毎日	ドライクリーニング希望時取次	実費	毎日	ドライクリーニング希望時取次	実費	毎日	ドライクリーニング希望時取次
②居室配膳・下膳	有・無	病気時適時対応	—	—	病気時適時対応	—	—	病気時適時対応	—
③理美容	有・無	—	訪問利用対応	実費	—	訪問利用対応	実費	—	訪問利用対応
④代行									
・買物	有・無	月1回対応	個人希望対応の場合	2,200円/時	月1回対応	個人希望対応の場合	2,200円/時	月1回対応	個人希望対応の場合
・役所手続	有・無	介護保険手続き	—	—	介護保険手続き	—	—	介護保険手続き	—
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有・無	—	年2回	実費	—	年2回	実費	—	年2回
・健康相談	有・無	2週に1回	—	—	2週に1回	—	—	2週に1回	—
・生活指導	有・無	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—
・医師の往診	有・無	—	2週に1回を基本、必要時・緊急時適宜対応	医療保険適用	—	2週に1回を基本、必要時・緊急時適宜対応	医療保険適用	—	2週に1回を基本、必要時・緊急時適宜対応
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・入退院時の同行	有・無	事業所対応の場合 ※1時間以内	1時間以上	2,200円/時	事業所対応の場合 ※1時間以内	1時間以上	2,200円/時	事業所対応の場合 ※1時間以内	1時間以上
<b>5. その他サービス</b>									
・レクリエーション	有・無	週1回	実費が必要な場合のレクリエーションは、参加は利用者の選択	実費	週1回	実費が必要な場合のレクリエーションは、参加は利用者の選択	実費	週1回	実費が必要な場合のレクリエーションは、参加は利用者の選択
・行事	有・無	四季の行事、誕生会	個別希望有料対応	都度見積り	四季の行事、誕生会	個別希望有料対応	都度見積り	四季の行事、誕生会	個別希望有料対応
・付添い	有・無	—	外食、買物、ドライブ等	2,200円/時	—	外食、買物、ドライブ等	2,200円/時	—	外食、買物、ドライブ等

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	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		不適合	<input checked="" 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。	車椅子の転回・すれ違いはエレベーター入り口前で行なっている。
18	居室等の出入口		不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	将来的に引き戸から引き戸へ変更することを考慮している。

## 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。