

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 ニチイ学館
代表者名	代表取締役 森 信介
所在地	東京都千代田区神田駿河台2丁目9番地
電話番号/FAX番号	03-3291-2121
ホームページアドレス	http://www.nichiigakkan.co.jp
設立年月日	昭和 48年 8月
直近の事業収支決算額※	(収益)262,653百万円 (費用)250,358百万円 (損益)12,295百万円
会計監査人との契約	無・有 (東陽監査法人)
他の主な事業	<p>■医療関連事業：病院・診療所および調剤薬局における診療報酬請求事務などの各種医事関連事業、経営コンサルティング。物品管理業務、院内保育などの受託</p> <p>■ヘルスケア事業：訪問介護、訪問入浴介護、デイサービス、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス、高齢者食事サービス、福祉用具の販売・レンタル、住宅改修、障がい福祉サービス、家事代行サービス</p> <p>■教育事業：医療事務技能者、ホームヘルパー、ベビーシッターの養成を中心とした資格取得・技能講座および豊かなライフワークを目指す各種講座の開講</p>

※ 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	介護付有料老人ホーム ニチイケアセンター伊勢原	
所在地	神奈川県伊勢原市板戸599-5	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型・外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 1474000682 指定年月日 2009年10月1日) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり

	提携ホームの利用等	無 ・ 有 ()				
開設年月日	平成 21年 10月 1日					
管理者氏名	大井手 悟					
電話番号／FAX番号	0463-97-4131／0463-97-4132					
メールアドレス	hstu30@nichiigakkan.co.jp					
交通の便	小田急小田原線「伊勢原駅」 徒歩15分					
ホームページアドレス	http://www.nichiigakkan.co.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				
建物概要	(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				
居室概要	敷地面積	1591.75 m ²				
	抵当権の設定	無 ・ 有				
(内訳)	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				
共用設備概要	(借家の場合の契約期間)	2007年 5月 1日～ 2032年 4月 30日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ 有				
居室概要	建物の構造	鉄骨造 地上3階建 (耐火 ・ 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	1785.06 m ² (うち有料老人ホーム 1785.06 m ²)				
共用設備概要	建築年月日	2007年 4月 27日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
居室概要	建築確認時の主要用途	有料老人ホーム ・ その他 ()				
	抵当権の設定	無 ・ 有				
居室概要	居室総数	51室 定員 51人(一時介護室を除く)				
	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
居室概要		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	1	無 ・ 有	無 ・ 有	18.0m ² ～ 19.2m ²	51
居室概要	Bタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	Cタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
居室概要	Dタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	食堂	無 ・ 有 (1階 46.63m ² ・ 2,3階 59.47m ²)				
共用設備概要	浴室	一般浴槽	無 ・ 有 (1階 3.20 m ² ・ 2,3階 3.20 m ² *2 箇所)			
		リフト浴	無 ・ 有 (1階 ・ 8.12 m ²)			
共用設備概要	ストレッチャー浴		無 ・ 有 (階 ・ m ²)			
	便所		無 ・ 有 (1階 4.79 m ² ・ 2,3階 4.68 m ²)			
洗面設備		無 ・ 有 (各居室、各階リビング ・ 浴室に設置)				

	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 7.61 m ²)
	談話室	<input type="checkbox"/> ・ 有 (階・ m ²)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 3.5 m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 22.08 m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階3.74 m ² 2,3階5.40 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階2.63 m ² 2,3階4.48 m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・7.61 m ²)
	機能訓練室	無 ・ 有 (階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各階リビング)
	健康・生きがい施設	<input 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	(2.1 m ~ 2.1 m)
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	
	<input 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式				
敷金		<input type="checkbox"/> ・ 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
Aタイプ	163,078	84,500	35,840		42,738	
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料	家賃	修繕費、管理事務費、オーナー様への月額賃料、施設所在地周辺での家賃相場から家賃を算出しております。				
	管理費	共用施設の維持管理費、水光熱費、その他共同の益に供する全ての経費から月額必要経費を産出し、その必要経費から一人当たりの管理費を算出しております。				

の 算 定 根 拠	介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含んでおりません。 介護用品費や理美容費等の個人に関わる費用や医療費、医師の往診等は別途実費ご負担いただきます。その他、別紙「介護サービス等一覧表」に記載の料金を受領いたします。	
	食費	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は朝食 324 円（うち消費税等 24 円）、昼食 550 円（うち消費税等 40 円）、夕食 550 円（うち消費税等 40 円）、1 日あたり 1,424 円（うち消費税 104 円）として計算し請求致します。 ・欠食の場合は朝食 183 円（うち消費税等 13 円）、昼食 304 円（うち消費税等 22 円）、夕食 329 円（うち消費税等 24 円）、1 日あたり 816 円（うち消費税 59 円）として計算し返金いたします。なお、厨房管理費 18,258 円（うち消費税等 1,352 円）は、厨房設備の管理費、維持費に充当する為、欠食による返金はありません。 	
	光熱水費	管理費に含まれます。	
前払金		無	
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	振替日・振込日 27 日 (休業日の場合翌営業日)
支払方法	口座引落、口座振込 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い。
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	<p>条件</p> <p>入居契約書の規定に基づき、以下のとおり対応します。</p> <p>1. 次の各号のいずれかの事由に該当する場合、終了するものとします。</p> <p>(1) 第27条に定める解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合</p> <p>(2) 第28条に定める契約解除の意思表示がなされた場合</p> <p>(3) お客様がお亡くなりになられた場合</p>
----------------	---

	<p>2. ニチイ学館は、お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が次の事項に該当する場合には、第27条の規定に関わらず、本契約を解除することができます。</p> <p>(1) 入居申込書及び入居に必要な書類に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合</p> <p>(2) お客様による利用料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、1ヶ月以上の期間を定めた催告にも関わらず、これが支払われない場合</p> <p>(3) お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、故意にニチイ学館並びにホームの介護・介護予防従業者及び他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、本契約を継続し難い事情が認められる場合</p> <p>(4) お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、法令及び本契約の条項に重大な違反を行い、改善の見込みがない場合</p> <p>(5) 伝染性疾患等により、他のお客様の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合</p> <p>(6) お客様の行動が、ニチイ学館並びにホームの介護・介護予防従業者及び他のお客様の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、介護保険法上の方法ではこの行動を防止できないとニチイ学館が判断した場合。尚、いずれの場合においても、医師の意見を考慮するとともに、一定の観察期間を設けるものとする。</p> <p>(7) お客様が入居中に医療行為が必要になり、関係法令に基づきホームの人員体制では対応が困難であると判断した場合、又は病気治療のため病院もしくは診療所等入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合。尚、いずれの場合においても、医師の意見を考慮するものとする。</p> <p>(8) 前号に掲げる場合の他、お客様が2ヶ月以上の長期に亘ってホームを離れることが明らかな場合</p> <p>(9) 前各号の他、お客様又は身元引受人、ご家族その他ご関係者及びニチイ学館との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合</p>
	<p>手続き</p> <p>1. 前項の通告に先立ち、お客様及び身元引受人等に弁明の機会を設け、原則として90日の予告期間を要するものとします。尚、予告期間中に、お客様の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、お客様や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力するものとする。</p> <p>2. ニチイ学館は、本契約に基づくサービスの提供を維持することが困難と判断すべきホーム運営上のやむなき事情が発生した場合、お客様に対し、原則として90日前までに解約の理由を記載した書面をもって通知することにより、本契約を解約することができます。)</p>
	<p>解約予告期間 (90 日)</p>
<p>入居者からの解約予告期間</p>	<p>30 日</p>

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	諸物価、公共料金等の変動に基づき、改定する事があります。この際運営懇談会等において十分な説明を行い、お客様及び身元引受人の同意を得ることとします。なお、介護報酬又は消費税等の関連法令等の改正にあたっては、お客様及び身元引受人への通知をもって、同意に代えさせていただきます。		
	手続き方法	重要事項説明書を取り交わします。		
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	<p>1 減額なし</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>			
消費税の対象外とする利用料等	管理費及び家賃相当額。 なお、食費・個別対応に関わる費用・生活サポート費・体験入居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			
	2 有	期間	7泊8日	
		費用	53,900円（うち消費税等4,900円） 満室時は非対応 ※ 但し、体験入居期間の増減については、一日当たり7,700円（うち消費税等700円）をもって精算することとします。	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	自立した生活が困難になったお客様に対して、心身の状態に合わせた個別の介護計画を作成し、家庭的な環境の下で食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練等必要なサービス提供する。2.可能な限り自立した生活が送れるように“自立支援”をサービスの基本とし、お客様の意志及び人格を尊重しお客様の立場に立った適切なサービス提供に努める。3.ホーム完結型にならないように関係市町村や他の施設・団体・ボランティア福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、地域を生活圏とした社会生活上の便宜を図る。		
サービスの提供内容の特色	全室個室対応で入浴も個別入浴によるプライバシーに配慮しております。		
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費、水光熱費、その他共同の益に供する全ての費用
	食費	三食の提供、おやつ、厨房管理費
	その他	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先 (日本ゼネラルフード株式会社)
		委託内容 (朝・昼・夜の食事サービスの提供)
安否確認の方法・頻度等	居室訪室による安否確認、2時間に1回程度	
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 (損保保健ジャパン日本興亜株式会社 総合賠償責任保険)

※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	入居している居室で介護します。 ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室は全て同じになるため、一般居室から介護居室への住み替えはありません。 <p>2 別の居室へ住み替える場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お客様の生活の維持及びホームの運営上、支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合、次の手続きを経て、居室を変更することがあります。この場合、追加の費用は必要ありません。また、お客様が新たに利用する居室へ利用権が移行します。 (1) 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。 (2) ホームの指定する医師の意見を聞く。 (3) お客様及びその身元引受人等の同意を得る。 <p>3 提携ホームへ住み替える場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提携ホームはありません。
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	みつぼしクリニック
	診療科目	内科・皮膚科・診療内科・放射線科
	所在地	神奈川県足柄上郡中井町北田 525
	距離及び所要時間	約 11 km 車で約 30 分
	協力内容	往診・訪問診療
協力医療機関 (又は嘱託)	名称	伊勢原サンクリニック

医) の概要及び協力内容	診療科目	内科一般
	所在地	神奈川県伊勢原市東大竹 279-1
	距離及び所要時間	約 1.5 km 車で約 5 分
	協力内容	往診・訪問診療
協力医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	ホームオン伊勢原クリニック
	診療科目	内科、血液内科
	所在地	神奈川県伊勢原市桜台 1-10-9 桐谷ビル 1 階
	距離及び所要時間	約 1.5 km 車で約 5 分
	協力内容	往診・訪問診療
協力医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	厚木佐藤病院
	診療科目	内科・消化器科・循環器科・整形外科・眼科等
	所在地	神奈川県厚木市小野 759
	距離及び所要時間	約 5 km 車で約 15 分
	協力内容	外来・入院診療
協力歯科医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	湘南ファミリー歯科
	所在地	神奈川県藤沢市辻堂新町 4 丁目 1-1 湘南モール FILL 1F
	距離及び所要時間	約 20 km 車で約 40 分
	協力内容	往診
	名称	湘南ファミリー歯科
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>(1) ニチイ学館は、お客様が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合、又はその他必要を認めた場合は、お客様の主治医又はニチイ学館の協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援いたします。</p> <p>(2) ニチイ学館は、救急時において、的確かつ迅速に対応し、状況により協力医療機関等での救急対応が受けられるよう計らいます。</p> <p>(3) 入院期間中は月額利用料のうち管理費、家賃相当額及び厨房管理費はお支払い頂きます。</p> <p>(4) 協力医療機関への入退院、通院に係る費用はサービスに含まれます。</p> <p>(5) 入院治療に係る費用は入居者の負担になります。</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

(2021年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (16時～翌9時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の	管理者	1			
	生活相談員		1		
	介護職員	3	21	3	
	看護職員	1	4		

内 訳	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1	4		看護師が兼務
	計画作成担当者	1			
	栄養士				
	調理員				
	事務職員	1			
	その他職員		1		
合 計	7	27			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ ①								
	資格等	1 無									
		② 有									
	資格等の名称		介護実務者研修								
	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	4	1						1	
前年度1年間の退職者数				1						1	
業務に従事した経年数に応じた職員の人数	1年未満	2	2	1			2				
	1年以上3年未満		6								
	3年以上5年未満		8								
	5年以上10年未満	1	2	2				1	1		
	10年以上	1	1	1	2			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	人	介護職員実務者研修修了者	人
介護福祉士	8人	介護職員初任者研修修了者	16人
介護支援専門員	人	資格なし	人

6 入居状況等

(2021年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	49人 (定員 51人)
入居者の状況	男性 15人、女性 34人
	自立 0人

	要支援 4人	(内訳) 要支援1 3人 要支援2 1人
	要介護 45人	(内訳) 要介護1 8人 要介護2 6人 要介護3 9人 要介護4 5人 要介護5 2人
平均年齢	89.9歳(男性 89.6歳、女性 90.0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	1人	
		医療機関	5人	
		死亡者	5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	(解約事由の例) ・家族の近くの施設へ入居する為。	1人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 無 <input checked="" type="checkbox"/> 2 有 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり</td> <td>(書面によって説明と同意を得る)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(書面によって説明と同意を得る)	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(書面によって説明と同意を得る)				
<input type="checkbox"/> 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 ・ <input type="checkbox"/> 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)	<p><事業所及び法人></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ニチイケアセンター伊勢原 特定施設入居者生活介護(事業所内の苦情受付窓口) TEL: 0463-97-4131 (定休日なし。対応時間・・・9:00~18:00) ・株式会社ニチイ学館平塚支店(ニチイ学館の苦情受付窓口) TEL: 0463-25-6682 (原則として、土曜日、日曜日、国民の祝祭日、年末年始) (対応時間・・・9:00~17:15) ・ニチイコールセンター(ニチイ学館の苦情受付窓口) TEL: 03-605025 (定休日なし。24時間対応) <p>施設及び本社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ことができます。</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県国民健康保険団体連合会（苦情相談窓口） TEL：045-329-3447（苦情専用） ・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） ・伊勢原市 介護高齢課 午前9時～午後5時 TEL：0463-94-4711 ・平塚保健福祉事務所 保健福祉課 午前9時～午後5時 TEL：0463-32-0130（代表）
<p>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）</p>	<p>事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から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。</p>
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<p style="text-align: center;">☒ ・ 可</p>
<p>身元引受人の条件及び義務等</p>	<p>入居契約書の規定に基づき、以下の条件及び義務を負います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. お客様は、ニチイ学館の承認する身元引受人を、原則として1名定めるものとします。 2. 身元引受人は、ニチイ学館と共同してお客様のホーム生活の質の向上に努めるものとします。 3. 身元引受人は、お客様の能力や健康状態等について、正確な情報をニチイ学館に提供しなければなりません。 4. 身元引受人は、特段の事情のない限り、ニチイ学館の規則及びホームの従業者又は医師の指示に従うものとします。但し、お客様又は身元引受人が、介護及び医療に関するニチイ学館又は協力医師の指示等に従うことを拒否する旨を明示した書面をニチイ学館に提示し、この事項を原因として生じる一切についてはお客様又は身元引受人が責任を負うことを明らかにしたときは、この限りではありません。 5. 身元引受人は、都道府県、市区町村又は国民健康保険団体連合会、その他行政機関が関係法令に基づき行うニチイ学館への指導、監査又は調査に可能な限り協力するものとします。 6. 身元引受人は、本契約に基づくお客様の一切の債務について連帯して保証するとともに、ニチイ学館が必要と認め要請したときは、ニチイ学館と協議し、身上監護に関する決定、お客様の身柄の引き受け又は残置財産の引き取り等に責任を負うものとします。 7. ホームは、お客様の生活及び健康状況並びにサービスの提供状況を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 8. ニチイ学館は、本条において身元引受人が1名では履行しかねると判断した場合、複数の身元引受人を定めることを求めることができるものとします。 9. ニチイ学館は、身元引受人の変更が必要と判断した場合には、お客様に新たな身元引受人を定めることを求めることがあります。 10. お客様は、前項に規定する求めを受けた場合には、直ちに身元引受人を定めなければならないものとします。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" 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"/> 2 有	実施日	令和3年5月～6月
		結果の開示	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有		

9 情報開示

入居希望者等への 開示	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/> 1 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"/> 1 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"/> 1 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"/> 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)

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム兼、特定施設入居者生活介護重要事項説明書により説明を行い、交付致しました。

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、本有料老人ホーム兼、特定施設入居者生活介護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）
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 6時～21時	有	3回（救急対応の必要性の確認等）	-	-	3回	-	-	3回	-	-
・夜間 21時～6時	有	2回（救急対応の必要性の確認等）	-	-	2回	-	-	2回	-	-
②食事介助	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-
③排泄										
・排泄介助	有	必要に応じ誘導、見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ誘導、見守りまたは介助	-	-	必要に応じ誘導、見守りまたは介助	-	-
・おむつ交換	有	必要に応じ適宜（体調不良時等）	-	-	必要に応じ適宜	-	-	必要に応じ適宜	-	-
④入浴等										
・清拭	有	（体調不良等による未入浴時）	-	-	週2回（未入浴時）	-	-	週2回（未入浴時）	-	-
・一般浴介助	有	週2回（体調不良等による入浴時見守りまたは介助）	-	-	週2回（入浴時見守りまたは介助）	※2	-	週2回（入浴時見守りまたは介助）	※2	-
・特浴介助	有	-	-	-	週2回（入浴時見守りまたは介助）	※2	-	週2回（入浴時見守りまたは介助）	※2	-
⑤身辺介助										
・体位交換	有	必要に応じ適宜（体調不良時等）	-	-	必要に応じ適宜	-	-	必要に応じ適宜	-	-
・居室からの移動	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-
・衣類の着脱	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-
・身だしなみ介助	有	必要に応じ見守りまたは介助（体調不良時等）	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-	必要に応じ見守りまたは介助	-	-
⑥機能訓練	有	必要に応じ生活リハビリ	-	-	必要に応じ生活リハビリ	-	-	必要に応じ生活リハビリ	-	-
⑦通院の介助	有	随時	-	実費	随時	-	-	随時	-	-
⑧緊急時対応	有	各居室及び居室内トイレ、一般浴室、トイレに設置	-	-	各居室及び居室内トイレ、一般浴室、トイレに設置	-	-	各居室及び居室内トイレ、一般浴室、トイレに設置	-	-
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	週2回	※4	-	週2回	※4	-	週2回	※4	-
・洗濯	有	定期交換：週1回	※5	-	定期交換：週1回	※5	-	定期交換：週1回	※5	-
②居室配膳・下膳	有	週2回	※6	-	週2回	※6	-	週2回	※6	-
③理美容	有	必要に応じ随時	-	-	必要に応じ随時	-	-	必要に応じ随時	-	-
④代行										
・買物	有	-	-	-	週1回	-	-	週1回	-	-
・役所手続	有	-	※9	-	-	※8	-	-	※8	-
3. 健康管理サービス										
・健康診断	無	年2回の機会を設ける	※10	-	年2回の機会を設ける	※10	-	年2回の機会を設ける	※10	-
・健康相談	有	随時	-	-	随時	-	-	随時	-	-
・生活指導	有	随時	-	-	随時	-	-	随時	-	-
・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										
・入退院時の同行	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	-	※12	-	-	※12	-	-	※12	-

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			食堂と併用
11	談話室	無			
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

<p>介護保険施設種別</p>	<p>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）</p>																																																																								
<p>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）</p>	<p>特定施設入居者生活介護（1か月30日の例）</p> <table border="1" data-bbox="497 488 1279 790"> <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>187,493円</td> <td>18,750円/37,499円/56,248円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>210,128円</td> <td>21,013円/42,026円/63,039円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>234,132円</td> <td>23,414円/46,827円/70,240円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>256,087円</td> <td>25,609円/51,218円/76,827円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>279,756円</td> <td>27,976円/55,952円/83,927円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※令和3年9月30日までの間、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、上記の基本料金に0.1%上乗せされます。</p> <p>各種加算の状況</p> <table border="1" data-bbox="497 947 1279 1883"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th colspan="2">減算型・基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input 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 type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無</td> <td>・<input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td>・有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input 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 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 type="checkbox"/>有</td> <td>(I)イ</td> </tr> <tr> <td>(I)ロ</td> </tr> <tr> <td>(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>II</td> </tr> <tr> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>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>I</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> II</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	187,493円	18,750円/37,499円/56,248円	要介護2	210,128円	21,013円/42,026円/63,039円	要介護3	234,132円	23,414円/46,827円/70,240円	要介護4	256,087円	25,609円/51,218円/76,827円	要介護5	279,756円	27,976円/55,952円/83,927円	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	<input type="checkbox"/> 無	・有	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	医療機関連携加算	無	・ <input type="checkbox"/> 有	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無	・有	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I)	(II)	サービス提供体制強化加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	(I)イ	(I)ロ	(II)	<input type="checkbox"/> (III)	介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I	II	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	I	<input type="checkbox"/> II
区分	月額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)																																																																							
要介護1	187,493円	18,750円/37,499円/56,248円																																																																							
要介護2	210,128円	21,013円/42,026円/63,039円																																																																							
要介護3	234,132円	23,414円/46,827円/70,240円																																																																							
要介護4	256,087円	25,609円/51,218円/76,827円																																																																							
要介護5	279,756円	27,976円/55,952円/83,927円																																																																							
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	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
医療機関連携加算	無	・ <input type="checkbox"/> 有																																																																							
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無	・有																																																																							
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I)																																																																							
		(II)																																																																							
サービス提供体制強化加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	(I)イ																																																																							
		(I)ロ																																																																							
		(II)																																																																							
		<input type="checkbox"/> (III)																																																																							
介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I																																																																							
		II																																																																							
		III																																																																							
		IV																																																																							
		V																																																																							
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	I																																																																							
		<input 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	65,396円
	要支援2	109,630円
	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)	
	要支援1	6,540円/13,080円/19,619円
	要支援2	10,963円/21,926円/32,889円
	※令和3年9月30日までの間、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、上記の基本料金に0.1%上乘せされます。	
	各種加算の状況	
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無・有
	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無・有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無・有	
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	
サービス提供体制強化加算	(I)	
	(I)イ	
	(I)ロ	
	(II)	
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・有	
	(I)	
	II	
	III	
	IV	
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	I	
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・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	5.9	4.9	4.0
要介護者の人数	40.6	44.1	45.0
指定基準上の直接処遇職員の数	15.5	16.3	16.3
配置している直接処遇職員の数	24.1	23.7	23.3
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割合	1.78 : 1	2.16 : 1	2.11 : 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 : 00 ~ 16 : 00	
		日勤 9 : 00 ~ 18 : 00	
		遅番 10 : 30 ~ 19 : 30	
		夜勤 16 : 30 ~ 9 : 30	
	看護職員	早番 7 : 00 ~ 16 : 00	
		日勤 9 : 00 ~ 18 : 00	
		遅番 : ~ :	
		夜勤 : ~ :	