

## 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	<a href="https://www.mimoza-care.jp">https://www.mimoza-care.jp</a>
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	<input type="checkbox"/> 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)、サービス付き高齢者向け住宅事業、家具付き高齢者住宅事業

※ 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	ミモザ湯河原	
所在地	神奈川県足柄下郡湯河原町中央1丁目1613-4	
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	<input 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 type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ( )
	介護保険	<input type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1471500775、指定年月日 平成24年10月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦同居室) 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24年10月1日
管理者氏名	力石 潤	
電話番号／FAX番号	0465-60-3550/0465-60-3551	
メールアドレス	<a href="mailto:yugawara@mimoza-care.jp">yugawara@mimoza-care.jp</a>	

交通の便	JR湯河原駅より徒歩13分 ⑤番バス乗り場 門川・吉浜経由『真鶴駅行』乗車 吉浜温泉場下車 徒歩3分				
ホームページアドレス	<a href="https://www.mimoza-care.jp">https://www.mimoza-care.jp</a>				
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	1,164.78 m <sup>2</sup>			
	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)	平成24年10月1日～ 令和24年9月30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	RC造 地上 2階建 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他			
	延床面積	1,398.60m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム 1,398.60m <sup>2</sup> )			
	建築年月日	平成24年8月31日建築			
	改築年月日	年 月 日改築			
	建築確認の用途指定	<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	居室総数	36室	定員	36人(一時介護室を除く)	
	<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
	居室	1人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	18.00m <sup>2</sup> 36室
共用設備概要	食堂	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階 (55.75m <sup>2</sup> ), 2階 (52.44m <sup>2</sup> )			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階 1ヶ所(5.47m <sup>2</sup> ), 2階 2ヶ所(5.11 m <sup>2</sup> ×2)		
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階・ m <sup>2</sup> )		
		ストレッチャー浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階 ( 15.18 m <sup>2</sup> )		
	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 各居室、1・2階 共用各2ヶ所			
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 各居室、1・2階 共用各2ヶ所			
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階(10.70 m <sup>2</sup> )			
談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階(9.33 m <sup>2</sup> )				

	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 階(9.33 m <sup>2</sup> )
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 階(18.21 m <sup>2</sup> 看護・介護職員室兼用)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 階(15.13 m <sup>2</sup> ) 2 階(9.04 m <sup>2</sup> )
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階(15.13m <sup>2</sup> ・洗濯室兼用) 2 階(9.04 m <sup>2</sup> ・洗濯室兼用)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階(18.21m <sup>2</sup> ・事務室兼用) 2 階(10.80 m <sup>2</sup> )
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階(55.75m <sup>2</sup> ) 2階(52.44m <sup>2</sup> ) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 食堂 )
	健康・生きがい施設	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階リフレッシュルーム(8.12m <sup>2</sup> )
	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 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 (片側廊下1.4 m以上、廊下1.8 m以上)	
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 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	指定されている危険区域 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( 津波 )	
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 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)					
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費	その他
要介護等認定者	180,250 (内消費税 5,250)	99,000 (非課税)	25,750 (内消費税 750)		55,500 (内消費税 4,500)	実費	0

自立者	207,750 (+消費税 7,750)	99,000 (非課税)	25,750 (内消費税 750)		55,500 (内消費税 4,500)	実費	27,500 (内消費税 2,500)
月額利用料の算定根拠	家賃	近傍相場等を勘案して算出					
	管理費	管理費①17,500円 (非課税) 共用施設光熱水費、エレベーター維持費、消防設備維持費、空調・給排水設備維持費、環境植栽維持費 管理費②8,250円 (内消費税750円) 事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供の為の人件費・事務費 管理費①+管理費②=25,750 (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。					
	食費	月額 55,500円 (内消費税4,500円) (1人1日3食×30日の場合の概算額) <内訳> ・食材費 32,400円(内消費税2,400円) ・調理費 23,100円(内消費税2,100円) 1) 朝食：389円(内消費税29円) 2) 昼食：691円(内消費税51円) (おやつ代込) 3) 夕食：770円(内消費税70円) ※欠食は2日前正午12時までの申し出により、 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32円) 4)おやつ：65円(内消費税5円) を食費の月額から減額します。					
	光熱水費	居室内電気使用量実費					
	その他	27,500 円(内消費税 2,500 円) (介護保険利用者以外への生活支援サービス費として)					
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		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		保全措置の内容 ( )			
				無の場合の理由 (前払金を頂いていない。)			
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28条1項、2項、5項、6項による )
	手続き ( 入居契約書第28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件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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	期間	14日を限度とする。
		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もってお迎え致します。 2. いま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過ごしていただける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、排泄等の介護、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思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供します。また、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう「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ご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・ <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	共用施設光熱水道費、環境整備費、施設管理費、事務経費	
	食費	・食材費・・・3食の提供、おやつ、その他水分補給のための飲み物、一部外食費用 ・調理費・・・調理職員経費、調理機材保全費、備品補填費を含みます	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先 ( 株式会社ハーベスト )	
		委託内容 ( 3食・おやつの調理、配膳 )	
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・ <input checked="" type="checkbox"/>	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。ただし、心身の状態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	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 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み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	湯河原ホームクリニック
	診療科目	内科、整形外科、精神科、皮膚科
	所在地	湯河原町土肥3丁目8-1
	距離及び所要時間	湯河原駅より 900m ミモザ湯河原より 800m
	協力内容	利用者の健康管理、訪問診療
協力医療機関 (又は嘱託)	名称	湯河原病院

医) の概要及び協力内容	診療科目	内科、整形外科、形成外科、皮膚科
	所在地	湯河原町宮上 438
	距離及び所要時間	湯河原駅より 2,600m ミモザ湯河原より 3,600m
	協力内容	利用者の健康指導、救急患者の受け入れ
協力医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	国際医療福祉大学熱海病院
	診療科目	内科、外科、脳神経外科、耳鼻科
	所在地	熱海市東海岸 13-1
	距離及び所要時間	熱海駅より 800m 徒歩 10分 ミモザ湯河原より 6,300m 車で 20分
	協力内容	利用者の健康指導、救急患者の受け入れ
協力医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	湯河原中央温泉病院
	診療科目	内科
	所在地	湯河原町中央四丁目 1 1-2
	距離及び所要時間	JR湯河原駅下車1,200m 徒歩15分 ミモザ湯河原より 800m 徒歩 10分(車3分)
	協力内容	受診、入院、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	さくらぎ小田原歯科
	所在地	小田原市寿町 5-1 2-20
	距離及び所要時間	JR 小田原駅下車バス 10分陣馬下車徒歩 2分
	協力内容	訪問
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また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居者負担となります。 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			介護職兼務
	生活相談員	3			介護職兼務
	介護職員	8	5	2	
	看護職員	1	2		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				

	その他	1			看護職兼務
	計画作成担当者	1			介護職兼務
	栄養士				外部委託
	調理員				外部委託
	事務職員		1		
	その他職員				
合 計		13	8		

(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 有									
		資格等の名称		ヘルパー2級							
	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		1		1	1						
前年度1年間の退職者数			2	1	2						
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		5	1	1					
	1年以上3年未満		1	1	3						
	3年以上5年未満		1	1		1					
	5年以上10年未満			1	1					1	
	10年以上						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	10人	介護職員初任者研修修了者	6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 36人)			
入居者の状況	男性	9人、女性	26人	
	自立	0人		
	要支援	9人	(内訳)	要支援1 6人 要支援2 3人



	要介護 26人	(内訳)	要介護1	4人
			要介護2	6人
			要介護3	7人
			要介護4	9人
			要介護5	0人
平均年齢	89.6歳(男性 87.2歳、女性 90.5歳)			

## 7 退去状況等

前年度における退去者の状況	退居先別の人数	自宅等	0人	
		社会福祉施設	0人	
		医療機関	1人	
		死亡者	7人	
		その他	3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		4人
			(解約事由の例)	
			長期入院の為、他施設への転居	

## 8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>1 無</p> <p>2 有</p> <p>1 代替措置あり(書面によって説明と同意を得る。)</p> <p>2 代替措置なし</p>
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)	<p>苦情対応マニュアルに従って、担当者・責任者に連絡し、誠実に対応し、経過を記録に残します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談窓口 ミモザ湯河原 管理者 力石 潤 電話 0465-60-3550</li> <li>本社お客様相談室 電話 03-6712-8110</li> </ul> <p>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ことができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 電話 045-329-3447</li> <li>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)</li> <li>湯河原町介護課 電話 0465-63-2111(代表)</li> <li>社団法人 全国有料老人ホーム協会 電話 03-3548-1077</li> </ul>

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	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 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	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 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 ・ <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	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	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 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	1 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	1回			4時間ごと及び適宜巡回			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 18時～9時	有	2回			4時間ごと及び適宜巡回			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					適宜対応			適宜対応		
・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	—	
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	550円/回	週2回 適宜対応	週3回目以降	550円/回	週2回 適宜対応	週3回目以降	550円/回
・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	—		サービス計画に基づいて実施	—	—	サービス計画に基づいて実施	—	—
⑦通院の介助	有	協力医療機関への付添い	協力医療機関以外への付添い	2,200円/時間	協力医療機関への付添い	協力医療機関以外への付添い	2,200円/時間	協力医療機関への付添い	協力医療機関以外への付添い	2,200円/時間
⑧緊急時対応	有	24時間対応								
<b>2. 生活サービス</b>					24時間対応	—		24時間対応	—	
①家事										
・清掃	有	週1回	特別清掃	787円/30分	週1回	特別清掃	787円/30分	週1回	特別清掃	787円/30分
・洗濯	有	—	希望時	1,100円/回	肌着等水洗いできる物	左記以外の場合	実費	肌着等水洗いできる物	左記以外の場合	実費
②居室配膳・下膳	有	体調不良時	ご希望される方	220円/回	体調不良時	ご希望される方	220円/回	体調不良時	ご希望される方	220円/回
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	週1回指定日	左記以外の場合	2,200円/回・時間	週1回指定日	左記以外の場合	2,200円/回・時間	週1回指定日	左記以外の場合	2,200円/回・時間
・役所手続	有	適宜対応（週1回まで）	左記以外の場合	2,200円/回・時間	適宜対応（週1回まで）	左記以外の場合	2,200円/回・時間	適宜対応（週1回まで）	左記以外の場合	2,200円/回・時間
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有	—	年2回	実費負担	—	年2回	実費	—	年2回	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			適宜対応			適宜対応		
・医師の往診	有	—	月2回程度	医療保険適用	—	月2回程度	医療保険適用	—	月2回程度	医療保険適用
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・入退院時の同行	有		必要時（職員付添い）	2,200円/回・時間	—	必要時（職員付添い）	2,200円/回・時間	—	必要時（職員付添い）	2,200円/回・時間
<b>5. その他サービス</b>										
・レクリエーション	有	随時実施・選択制	材料費、月謝	実費負担	随時実施・選択制	材料費、月謝	実費負担	随時実施・選択制	材料費、月謝	実費負担

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		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 <input checked="" 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）	<p style="text-align: center;">特定施設入居者生活介護 <span style="float: right;">（1か月30日の例）</span></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">月 額</th> <th style="width: 65%;">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>161,400円</td> <td>16,140円/32,280円/48,420円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>181,200円</td> <td>18,120円/36,240円/54,360円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>202,220円</td> <td>20,220円/40,440円/60,660円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>221,400円</td> <td>22,140円/44,280円/66,420円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>242,100円</td> <td>24,210円/48,420円/72,630円</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">各種加算の状況</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td colspan="2">（無・<input checked="" type="checkbox"/>）</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算[申出]の有無</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td colspan="2">（無・<input checked="" type="checkbox"/>）</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td colspan="2">（<input checked="" type="checkbox"/>・有）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>（Ⅰ）</td> </tr> <tr> <td>（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 checked="" type="checkbox"/></td> <td>（Ⅰ）</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>（Ⅱ）</td> </tr> <tr> <td>（Ⅲ）</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>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 checked="" type="checkbox"/></td> <td>Ⅰ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" 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	161,400円	16,140円/32,280円/48,420円	要介護2	181,200円	18,120円/36,240円/54,360円	要介護3	202,220円	20,220円/40,440円/60,660円	要介護4	221,400円	22,140円/44,280円/66,420円	要介護5	242,100円	24,210円/48,420円/72,630円	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	（無・ <input checked="" type="checkbox"/> ）		入居継続支援加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		生活機能向上連携加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		個別機能訓練加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		ADL維持等加算[申出]の有無	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		夜間看護体制加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		若年性認知症入居者受入加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		科学的介護推進体制加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		医療機関連携加算	（無・ <input checked="" type="checkbox"/> ）		口腔衛生管理体制加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		口腔・栄養スクリーニング加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		看取り介護加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）		認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	（Ⅰ）	（Ⅱ）	サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> （Ⅱ）	（Ⅲ）	介護職員処遇改善加算	無・ <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
区 分	月 額	利用者負担額 （1割/2割/3割の場合）																																																																												
要介護1	161,400円	16,140円/32,280円/48,420円																																																																												
要介護2	181,200円	18,120円/36,240円/54,360円																																																																												
要介護3	202,220円	20,220円/40,440円/60,660円																																																																												
要介護4	221,400円	22,140円/44,280円/66,420円																																																																												
要介護5	242,100円	24,210円/48,420円/72,630円																																																																												
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	（無・ <input checked="" type="checkbox"/> ）																																																																													
入居継続支援加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
生活機能向上連携加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
個別機能訓練加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
ADL維持等加算[申出]の有無	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
夜間看護体制加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
若年性認知症入居者受入加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
科学的介護推進体制加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
医療機関連携加算	（無・ <input checked="" type="checkbox"/> ）																																																																													
口腔衛生管理体制加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
口腔・栄養スクリーニング加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
看取り介護加算	（ <input checked="" type="checkbox"/> ・有）																																																																													
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	（Ⅰ）																																																																												
		（Ⅱ）																																																																												
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	（Ⅰ）																																																																												
		<input checked="" type="checkbox"/> （Ⅱ）																																																																												
		（Ⅲ）																																																																												
介護職員処遇改善加算	無・ <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																																																																												

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	54,600円	5,460円/10,920円/16,380円
	要支援2	93,300円	9,330円/18,660円/27,990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	(無・有)	
	個別機能訓練加算	(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)		
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	
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)	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	3.7	3.7	3.5
要介護者の人数	24.6	23.9	22.7
指定基準上の直接処遇職員の数	9	9	8
配置している直接処遇職員の数	12.8	11.8	13.7
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 の割合	2.0 : 1	2.1 : 1	1.7 : 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 7:30~16:30 日勤 8:30~17:30 遅番 10:00~19:00 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	:	~	: