

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和元年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 千雅
代表者名	代表取締役 田中 悠雅
所在地	神奈川県横浜市緑区上山二丁目35番1号
電話番号/FAX番号	TEL 045-507-5256 / FAX 045-929-5351
ホームページアドレス	http://chi-ga.jp/
資本金(基本財産)	1000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	田中悠雅 30% 田中真代 30% 田中隆雅 30%
設立年月日	平成 19年 8月 8日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)1,591,399千円 (費用)1,433,875千円 (損益)157,524千円
会計監査人との契約	無・有 (税理士法人 HORICO)
他の主な事業	介護保険指定事業(訪問介護、通所介護等)

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+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 宮崎台の杜	
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	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 指定介護保険特定施設 (番号1475501415、指定年月日2011年12月1日) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 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
	介護に関わる職員体制	3:1 以上 職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また、常時要介護者3人に職員が1人お世話するものではありません。
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	平成 23年 12月 1日	
施設の管理者氏名	段上 秀貴	
所在地	神奈川県川崎市宮前区馬絹2丁目3番28号	

電話番号／FAX番号	TEL 044-857-5977 / FAX 044-857-5978																												
メールアドレス	Miyazakidai_home@chi-ga.co.jp																												
交通の便 ※3	東急田園都市線 宮崎台駅 徒歩10分																												
ホームページアドレス	http://chi-ga.jp/miyazakidainomori/index.html																												
敷地概要 ※4	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)平成 年 月 日～平成 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 1236.66 m ²																												
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12月1日～平成42年2月27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RC造 地下 階 地上6階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 2445.10 m ² (うち有料老人ホーム2445.10m ²) 建築年月日平成5年2月22日建築 改築年月日平成22年2月22日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他()																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 68 室 定員 68人(一時介護室を除く) (内訳)																												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>68 室</td> <td>15.75 m²～17.10 m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>		居室定員	室数	面積	居室	個室	68 室	15.75 m ² ～17.10 m ²	うち2人定員	室	m ² ～ m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	68 室	15.75 m ² ～17.10 m ²																										
	うち2人定員	室	m ² ～ m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂		設置階 1～6 (30.75～79.50m ²)																										
	浴室	一般浴槽	設置階 1箇所 (55.37 m ²)																										
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 (m ²)																										
		ストレッチャー浴	設置階 (m ²)																										
	便所		設置箇所 6箇所 1～6階に共用																										
	洗面設備		設置箇所 5箇所 2～6階に共用																										
	医務室(健康管理室)		設置階 1階 (14.03 m ²)																										
	談話室		設置階 1階 (13.19 m ²)																										
	応接室/面談室		設置階 1階 (14.0 m ²)																										
	事務室		設置階 1階																										
	洗濯室		設置階 1階 (12.6 m ²)																										
	汚物処理室		設置階 1～6階																										
	看護・介護職員室		設置階 2～6階																										
	機能訓練室		設置階 1階 (79.50 m ²) 他の共用施設との兼用 無・有 ()																										
	健康・生きがい施設		設置階 1階 (18.82 m ²)																										

	エレベーター ※5	1 基(うちストレッチャー搬入可 1 基)
	スプリンクラー	設置箇所全館 (各居室・設備・廊下)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.6m~1.65m)
消防用設備等	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 (水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
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 各居室及び共同施設 (浴室、共同トイレ) に緊急コール設置 安否確認の方法・頻度等 3時間に1回及び適宜居室の見回り	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合 (指定居宅介護支援を含む) は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	川崎市における消費者物価指数及び人件費等より判断	
	手続き方法	運営懇談会に諮り同意を得た上で実施	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9							
敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）						
前払金 (介護費用の前払金を除く)	法第29条第6項に規定される前払金 円 ～ 円						
想定居住期間又は償却期間							
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
介護費用の前払金	円 ～ 円						
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
月額利用料	円 ～ 円						
年齢に応じた金額設定	無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
算定根拠 ※11	管理費						
	介護費用						
	食費						
	光熱水費						
	家賃相当額						
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12							

<p>介護保険に係る利用料 ※13 (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>		
	区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
	要介護1	円	円
	要介護2	円	円
	要介護3	円	円
	要介護4	円	円
	要介護5	円	円
	各種加算の状況		
	身体的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)	
	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)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
	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) イ
			(Ⅰ) ロ
			(Ⅱ) (Ⅲ)
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ
			Ⅱ
Ⅲ			
Ⅳ			
Ⅴ			
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 (割の場合)	
要支援1	円	円	
要支援2	円	円	
各種加算の状況			
身体的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	(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)		
医療機関連携加算	(無・有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・有)		
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) イ	
		(Ⅰ) ロ	
		(Ⅱ) (Ⅲ)	

介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料その他は毎月の請求による月払い						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> Aプラン (250,000円、家賃相当額の2か月分) 無・ <input checked="" type="checkbox"/> Bプラン (107,400円、家賃相当額の2か月分)						
月額利用料	Aプラン 231,000円 Bプラン 159,700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 ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	A 231,000	51,000	—	55,000	—	125,000	
	B 159,700	51,000	—	55,000	—	53,700	
算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費 管理部門の人件費、電気等利用料を勘案して算出					
	介護費用						
	食費	1ヶ月30日で計算					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	近傍家賃相場を勘案して算出					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	リネン/寝具一式、おむつ代、被服クリーニング代、理美容代、医療費 おやつ代、行事食と通常食との差額、趣味・余暇活動費、新聞・雑誌購読料、電気製品持込費用、個別的外出介助費用、冷暖房空調費（夏季、冬季）月額3,600円（税抜）						

介護保険に係る利用料 ※13 (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)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
	要介護1	185,820 円	18,582 円
	要介護2	208,439 円	20,844 円
	要介護3	232,441 円	23,245 円
	要介護4	254,717 円	25,472 円
	要介護5	278,376 円	27,838 円
	各種加算の状況		
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
	退院・退所時連携加算	(無・ <u>有</u>)	
	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)	
	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)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
	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)イ (I)ロ (II) (III)
			I II III IV V
			I II III IV V
	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 (割の場合)
要支援1	— 円	— 円	
要支援2	— 円	— 円	
各種加算の状況			
身体的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	(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)		
医療機関連携加算	(無・有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・有)		
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)イ (I)ロ (II) (III)	
		(I)イ (I)ロ (II) (III)	
		(I)イ (I)ロ (II) (III)	

			I
			II
			III
			IV
			V

介護職員処遇改善加算

(無・有)

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴き同意を得た上で行う
前払金の返還金の保全措置	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 保全措置の内容() 無の場合の理由(前払い金なし)
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 有の場合の保険名(株式会社損害保険ジャパンウォームハート)
消費税の対象外とする利用料等	課税対象となるものは税法に則り負担
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がある）	<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

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サ

ービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行うことにより、入居者の有する能力に応じ自立下日常生活を営む事が出来るよう援助を行う
サービスの提供内容に関する特色	入居者の心身の状況に応じ適切な技術を持って介護を行う。入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努める
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし

洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> ① 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> ② 委託	3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> ① 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> ① 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> ① 自ら実施	2 委託	3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	小規模修繕、フロント業務、管理・相談業務等
	食費	3食提供、配膳
	その他	—
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容※14	調理委託 株式会社SPINAL DESIGN 三食、おやつ、配膳	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）※15	施設及び本社 施設担当者：段上 秀貴 TEL044-857-5977 本社お客様相談室： TEL045-507-5256 施設及び本社での解決が難しい場合は、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 介護保険苦情相談課 TEL 045-329-3447 神奈川県福祉・次世代育成部高齢施設課 TEL 045-210-1111（代表） 神奈川県地域保健福祉部福祉監査指導課 TEL 045-210-1111（代表） 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 TEL 044-200-2111（代表）	
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、応急処置、協力医療機関である奥沢病院若しくは、たま日吉病院への搬入又は119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、ホームから家族の連絡を行います。 また、事故についての検証、今後の防止策を講じます	
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	事業者は、本契約に基づくサービスの提供にあたって、万一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、不可抗力による	

	場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。	
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基金制度への加入状況	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日 意見箱の設置（毎日） 結果の開示 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	<input type="checkbox"/> 無	
第三者による評価の実施状況	有	実施日
		評価機関名称
	結果の開示	1 有 2 無
<input checked="" type="checkbox"/> 無		

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 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	
入居を居住後に替居え室る又は合施設	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	—
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	<p><介護居室から他の介護居室への住み替え> 適切な介護サービス提供の為、一定の観察期間を設けホーム長、介護リーダー、看護師及び医師で構成するケア会議の判断を踏まえ、介護居室を変更して頂く事があります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えて頂きます。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。費用負担の減額については利用者に説明し、利用者の同意も得るものとします。</p> <p><入居からの住み替え申込> 現居室の補修費用をお支払い頂きます。</p>
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	—

6 医療

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 柏堤会 奥沢病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、放射線科、小児科
	所在地	東京都世田谷区奥沢2丁目11番11号
	距離及び所要時間	7.5 km、20分
	協力内容	別紙協定書写しのとおり
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 晃進会 たま日吉病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科 皮膚科、肛門科、婦人科、麻酔科 リハビリテーション科
	所在地	神奈川県川崎市麻生区王禅寺1105
	距離及び所要時間	6.1 km、20分
	協力内容	別紙協定書写しのとおり
入居者が医療を要する場合の対応（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）	<p>通院：協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院：医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払い頂き、入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用する事はありません。また、週1回の掃除を行います。</p>	

7 入居状況等

（元年 7月 1日現在）

入居者数及び定員	63 人（定員 68 人）			
入居者の状況	男性	23 人	女性 40 人	
	自立	人		
	要介護	63 人	(内訳)	要介護1 11 人
			要介護2 15 人	
			要介護3 15 人	
要介護4 13 人				
要介護5 9 人				
要支援	人	(内訳)	要支援1 人	
		要支援2 人		
平均年齢	82 歳（男性 80 歳、女性 83 歳）			
運営懇談会の開催状況（開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等）	<p>平成30年8月11日議題：収支報告、フロア運営の説明 参加者6名</p> <p>平成31年1月12日議題：医療看護について、施設説明、訪問診療体制の説明 参加者8名</p> <p>令和元年6月15日議題：フロアの現状、収支報告 参加者7名</p>			

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(元年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌 時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)		
		人数	うち自立対応				
従業者の内訳	管理者	1 ()	/				
	生活相談員	2 ()					
	直接処遇職員	27 (16)			22.3		
	介護職員	23 (13)			19.7	3	
	看護職員	4 (3)			2.6		機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員	※1 ()					看護職員兼務
	理学療法士	()					
	作業療法士	()					
	その他	()					
	計画作成担当者	※1 ()					介護支援専門員資格 生活相談員兼務
	医師	()					
	栄養士	1 ()					委託
	調理員	14 (14)					委託
	事務職員	1 ()					
その他職員	()						
合計	46 (30)			3			

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

注3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

注4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務				1 あり 2 なし					
	兼務に係る資格等	1 あり		2 なし						
		資格等の名称	介護職員初任者研修修了者							
	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		3	3	10						
前年度1年間の退職者数		4	3	10						
従に務	1年未満	3	1	3						

	1年以上 3年未満			2	5						
	3年以上 5年未満			1	1						
	5年以上 10年未満	1		8	4	1				1	
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし						

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	—	—	—
要介護者の人数	—	62.0	62.1
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	23.0	21.0	20.7
配置している直接処遇職員の人数 ※17	23.0	26.4	22.3
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人数の割合	3 : 1	2.3 : 1	2.7 : 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	9 : 00 ~ 18 : 00
			10 : 00 ~ 19 : 00
		夜勤	16 : 30 ~ 9 : 30
			17 : 00 ~ 10 : 00
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	8 : 30 ~ 17 : 30
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	一人 (人)	介護職員実務者研修修了者	1人 (人)
介護福祉士	6人 (人)	介護職員初任者研修修了者	12人 (8人)
介護支援専門員	1人 (人)	資格なし	11人 (人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて

記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件（年齢、心身の状況（自立・要支援・要介護）等）	概ね60歳以上の介護が必要な方		
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して履行の責を負います。 また、必要時には、入居者の身柄を引き取ります。		
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可		
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>（事業者からの契約解除）</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、6か月以上連続して遅滞するとき</p> <p>三 施設の利用において入居者に禁止又は制限している規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p>		
	<p>（入居者からの契約）</p> <p>1 入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解除されたものとします。</p>		
度 年 前	退去先別の人数	自宅等	1人

		社会福祉施設	4人
		医療機関	7人
		死亡者	18人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申し出	1人 (解約事由の例) 居室でタバコを吸うことを注意してもやめなかった為
		入居者側の申し出	7人 (解約事由の例) 長期入院、自宅介護、軽費老人ホームや他施設へ入所
体験入居の期間及び費用負担等		1日10,000円(税別)朝・昼・夕食付、7日間を限度とし体験入居を締結します。介護保険は適用外とします。	

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	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

※20 指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

別添3「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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 _____

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和元年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 千雅
代表者名	代表取締役 田中 悠雅
所在地	神奈川県横浜市緑区上山二丁目35番1号
電話番号/FAX番号	TEL 045-507-5256 / FAX 045-929-5351
ホームページアドレス	http://chi-ga.jp/
資本金(基本財産)	1000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	田中悠雅 30% 田中真代 30% 田中隆雅 30%
設立年月日	平成 19年 8月 8日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)1,591,399千円 (費用)1,433,875千円 (損益)157,524千円
会計監査人との契約	無・有 (税理士法人 HORICO)
他の主な事業	介護保険指定事業(訪問介護、通所介護等)

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+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 宮崎台の杜	
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	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 指定介護保険特定施設 (番号1475501415、指定年月日2011年12月1日) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 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
	介護に関わる職員体制	3:1 以上 職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また、常時要介護者3人に職員が1人お世話するものではありません。
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	平成 23年 12月 1日	
施設の管理者氏名	段上 秀貴	
所在地	神奈川県川崎市宮前区馬絹2丁目3番28号	

電話番号／FAX番号	TEL 044-857-5977 / FAX 044-857-5978																												
メールアドレス	Miyazakidai_home@chi-ga.co.jp																												
交通の便 ※3	東急田園都市線 宮崎台駅 徒歩10分																												
ホームページアドレス	http://chi-ga.jp/miyazakidainomori/index.html																												
敷地概要 ※4	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)平成 年 月 日～平成 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 1236.66 m ²																												
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12月1日～平成42年2月27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RC造 地下 階 地上6階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 2445.10 m ² (うち有料老人ホーム2445.10m ²) 建築年月日平成5年2月22日建築 改築年月日平成22年2月22日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム ・その他()																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 68 室 定員 68人(一時介護室を除く) (内訳)																												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>68 室</td> <td>15.75 m²～17.10 m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～ m²</td> </tr> </tbody> </table>		居室定員	室数	面積	居室	個室	68 室	15.75 m ² ～17.10 m ²	うち2人定員	室	m ² ～ m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²	人部屋(相部屋)	室
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	68 室	15.75 m ² ～17.10 m ²																										
	うち2人定員	室	m ² ～ m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²																										
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	設置階 1～6 (30.75～79.50m ²)																											
	浴室	一般浴槽	設置階 1箇所 (55.37 m ²)																										
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階 (m ²)																										
		ストレッチャー浴	設置階 (m ²)																										
	便所	設置箇所 6箇所 1～6階に共用																											
	洗面設備	設置箇所 5箇所 2～6階に共用																											
	医務室(健康管理室)	設置階 1階 (14.03 m ²)																											
	談話室	設置階 1階 (13.19 m ²)																											
	応接室/面談室	設置階 1階 (14.0 m ²)																											
	事務室	設置階 1階																											
	洗濯室	設置階 1階 (12.6 m ²)																											
	汚物処理室	設置階 1～6階																											
	看護・介護職員室	設置階 2～6階																											
	機能訓練室	設置階 1階 (79.50 m ²) 他の共用施設との兼用 無 ・有 ()																											

	健康・生きがい施設	設置階 1階 (18.82 m ²)
	エレベーター ※5	1 基(うちストレッチャー搬入可 1 基)
	スプリンクラー	設置箇所全館 (各居室・設備・廊下)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.6m~1.65 m)
消防用設備等	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 (水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
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 各居室及び共同施設 (浴室、共同トイレ) に緊急コール設置 安否確認の方法・頻度等 3時間に1回及び適宜居室の見回り	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	-	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	-	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合 (指定居宅介護支援を含む) は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	川崎市における消費者物価指数及び人件費等より判断	
	手続き方法	運営懇談会に諮り同意を得た上で実施	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9							
敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）						
前払金 (介護費用の前払金を除く)	法第29条第6項に規定される前払金 円 ～ 円						
想定居住期間又は償却期間							
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
介護費用の前払金	円 ～ 円						
算定の基礎（内訳）							
解約時の返還金（算定方法等）							
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）						
初期償却の開始日							
月額利用料	円 ～ 円						
年齢に応じた金額設定	無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
算定根拠 ※11	管理費						
	介護費用						
	食費						
	光熱水費						
	家賃相当額						
その他							
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12							

介護保険に係る利用料
 ※13
 (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)

区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)
要介護1	円	円
要介護2	円	円
要介護3	円	円
要介護4	円	円
要介護5	円	円

各種加算の状況

身体的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)	
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)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
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) イ
		(Ⅰ) ロ
		(Ⅱ)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅲ)
		Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
		Ⅴ

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 (割の場合)
要支援1	円	円
要支援2	円	円

各種加算の状況

身体的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	(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)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
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) イ
		(Ⅰ) ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)

	介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
			II
			III
			IV
			V

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料その他は毎月の請求による月払い						
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (107,400円、家賃相当額の2か月分)						
月額利用料	126,470円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	126,470	32,770	—	40,000	—	53,700	
算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費 管理部門の人件費、電気等利用料を勘案して算出					
	介護費用	—					
	食費	1ヶ月30日で計算					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	近傍家賃相場を勘案して算出					
	その他	—					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	リネン/寝具一式、おむつ代、被服クリーニング代、理美容代、医療費 おやつ代、行事食と通常食との差額、趣味・余暇活動費、新聞・雑誌購読料、電気製品持込費用、個別的外出介助費用、冷暖房空調費（夏季、冬季）月額2,580円（税込）						

介護保険に係る利用料 ※13 (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)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1 割の場合)
	要介護 1	185,820 円	18,582 円
	要介護 2	208,439 円	20,844 円
	要介護 3	232,441 円	23,245 円
	要介護 4	254,717 円	25,472 円
	要介護 5	278,376 円	27,838 円
	各種加算の状況		
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
	退院・退所時連携加算	(無・ <u>有</u>)	
	入居継続支援加算	(<u>無</u> ・有)	
	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)	
	夜間看護体制加算	(<u>無</u> ・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(<u>無</u> ・有)	
	医療機関連携加算	(<u>無</u> ・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(<u>無</u> ・有)	
	栄養スクリーニング加算	(<u>無</u> ・有)	
	看取り介護加算	(<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	(<u>無</u> ・有)	(I) イ
			(I) ロ
			(II)
			(III)
	介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u>)	<u>I</u>
II			
III			
IV			
V			
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 (割の場合)	
要支援 1	— 円	— 円	
要支援 2	— 円	— 円	
各種加算の状況			
身体的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	(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)		
医療機関連携加算	(無・有)		
口腔衛生管理体制加算	(無・有)		
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) イ	
		(I) ロ	
		(II)	
		(III)	

			I	
			II	
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	III	
			IV	
			V	

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴き同意を得た上で行う		
前払金の返還金の保全措置	<input type="checkbox"/> 無	・ 有	保全措置の内容() 無の場合の理由(前払い金なし)
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	有の場合の保険名(株式会社損害保険ジャパンウォームハート)
消費税の対象外とする利用料等	課税対象となるものは税法に則り負担		
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がある）	<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

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話を行うことにより、入居者の有する能力に応じ自立下日常生活を営む事が出来るよう援助を行う		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の心身の状況に応じ適切な技術を持って介護を行う。入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努める		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし

健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	小規模修繕、フロント業務、管理・相談業務等
	食費	3食提供、配膳
	その他	-
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容※14	調理委託 株式会社SPINAL DESIGN 三食、おやつ、配膳	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）※15	施設及び本社 施設担当者：段上 秀貴 TEL044-857-5977 本社お客様相談室： TEL045-507-5256 施設及び本社での解決が難しい場合は、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 介護保険苦情相談課 TEL 045-329-3447 神奈川県福祉・次世代育成部高齢施設課 TEL 045-210-1111（代表） 神奈川県地域保健福祉部福祉監査指導課 TEL 045-210-1111（代表） 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 TEL 044-200-2111（代表）	
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、応急処置、協力医療機関である奥沢病院若しくは、たま日吉病院への搬入又は119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、ホームから家族の連絡を行います。 また、事故についての検証、今後の防止策を講じます	
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	事業者は、本契約に基づくサービスの提供にあたって、万一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠	

	償額を減ずることがあります。		
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基金制度への加入状況	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	意見箱の設置（毎日）
		結果の開示	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	<input type="checkbox"/> 無		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 有 2 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 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	
入居後住居に替居え室又は合施設	居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）	-
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	<p><介護居室から他の介護居室への住み替え> 適切な介護サービス提供の為、一定の観察期間を設けホーム長、介護リーダー、看護師及び医師で構成するケア会議の判断を踏まえ、介護居室を変更して頂く事があります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えて頂きます。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。費用負担の減額については利用者に説明し、利用者の同意も得るものとします。</p> <p><入居からの住み替え申込> 現居室の補修費用をお支払い頂きます。</p>
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	-

6 医療

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 柏堤会 奥沢病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、放射線科、小児科
	所在地	東京都世田谷区奥沢2丁目11番11号
	距離及び所要時間	7.5 km、20分
	協力内容	別紙協定書写しのとおり
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 晃進会 たま日吉病院
	診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科 皮膚科、肛門科、婦人科、麻酔科 リハビリテーション科
	所在地	神奈川県川崎市麻生区王禅寺1105
	距離及び所要時間	6.1 km、20分
	協力内容	別紙協定書写しのとおり
入居者が医療を要する場合の対応（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）	<p>通院：協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含みます。</p> <p>入院：医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払い頂き、入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用する事はありません。また、週1回の掃除を行います。</p>	

7 入居状況等

（元年 7月 1日現在）

入居者数及び定員	63人（定員 68人）			
入居者の状況	男性	23人	女性 40人	
	自立	人		
	要介護	63人	(内訳)	要介護1 11人
				要介護2 15人
				要介護3 15人
			要介護4 13人	
			要介護5 9人	
要支援	人	(内訳)	要支援1 人	
			要支援2 人	
平均年齢	82歳（男性 80歳、女性 83歳）			
運営懇談会の開催状況（開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等）	<p>平成30年8月11日議題：収支報告、フロア運営の説明 参加者6名</p> <p>平成31年1月12日議題：医療看護について、施設説明、訪問診療体制の説明 参加者8名</p> <p>令和元年6月15日議題：フロアの現状、収支報告 参加者7名</p>			

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定さ

れる場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(元年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌 時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)			
		人数	うち自立対応					
従業者の内訳	管理者	1 ()	/	/	/			
	生活相談員	2 ()				介護支援専門員兼務		
	直接処遇職員	27 (16)				22.3	3	
	介護職員	23 (13)				19.7		
	看護職員	4 (3)				2.6	機能訓練指導員兼務	
	機能訓練指導員	※1 ()				/	/	看護職員兼務
	理学療法士	()						
	作業療法士	()						
	その他	()						
	計画作成担当者	※1 ()						介護支援専門員資格 生活相談員兼務
	医師	()						
	栄養士	1 ()						委託
	調理員	14 (14)						委託
	事務職員	1 ()						
その他職員	()							
合計	46 (30)		3					

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

注2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

注3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

注4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし		
	兼務に係る資格等	1 あり		2 なし	
		資格等の名称	介護職員初任者研修修了者		
	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	3	3 10			
前年度1年間の退職者数	4	3 10			

業務に従事した職員の経験年数に 応じた人数	1年未満		3	1	3					
	1年以上 3年未満			2	5					
	3年以上 5年未満			1	1					
	5年以上 10年未満	1		8	4	1			1	
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし					

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	—	—	—
要介護者の人数	—	62.0	62.1
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	23.0	21.0	20.7
配置している直接処遇職員の人数 ※17	23.0	26.4	22.3
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 の人数の割合	3 : 1	2.3 : 1	2.7 : 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	9 : 00 ~ 18 : 00
			10 : 00 ~ 19 : 00
		夜勤	16 : 30 ~ 9 : 30
			17 : 00 ~ 10 : 00
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	8 : 30 ~ 17 : 30
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	一人 (人)	介護職員実務者研修修了者	1人 (人)
介護福祉士	6人 (人)	介護職員初任者研修修了者	12人 (8人)
介護支援専門員	1人 (人)	資格なし	11人 (人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件（年齢、心身の状況（自立・要支援・要介護）等）	概ね60歳以上の介護が必要な方
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して履行の責を負います。 また、必要時には、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>（事業者からの契約解除）</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、6か月以上連続して遅滞するとき</p> <p>三 施設の利用において入居者に禁止又は制限している規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続を行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号の手続を行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>（入居者からの契約）</p> <p>1 入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解除されたものとします。</p>

前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	1人	
		社会福祉施設	4人	
		医療機関	7人	
		死亡者	18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) 居室でタバコを吸うことを注意してもやめなかった為	1人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 長期入院、自宅介護、軽費老人ホームや他施設へ入所	7人
体験入居の期間及び費用負担等	1日10,000円(税別)朝・昼・夕食付、7日間を限度とし体験入居を締結します。介護保険は適用外とします。			

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	1 公開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧 ・ <u>写し交付</u>)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 (<u>閲覧</u> ・ 写し交付)	2 非公開

※20 指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

別添3「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

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 _____

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		要介護 1・要介護 2			要介護 3			要介護4・要介護5					
提供サービスの別		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）		金額（単価）	提供方法（回数等）		金額（単価）	提供方法（回数等）		金額（単価）			
1. 介護サービス													
①巡回													
・ 昼間 7時～19時	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	3時間毎及び必要時に巡回			—	3時間毎及び必要時に巡回			—	3時間毎及び必要時に巡回			
・ 夜間 19時～7時	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	3時間毎及び必要時に巡回			—	3時間毎及び必要時に巡回			—	3時間毎及び必要時に巡回			
②食事介助													
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			—	必要に応じ全介助			
③排泄													
・ 排泄介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			—	随時全介助			
・ おむつ交換	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			—	随時全介助			
・ おむつ代	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	必要に応じオムツを提供		実費	—	必要に応じオムツを提供		実費	—	必要に応じオムツを提供		
④入浴等													
・ 清拭	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	体調不良により入浴が出来ない場合			—	体調不良により入浴が出来ない場合			—	体調不良により入浴が出来ない場合			
・ 一般浴介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	週2回 必要に応じ介助			—	週2回 必要に応じ介助			—	週2回 必要に応じ介助			
・ 特浴介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	週2回 必要に応じ介助/全介助			—	週2回 必要に応じ介助/全介助			—	週2回 必要に応じ介助/全介助			
⑤身辺介助													
・ 体位交換	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	体調が悪くご自身で体位交換できない場合、必要に応じて介助			—	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			
・ 居室からの移動	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			
・ 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			
・ 身だしなみ介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			—	必要に応じ介助			
⑥機能訓練													
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	生活リハビリ・レクリエーション			—	生活リハビリ・レクリエーション			—	機能訓練			
⑦通院の介助													
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	協力医療機関への付き添い：随時	協力医療機関以外は原則的にはご家族の方 にお願い致しますが、状況により対応させて 頂きます	協力医療機関以外の場合 1,500円 / 時間＋交通費	協力医療機関への付き添い：随時	協力医療機関以外は原則的にはご家族の方 にお願い致しますが、状況により対応させて 頂きます	協力医療機関以外の場合 1,500円 / 時間＋交通費	協力医療機関への付き添い：随時	協力医療機関以外は原則的にはご家族の方 にお願い致しますが、状況により対応させて 頂きます	協力医療機関以外の場合 1,500円 / 時間＋交通費			
⑧緊急時対応													
・ ナースコール	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	週 1 回	居室内大掃除	実費	週 1 回	居室内大掃除	実費	週 1 回	居室内大掃除	実費			
・ 洗濯	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	週 2 回	外部クリーニング代のうち特殊加工を 要するもの	実費	週 2 回	外部クリーニング代のうち特殊加工を 要するもの	実費	週 2 回	外部クリーニング代のうち特殊加工を 要するもの	実費			
②居室配膳・下膳													
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	必要時随時			—	必要時随時			—	必要時随時			
③理美容													
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	訪問理美容（月 1 回）	実費	—	訪問理美容（月 1 回）	実費	—	訪問理美容（月 1 回）	実費			
④代行													
・ 買物	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	必要に就対応	1,500円 / 時間＋交通費	—	必要に就対応	1,500円 / 時間＋交通費	—	必要に就対応	1,500円 / 時間＋交通費			
・ 役所手続	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	公的書類等の記入作成及び 手続きのお手伝い	1,500円 / 時間＋交通費	—	公的書類等の記入作成及び 手続きのお手伝い	1,500円 / 時間＋交通費	—	公的書類等の記入作成及び 手続きのお手伝い	1,500円 / 時間＋交通費			
3. 健康管理サービス													
・ 健康診断	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	協力医療機関等において 年2回の機会提供	実費	—	協力医療機関等において 年2回の機会提供	実費	—	協力医療機関等において 年2回の機会提供	実費			
・ 健康相談	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	看護師による相談	—	—	看護師による相談	—	—	看護師による相談	—			
・ 生活指導	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	随時	—	—	随時	—	—	随時	—			
・ 医師の往診	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	必要時往診依頼	実費	—	必要時往診依頼	実費	—	必要時往診依頼	実費			
4. 入退院時、入院中のサービス													
・ 医療費	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	—	入院先の医療機関	実費	—	入院先の医療機関	実費	—	入院先の医療機関	実費			
・ 移送サービス	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	協力医療機関入退院時付添随時	協力医療機関以外は原則的にはご家族の方 にお願い致しますが、状況によりご相談させ て頂きます。	協力医療機関以外の場合 1,500円 / 時間＋交通費	協力医療機関入退院時付添随時	協力医療機関以外は原則的にはご家族の方 にお願い致しますが、状況によりご相談させ て頂きます。	協力医療機関以外の場合 1,500円 / 時間＋交通費	協力医療機関入退院時付添随時	協力医療機関以外は原則的にはご家族の方 にお願い致しますが、状況によりご相談させ て頂きます。	協力医療機関以外の場合 1,500円 / 時間＋交通費			
5. その他サービス													
	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無												

※課税対象となるものは、税法に則り利用者様の負担となります。

川崎市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。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	各フロア平均介護度及び、男女比を考慮し、整備する。介護度に応じて、ポータブルトイレを準備し、使用する
5	洗面設備	有	選択してください	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	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。	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	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 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	車イスを使用する方向士のすれ違いには問題はありません。
15	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)

特になし