

第2号様式(第6条第1項)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2024 年 7 月 1 日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社川島コーポレーション
代表者名	代表取締役 川島 輝雄
所在地	千葉県君津市東猪原 2 4 8 番地 2
電話番号／FAX番号	0439-37-3600 / 0349-37-3603
ホームページアドレス	http://www.sunnylife-group.co.jp
設立年月日	平成2年9月17日
直近の事業収支決算額 ※1	令和5年11月期決算 (収益) 55,513百万円 (費用) 54,786百万円 (損益) 726百万円
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(特定施設、訪問介護、居宅介護支援)

※1 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	有料老人ホーム サニーライフ横浜泉	
施設の類型 及び表示事項	類型	① 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型 <input type="checkbox"/> 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 1473602157、指定年月日 H29.3.1) <input type="checkbox"/> 介護専用品・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
	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 29 年 3 月 1 日	
施設の管理者氏名	情野 誠	
所在地	神奈川県横浜市泉区中田北2丁目14-28	
電話番号／FAX番号	045-802-3600 / 045-802-3630	
メールアドレス	yokohamaizumi@sunnylife-group.co.jp	
交通の便 ※3	電車：横浜市営ブルーライン「中田駅」より 徒歩約7分 (約460m) 車：東名高速「横浜町田」出口より約39分 (約13.1km)	
ホームページアドレス	http://www.sunnylife-group.co.jp	

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) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 2, 221. 06 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29年2月1日～平成54年1月31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 鉄骨造 地上3階建(耐火)・準耐火・その他) 延床面積 2, 180. 48m ² (うち有料老人ホーム 2, 180. 48m ²) 建築年月日 平成 29年1月31日建築 改築年月日 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 60室 定員 60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>60室</td><td>16. 50m²～ 17. 25m²</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	60室	16. 50m ² ～ 17. 25m 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
	居室定員	室 数	面 積																											
居室	個 室	60室	16. 50m ² ～ 17. 25m 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階 (96. 00 m ²) 談話コーナー兼食堂 2・3階 (38. 50 m ²)																											
	浴室	一般浴槽	設置階 1階 (28. 75 m ²)																											
	浴室	リフト浴	設置階 (m ²)																											
		ストレッチャー浴	設置階 1 階 (18. 25 m ²)																											
	便所		設置箇所 男子用 1階 1箇所 設置箇所 女子用 1階 1箇所																											
	洗面設備		設置箇所 全居室内設置 (60室)																											
	医務室(健康管理室)		設置階 1階 (19. 25 m ²)																											
	談話室		設置階 談話コーナー兼食堂 2・3階(38. 50 m ²)																											
	面談室		設置階 1階 (16. 25 m ²)																											
	事務室		設置階 1階 (30. 00 m ²)																											
	洗濯室		設置階 1階 (11. 25 m ²)																											
	汚物処理室		設置階 1階 (3. 00 m ²) 2・3階 (1. 80 m ²)																											
	看護・介護職員室		設置箇所 男子用 1階 1箇所 設置箇所 女子用 1階 1箇所																											
	機能訓練室		設置箇所 全居室内設置 (60室)																											
	健康・生きがい施設		設置階 1階 (19. 25 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、共用施設、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 (中廊下 1.80m)
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 種 類：緊急通報装置 (居室は通話可能) 設置箇所：居室・脱衣室・共用のトイレ 安否確認の方法・頻度等 (同意をうけた入居者) 介護職員による巡回：日中6回、夜間2時間毎 (又は昼夜必要時)	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・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 ※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		① 減額なし ② 日割り計算で減額 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	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費、物価の変動等が著しい場合。		
	手続方法	運営懇談会にて入居者及び入居者の身元引受人に説明し意見を聴き、同意を得た上で決定します。		

(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							
消費税の対象外とする利用料等							

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	I
		II
生活機能向上連携加算	無・有	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
ADL 維持等加算〔申出〕の有無	無・有	I
		II
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	
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	
看取り介護加算	無・有	I
		II
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

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	I
		II
個別機能訓練加算	無・有	I
		II
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

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9		月額利用料は、毎月の請求により口座から自動引き落としとします。						
敷金		<input type="checkbox"/> 無 ・ 有（円、家賃相当額の か月分）						
月額利用料		161,790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	
		161,790円 要介護1～5	35,825円	0円	43465円	0円	82,500円	－
	算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持に関する管理費、事務費、管理部門に係る人件費等をベースに算定。					
		介護費用	－					
		食費	1日3食分・おやつ等の食材の仕入原価（食材費）および厨房人件費・厨房設備費・諸経費（基本料金）により算定。食材費（782円×30日＝23,460円）、基本料金（20,005円）。					
		光熱水費	－					
		家賃相当額	有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、賃借料等をベースに近隣家賃相場及び高齢者向け設計による機能性・利便性を勘案し算定。					
その他	・ 要支援、自立の方については、「介護サービス等の一覧」に記載のサービスを提供の為、生活サポート費として月額36,665円の負担あり。							

月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<div>・ 自立 自己都合による居室配膳・下膳</div> <div>・ 自立・要支援・要介護 オムツ代金等・取次ぎのクリーニング代・理美容代・医師の往診費・医療費・レクリエーション材料費・嗜好品代金・行事参加費・指定日以外の個別的な買い物代行・協力医療機関以外の通院介助・その他「生活サービス等の一覧表」による</div>																																																								
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額																																																								
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)																																																								
	<table><tr><th>区 分</th><th>月 額</th><th>利用者負担額 (1 割の場合)</th><th>利用者負担額 (2 割の場合)</th><th>利用者負担額 (3 割の場合)</th></tr><tr><td>要介護 1</td><td>205,320 円</td><td>20,532 円</td><td>41,064 円</td><td>61,596 円</td></tr><tr><td>要介護 2</td><td>229,493 円</td><td>22,950 円</td><td>45,899 円</td><td>68,848 円</td></tr><tr><td>要介護 3</td><td>254,750 円</td><td>25,475 円</td><td>50,950 円</td><td>76,425 円</td></tr><tr><td>要介護 4</td><td>278,205 円</td><td>27,821 円</td><td>55,641 円</td><td>83,462 円</td></tr><tr><td>要介護 5</td><td>303,097 円</td><td>30,310 円</td><td>60,620 円</td><td>90,930 円</td></tr></table>	区 分	月 額	利用者負担額 (1 割の場合)	利用者負担額 (2 割の場合)	利用者負担額 (3 割の場合)	要介護 1	205,320 円	20,532 円	41,064 円	61,596 円	要介護 2	229,493 円	22,950 円	45,899 円	68,848 円	要介護 3	254,750 円	25,475 円	50,950 円	76,425 円	要介護 4	278,205 円	27,821 円	55,641 円	83,462 円	要介護 5	303,097 円	30,310 円	60,620 円	90,930 円																										
	区 分	月 額	利用者負担額 (1 割の場合)	利用者負担額 (2 割の場合)	利用者負担額 (3 割の場合)																																																				
	要介護 1	205,320 円	20,532 円	41,064 円	61,596 円																																																				
	要介護 2	229,493 円	22,950 円	45,899 円	68,848 円																																																				
	要介護 3	254,750 円	25,475 円	50,950 円	76,425 円																																																				
	要介護 4	278,205 円	27,821 円	55,641 円	83,462 円																																																				
	要介護 5	303,097 円	30,310 円	60,620 円	90,930 円																																																				
	※年に2回、口腔・栄養スクリーニング加算として20単位が適用されます。 総額：214円 1割負担：22円 2割負担：43円 3割負担：65円																																																								
	各種加算の状況																																																								
<table><tr><td>身体拘束廃止取組の有無</td><td>(減算型・<u>基準型</u>)</td></tr><tr><td>高齢者虐待防止措置実施の有無</td><td>(減算型・<u>基準型</u>)</td></tr><tr><td>業務継続計画策定の有無</td><td>(減算型・<u>基準型</u>)</td></tr><tr><td>退院・退所時連携加算</td><td>無・<u>有</u></td></tr><tr><td rowspan="2">入居継続支援加算</td><td rowspan="2"><u>無</u>・有</td><td>I</td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">生活機能向上連携加算</td><td rowspan="2"><u>無</u>・有</td><td>I</td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">個別機能訓練加算</td><td rowspan="2">無・<u>有</u></td><td><u>I</u></td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">ADL 維持等加算〔申出〕の有無</td><td rowspan="2"><u>無</u>・有</td><td>I</td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">夜間看護体制加算</td><td rowspan="2">無・<u>有</u></td><td>I</td></tr><tr><td><u>II</u></td></tr><tr><td>若年性認知症入居者受入加算</td><td><u>無</u>・有</td></tr><tr><td>科学的介護推進体制加算</td><td>無・<u>有</u></td></tr><tr><td rowspan="2">協力医療機関連携加算</td><td rowspan="2">無・<u>有</u></td><td><u>I</u></td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td>口腔・栄養スクリーニング加算</td><td>無・<u>有</u></td></tr><tr><td rowspan="2">看取り介護加算</td><td rowspan="2">無・<u>有</u></td><td><u>I</u></td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td><td rowspan="2"><u>無</u>・有</td><td>I</td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">高齢者施設等感染対策向上加算</td><td rowspan="2"><u>無</u>・有</td><td>I</td></tr><tr><td>II</td></tr><tr><td rowspan="2">生産性向上推進体制加算</td><td rowspan="2">無・<u>有</u></td><td>I</td></tr><tr><td><u>II</u></td></tr><tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td><u>無</u>・有</td><td>I</td></tr></table>	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	高齢者虐待防止措置実施の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	業務継続計画策定の有無	(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	I	II	生活機能向上連携加算	<u>無</u> ・有	I	II	個別機能訓練加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>	II	ADL 維持等加算〔申出〕の有無	<u>無</u> ・有	I	II	夜間看護体制加算	無・ <u>有</u>	I	<u>II</u>	若年性認知症入居者受入加算	<u>無</u> ・有	科学的介護推進体制加算	無・ <u>有</u>	協力医療機関連携加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>	II	口腔・栄養スクリーニング加算	無・ <u>有</u>	看取り介護加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>	II	認知症専門ケア加算	<u>無</u> ・有	I	II	高齢者施設等感染対策向上加算	<u>無</u> ・有	I	II	生産性向上推進体制加算	無・ <u>有</u>	I	<u>II</u>	サービス提供体制強化加算	<u>無</u> ・有	I
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)																																																								
高齢者虐待防止措置実施の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)																																																								
業務継続計画策定の有無	(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	I																																																							
		II																																																							
生活機能向上連携加算	<u>無</u> ・有	I																																																							
		II																																																							
個別機能訓練加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>																																																							
		II																																																							
ADL 維持等加算〔申出〕の有無	<u>無</u> ・有	I																																																							
		II																																																							
夜間看護体制加算	無・ <u>有</u>	I																																																							
		<u>II</u>																																																							
若年性認知症入居者受入加算	<u>無</u> ・有																																																								
科学的介護推進体制加算	無・ <u>有</u>																																																								
協力医療機関連携加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>																																																							
		II																																																							
口腔・栄養スクリーニング加算	無・ <u>有</u>																																																								
看取り介護加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>																																																							
		II																																																							
認知症専門ケア加算	<u>無</u> ・有	I																																																							
		II																																																							
高齢者施設等感染対策向上加算	<u>無</u> ・有	I																																																							
		II																																																							
生産性向上推進体制加算	無・ <u>有</u>	I																																																							
		<u>II</u>																																																							
サービス提供体制強化加算	<u>無</u> ・有	I																																																							

			Ⅱ
			Ⅲ
	介護職員等処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	Ⅰ
			<input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ
			Ⅲ
			Ⅳ
	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		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	高齢者虐待防止措置実施の有無	(減算型・基準型)	
	業務継続計画策定の有無	(減算型・基準型)	
	生活機能向上連携加算	無・有	Ⅰ
Ⅱ			
個別機能訓練加算	無・有	Ⅰ	
		Ⅱ	
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		
協力医療機関連携加算	無・有	Ⅰ	
		Ⅱ	
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	
高齢者施設等感染対策向上加算	無・有	Ⅰ	
		Ⅱ	
生産性向上推進体制加算	無・有	Ⅰ	
		Ⅱ	
サービス提供体制強化加算	無・有	Ⅰ	
		Ⅱ	
		Ⅲ	
介護職員等処遇改善加算	無・有	Ⅰ	
		Ⅱ	
		Ⅲ	
		Ⅳ	

(4) 共通事項

前払金の返還金の保全措置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	保全措置の内容 () 無の場合の理由 (一時金不要の為)
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 : 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
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 checked="" 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) サービスの提供方法

入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) サービス等の内容

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	・ 共用施設の小規模修繕 ・ 買物代行(指定日) ・ 官公庁手続代行(指定日) ・ フロントサービス
	食費	・ 食 事：1日3食（定食方式） 食堂内配膳、おやつの提供を含む ・ 食事のうち、基本料金は20,005円とする。 ・ 3食とも欠食の場合は、2日前までに申し出ることに により基本料金を除いた金額を日割り計算して翌月返還する。
	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	-----		
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	<p>苦情解決の体制</p> <p>生活相談員を配置し、苦情対応マニュアルに従って、適正かつ迅速な対応を行い、苦情対応記録票を起票します。また、施設担当者及び本社担当者にも連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。</p> <p>施設及び本社</p> <p>・施設 有料老人ホーム サニーライフ横浜泉 担当者 生活相談員 電 話 045-802-3600（代表）</p> <p>・本 社 有・本社 サニーライフ東京事務所 担当 お客様相談室 フリーダイヤル 0120-17-0036 受付時間 9時～17時（土日祝日、年末年始を除く）</p> <p>行政機関等（土日祝日、年末年始を除く）</p> <p>・神奈川県 国民健康保険団体連合会 苦情相談 電 話 045-329-3447（直通）</p> <p>・神奈川県横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部高齢施設課 電 話 045-671-4117</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>事故、災害等の発生にあたっては、事故対応マニュアルに基づき、的確且つ迅速な対応に努め、応急処置を行う。</p> <p>尚、医療機関による加療が必要な場合、提携医療機関と連絡を取りつつ、迅速かつ適切な治療が受けられるよう、介助協力に努め、併せて身元引受人及び家族らへの連絡を行う。</p> <p>介護サービス提供中の事故にあつては、十分な検証、原因究明を行い、再発防止に努め、速やかに関係官庁に届出る。</p>		
事故発生の防止のための指針	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	<p>介護サービス等の提供にあたり、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、地震・火災・風水害・盗難等及び不慮の事故又は入居者の故意によるものを除いて、速やかに損害保険等の手続きを行い、誠実に対応します。</p> <p>但し、入居者に重大な過失がある場合には賠償を減ずることがあります</p> <p><保険概要></p> <p>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</p>		
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	<p>協会への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p> <p>入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p>		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	常時。
		実施内容	意見箱設置。

組の状況	無		
	備考		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		実施内容	
	無		
	備考		
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)	例年2回／年開催 (2020～2023年度はコロナ禍の為未開催)		

※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		介護については、入居されている居室に於いて行います。 但し、心身の状況により居室移動の場合があります。
入 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は 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)	無し
	従前の居室から別の居 室へ住み替える場合(同 上)	入居者の健康管理上、居室の移動が必要と認めた時は、医師に 所見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、且つ 入居者及び身元引受人の同意を得て、居室の移動を行う場合 があります。 ・施設管理運営上又は入居者に万全の介護サービスを提供する 上で支障が無いと認められるときは、入居者の求めに従い、 居室の移動を行うことができます。 入居者は、居室の移動に伴い、原状回復の義務を負うものと します。 ・移動に伴う居室の利用権は存続されます。
	提携ホームへ住み替え る場合(同上)	なし

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	医療法人社団皆吉会 プライムコースト みなとみらいクリニック
	診療科目	内科
	所在地	横浜市西区みなとみらい6-3-4
	距離及び所要時間	19 k m 車で 30 分

	協力内容	入居者の往診、訪問診療（月 2 回医師の来館による）、治療・入院の協力、他病院の紹介、夜間のオンコール、入居者の病状急変時の対応、終末期医療の協力
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人横浜柏堤会 戸塚共立リハビリテーション病院
	診療科目	内科
	所在地	横浜市泉区和泉中央北 1-40-34
	距離及び所要時間	1.3 k m 車で 4 分
	協力内容	入居者の受診・治療、入院の協力、他病院よりの入院協力・他病院への紹介、入居者の病状急変時の対応
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団皆吉会 プライムコーストみなとみらい歯科クリニック
	所在地	横浜市西区みなとみらい 6-3-4
	距離及び所要時間	19 k m 車で 30 分
	協力内容	往診診療、口腔ケア等
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>疾病等にて入居者の生活に支障・困難が生じた場合には、入居者の意向に応じ、ホームの協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において適切な治療が受けられるよう、医療機関との連絡・紹介・受診手続き・通院介助等の協力を努めると共に家族への連絡等所定の措置をとります。</p> <p>医師の所見・判断により、一定の観察期間を設けるなどの措置をとります。費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担となります。入退院の手続きは無料です。</p>	

7 入居状況等

（ 2024 年 7 月 1 日現在）

入居者数及び定員	50 人（定員 60 人）			
入居者の状況	男 性 8 人、女 性 42 人			
	自 立 0 人			
	要支援 0 人	(内訳)	要支援 1 人 要支援 2 人	
	要介護 50 人	(内訳)	要介護 1 7 人 要介護 2 17 人 要介護 3 7 人 要介護 4 15 人 要介護 5 4 人	
平均年齢	88.9 歳（男性 85.3 歳、女性 89.7 歳）			

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

(2024 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	1 ()			
	直接処遇職員	32 (18)		2	
	介護職員	25 (14)			
	看護職員	7 (4)			看護師/准看護師
	機能訓練指導員	1 ()			
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	1 ()			准看護師
	計画作成担当者	1 ()			介護支援専門員
	医師	()			
	栄養士	()			
	調理員	5 (2)			調理師
	事務職員	2 ()			
	その他職員	2 ()			
合 計		44 (20)			

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数

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上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

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

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									
				資格等の名称		初任者研修							
		② なし											
		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		0	0	3	8	1							
前年度1年間の 退職者数		0	0	2	9	1							
職員の年齢別数	1年未満	0	1	4	2	1							
	1年以上 3年未満	1	0	2	1					1			
	3年以上	1	0	1				1					

	5 年未満										
	5 年以上 10 年未満	1	3	4							
	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	0	0	0
要介護者の人数	55.13	57.40	54.41
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	18.4	19.1	18.1
配置している直接処遇職員の人数 ※17	25.1	25.1	23.5
要支援者・要介護者の合计数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合	2.2 : 1	2.3 : 1	2.3 : 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 07 : 30 ～ 16 : 30 日勤 08 : 30 ～ 17 : 30 遅番 10 : 30 ～ 19 : 30 夜勤 16 : 00 ～ 09 : 00		
	看護職員 早番 07 : 30 ～ 16 : 30 日勤 08 : 30 ～ 17 : 30 遅番 09 : 30 ～ 18 : 30		

※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	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	2 人 (人)
介護福祉士	5 人 (人)	介護職員初任者研修修了者	5 人 (人)
介護支援専門員	人 (人)	資格なし	2 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）		年 齢：概ね60歳以上の方。 心身の状況：入居時要介護1～5と認定されている方。 ※入居の際、要介護であった方が、入居後に自立・要支援となっても入居を継続することができる。ただし、自立・要支援の方は介護保険給付の対象ではなく、生活サポート費をご負担いただきます。 ※次の方も入居することができます。 ① 「要介護」の利用者の配偶者及び三親等以内の親族。 ② 特別な事情により「要介護」の利用者と入居することが必要と県知事が認める方。	
身元引受人等の条件及び義務等		あらかじめ、身元引受人を2名又は1名定める。 身元引受人等は、入居者の事業者に対する債務について、月額利用料の24ヶ月分を極度額として、入居者と連帯責任を負い、入居契約が解除された場合、入居者を引き取る。	
生活保護受給者の受入れ対応		<div><input type="checkbox"/> 否</div> ・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		あらかじめ、身元引受人を1名又は2名定める。 身元引受人は、利用料等の支払いについて、入居者と連帯責任を負い、入居契約が解除された場合、入居者を引き取る。	
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	0人
		医療機関	1人
		死亡者	10人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申出	0人 (解約事由の例)
		入居者側の申出	1人 (解約事由の例) 他施設への移動の為
体験入居の期間及び費用負担等		体験入居（最長1週間） 費用は1日あたり（一人）個室 13,200円（消費税込、介護保険適用外、食事代含む）	

※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・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 市指針上、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「横浜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（サニーライフ横浜泉）

	自 立		要支援 1・2		要介護 1～5	
介護を行う場所	居室		居室		居室	
	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス						
○ 巡回						
昼間 9 時～17 時	要望時及び適宜対応	—	2 時間毎巡回及び適宜対応	—	2 時間毎巡回及び適宜対応	—
夜間 17 時～9 時	要望時及び適宜対応	—	2 時間毎巡回及び適宜対応	—	2 時間毎巡回及び適宜対応	—
○ 食事介助（食堂）	配膳・下膳	—	配膳・下膳・食事毎見守り・一部介助	—	配膳・下膳・食事毎見守り・一部又は全介助	—
食事介助（居室）	健康状態により居室配膳・下膳	左記以外 1 回 550 円	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・一部又は全介助	—	健康状態により居室配膳・下膳 食事毎見守り・一部又は全介助	—
○ 排泄	—	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応	—
排泄介助	—	—	—	—	—	—
おむつ交換	—	—	状態により起床時・日中・就寝前・就寝中 1 日 6 回程度、及び適宜対応	—	状態により起床時・日中・就寝前・就寝中 1 日 6 回程度、及び適宜対応	—
おむつ代		実費		実費		実費

	自 立		要支援 1・2		要介護 1～5	
介護を行う場所	居室		居室		居室	
	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○ 入浴等						
一般浴介助	週 2 回	—	週 2 回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部介助	—	週 2 回又は必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—
特浴介助 (一般入浴ができない場合)	—	—	週 2 回又は必要に応じ対応、更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—	週 2 回又は必要に応じ対応、更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助	—
清 拭	健康状態により	—	健康状態により	—	健康状態により	—
	入浴が困難な場合入浴日以外でも週 2 回又は必要に応じ対応		入浴が困難な場合入浴日以外でも週 2 回又は必要に応じ対応		健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週 2 回又は必要に応じ対応	
○ 身辺介助						
体位交換	—	—	適宜対応	—	適宜対応	—
居室からの移動	必要に応じ対応	—	歩行介助（杖・歩行器）車椅子誘導等、移動時に適宜対応	—	歩行介助（杖・歩行器）車椅子誘導等、移動時に適宜対応	—
衣類の着脱	必要に応じ対応	—	起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応	—	起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応	—
身だしなみ	—	—	洗顔・髭剃り・化粧毎日・歯磨き・入歯洗浄 1 日 3 回、爪切り・耳掃除適宜対応	—	洗顔・髭剃り・化粧毎日・歯磨き・入歯洗浄 1 日 3 回、爪切り・耳掃除適宜対応	—
○ 機能訓練	必要に応じ、随時 機能訓練指導員による指導	—	必要に応じ、随時 機能訓練指導員により身体状況に応じた指導	—	必要に応じ、随時 機能訓練指導員により身体状況に応じた指導	—

	自 立		要支援１・２		要介護１～５	
介護を行う場所	居室		居室		居室	
	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○口腔衛生管理	年２回、口腔衛生状態・口腔機能評価を実施	—	年２回、口腔衛生状態・口腔機能評価を実施	—	年２回、口腔衛生状態・口腔機能評価を実施	—
○ 緊急通報装置等 緊急連絡・緊急通報への対応	２４時間対応	—	２４時間対応	—	２４時間対応	—
生活サービス						
○ 家事						
清 掃	週２回及び必要に応じて適時対応	左記以外 １回 ５５０円	週２回及び必要に応じて適時対応	左記以外 １回 ５５０円	週２回及び必要に応じて適時対応	左記以外 １回 ５５０円
洗 濯	週２回及び必要に応じて適時対応	左記以外 １回 ５５０円	週２回及び必要に応じて適時対応	左記以外 １回 ５５０円	週２回及び必要に応じて適時対応	左記以外 １回 ５５０円
シーツ交換	週１回又は必要に応じ対応	—	週１回又は必要に応じ対応	—	週１回又は必要に応じ対応	—
クリーニング	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費
○ 理容・美容		要望時実費	取次ぎ	要望時実費		要望時実費
○ 代 行						
買い物	週１回指定日	左記以外 ３０分 ５５０円	週１回指定日	左記以外 ３０分 ５５０円	週１回指定日	左記以外 ３０分 ５５０円
役所手続き	週１回指定日	左記以外 ３０分 ５５０円	週１回指定日	左記以外 ３０分 ５５０円	週１回指定日	左記以外 ３０分 ５５０円
郵便物・宅配便の取次ぎ	随時	—	随時	—	随時	—

	自 立		要支援１・２		要介護１～５	
介護を行う場所	居室		居室		居室	
	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
健康管理サービス						
○ 健康診断	年２回	実費	年２回	実費	年２回	実費
○ 健康相談	随時	—	随時	—	随時	—
○ 生活指導	随時	—	随時	—	随時	—
○ 医療介助 医薬品の投与と管理	随時	—	随時	—	随時	—
体温・血圧・脈拍測定	１日１回、又は必要に応じて対応	—	１日１回、又は必要に応じて対応	—	１日１回、又は必要に応じて対応	—
○ 医師の往診	必要に応じて	医療保険制度で支給される以外の費用	必要に応じて	医療保険制度で支給される以外の費用	必要に応じて	医療保険制度で支給される以外の費用
院通院・入院中・入退時のサービス						
○通院時の準備と付添い	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円
○入院・退院時の準備と付添い	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円	協力医療機関へは適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円
○入院中のお見舞い	協力医療機関へは週１回又は適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円	協力医療機関へは週１回又は適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円	協力医療機関へは週１回又は適時対応	協力医療機関以外は 30分 550円

	自 立		要支援１・２		要介護１～５	
介護を行う場所	居室		居室		居室	
	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料・生活サポート費に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
○ 医療費		医療保険制度で支給される以外の費用		医療保険制度で支給される以外の費用		医療保険制度で支給される以外の費用
その他サービス ○レクリエーション	随時	材料費実費負担	随時	材料費実費負担	随時	材料費実費負担
○ 誕生会	毎月１回	—	毎月１回	—	毎月１回	—
○ 季節の行事	随時	—	随時	—	随時	—
○ クラブ活動	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担
○生活預かり金 事務手数料		550 円/月		550 円/月		550 円/月

横浜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
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		
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。
8	医務室 (健康管理室)	有		
9	看護・介護職員室	有		
10	機能訓練室	有		
11	談話室	有		
12	洗濯室	有		
13	エレベーター	有		
14	スプリンクラー	有		
15	健康・生きがい施設	無		
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。

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)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

成してください。)

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
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) <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"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。 <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"/> 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"/> 居室内未設置又は居室の近くでない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くでない。 <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		適合	<input 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。
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）				
例（夜間対応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す）				

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

記載してください。)