

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	株式会社 湘南長寿園
代表者名	代表取締役 西尾 透
所在地	神奈川県藤沢市白旗1-11-1
電話番号/FAX番号	0466-81-3776/0466-81-1510
ホームページアドレス	なし
設立年月日	昭和43年3月9日
直近の事業収支決算額※	(収益) 24,104,728 円 (費用) 105,173,628 円 (損) 80,367,666 円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (山口会計事務所)
他の主な事業	なし

※ 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	湘南長寿園	
所在地	神奈川県藤沢市白旗1-11-1	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (<input checked="" 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自立・要支援・要介護
	(その他の条件)	()
	介護保険	1 <input checked="" type="checkbox"/> 県指定介護保険特定施設 (番号 1472200813 指定年月日 平成12年9月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室 (夫婦居室付) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	昭和43年 3月 9日	
管理者氏名	西尾 彰子	
電話番号/FAX番号	0466-81-3776/0466-81-1510	
メールアドレス	なし	
交通の便	小田急江ノ島線藤沢本町駅より徒歩10分	
ホームページアドレス	なし	

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)	平成15年7月1日～令和5年6月30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	1990.13㎡					
	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)	平成15年7月1日～令和5年6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	鉄骨陸屋根造 2階建 (耐火・準耐火・その他)					
	延床面積	1770.84㎡					
共用設備概要	建築年月日	昭和59年7月1日建築					
	改築年月日	平成27年 9月 30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	39室	定員	41人(一時介護室を除く)			
	1	全室個室	・	2 相部屋あり			
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数	
	Aタイプ	1人	無・有	無・有	13.94㎡～ 15.21㎡	15室	
	Bタイプ	1人	無・有	無・有	16.73㎡～ 18.58㎡	21室	
	Cタイプ	0人	無・有	無・有	0㎡	〇室	
	Dタイプ	2人	無・有	無・有	22.28㎡～ 27.89㎡	3室	
共用設備概要	食堂	無・有(1階・97.48㎡)					
	浴室	一般浴槽	無・有(1階・16.73㎡)				
		リフト浴	無・有(階・ m ²)				
		ストレッチャー浴	無・有(1階・16.33㎡)				
	便所	無・有(各居室・1階に共用)					
	洗面設備	無・有(各居室・1, 2階に共用)					
	医務室(健康管理室)	無・有(1階・12.19㎡)					
	談話室	無・有(1, 2階・55.85㎡)					
	面談室	無・有(1階・18.45㎡)					
	事務室	無・有(1階)					
	洗濯室	無・有(1階・27.97㎡)					
	汚物処理室	無・有(1, 2階)					
	看護・介護職員室	無・有(1階)					
	機能訓練室	無・有(1階・20.6㎡)					
	健康・生きがい施設	無・有 他の共用施設との兼用 無・有(食堂)					
緊急通報設備	無・有						
エレベーター	無・有(2基 内、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(1.7m～1.8m)						

消防設備概要	消火器 (無・ <input checked="" type="radio"/>)	自動火災報知設備 (無・ <input checked="" type="radio"/>)
	火災通報設備 (無・ <input checked="" type="radio"/>)	スプリンクラー (無・ <input checked="" type="radio"/>)
	防火管理者 (無・ <input checked="" type="radio"/>)	防災計画 (無・ <input checked="" type="radio"/>)
危険区域の指定状況	1 <input checked="" type="radio"/> 無	
	2 有	指定されている危険区域 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要	湘南長寿園病院 (営業主体：医療法人社団 湘南シルバーサポート)	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ 月払い方式 ・ <input checked="" type="radio"/> 選択方式					
敷金	<input checked="" type="radio"/> 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
Aタイプ	195,320円	115,000	22,000	0	58,320	電気代実費
Bタイプ	205,320円	125,000	22,000	0	58,320	電気代実費
Cタイプ						
Dタイプ	230,320円	150,000	22,000	0	58,320	電気代実費
月額利用料の算定根拠	家賃	建物償却費、大規模修繕費を勘案して算出。				
	管理費	小規模修繕費等、居室の水道料及び共用部の電気・水道料、共用施設の維持管理費を勘案して算出。				
	介護費用	介護保険にて				
	食費	1月30日で計算(朝食600円 昼食600円 夕食600円) (3日前までに欠食の申出があった場合には、返金します。)				
	光熱水費	居室の電気代。各居室に個々のメーター設置により実費徴収。				
前払金		3,000,000円				
算定根拠	「家賃相当額 × 60月(想定居住期間) + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(前払金の20%)」により設定。 40,000円×60月+600,000円					
償却開始日	入居日					
返還対象としない額	—					
契約終了時の返還金の算定方法	返還額=3,000,000円-40,000円×経過期間					
短期解約の返還金の算定方式	—					
返還期限	※返還金は契約解除(終了)後、3月以内に返還します。					

保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保全措置の内容（ 有老協入居者保証制度 ）
		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	月額利用料その他は、毎月15日の請求による。
支払方法	振込又は、現金払い
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	条件（ 入居契約書第29条による ）
	手続き（ 入居契約書第29条による ）
	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	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に 変更する。	
	手続き方法	県に事前相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が30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（その他税法上の規定に則る。）		
体験入居の取扱い	1 無	期間	5泊6日を上限とする。
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	費用	1泊2日13,000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	地域に開かれた施設を目指し、入居者が施設に入居した後も地域と関わりが持てるよう、積極的に地域行事に参加し、入居者が生きがいを持って生活できる施設づくりを行います。
サービスの提供内容の特色	利用者が地域活動に参加できるよう、地域の人たちと交流をするためのレクリエーション等を定期的に行っています。
サービス提供の状況※	

入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <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、相談・取次等	
	食費	人件費、食材費、厨房管理費等	
	その他	—	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有		
安否確認の方法・頻度等	要支援・要介護者には日中3回、夜間3時間おきのほか、適宜居室見回りを実施。		
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（東京海上日動火災保険株式会社）	

※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を移動する場合があります。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、居室（個室）を変更していただくことがあります。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いただきます。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。追加費用はありません。 ・夫婦等で2人定員の居室に入居している場合は、住み替えはできません。 ・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。

(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	藤沢在宅クリニック
	診療科目	内科
	所在地	藤沢市南藤沢17-16 秋山ビルⅡ 201号室

	距離及び所要時間	約 2.3km、車で 15 分
	協力内容	訪問診療、随時診察、夜間緊急診察
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	湘南台中央デンタルクリニック
	所在地	藤沢市湘南台 1-6-7 小宮ビル 1F A 室
	距離及び所要時間	車で 20 分
	協力内容	訪問診療
入居者が医療を要する場 合の対応※	協力医療機関への通院の同行は、月額利用料に含まれます。 入院 ・ 医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、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、月額利用料の家賃相当額をお支払いください。 ・ 協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、介護費用の前 払金に含まれます。 ・ 入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・ 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ことは ありません。また、週 2 回の清掃を行います。	

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(令和3年 6月30日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌9時) (最少人数)	備 考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従 業 者 の 内 訳	管理者	1			
	生活相談員	1			
	介護職員	9	5	1	常派遣 2、非派遣 3
	看護職員	1	1		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者	1			
	栄養士				
	調理員	2			
	事務職員	2	4	1	
	その他職員				
合 計	17	10	2		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務	無 ・ 〇			
	資格等	1 無			
		2 有			
	資格等の名称				
	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	2	7	2	0	0	0	0	2	0
前年度1年間の退職者数	2	1	6	1					2	
業務に従事した経過年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満			1						
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満				1					
	10年以上	2	2	6	1				2	
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	一人	介護職員実務者研修修了者	一人
介護福祉士	5人	介護職員初任者研修修了者	2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 6月30日現在)

入居者数及び定員	20人 (定員 41人)			
入居者の状況	男性 9人、女性 11人			
	自立 0人			
	要介護 19人	(内訳)		要介護1 8人
				要介護2 3人
				要介護3 3人
		要介護4 4人		
		要介護5 1人		
要支援 1人	(内訳)		要支援1 1人	
			要支援2 0人	
平均年齢	85.4歳 (男性 85.7歳、女性 85.2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	2人
		医療機関	5人
		死亡者	0人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申し出	
入居者側の申し出		7人	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無		
	2 有	1 代替措置あり (書面によって説明と同意を得る) 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	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)	施設等の連絡先 ・施設担当者 宮崎 真理子 TEL0466-81-3776 ・施設責任者 醍醐 晋 TEL0466-81-3776 ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL03-3548-1077		
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、協力医療機関である湘南ホスピタルへの搬入若しくは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。		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。		
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生活保証制度への加入状況	協会への加入	無 ・ 有	
	入居者基金への加入	無 ・ 有	
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 無		
	2 有	実施日 結果の開示	
第三者による評価の実施状況	1 無		
	2 有	実施日	令和〇年〇月〇日
		評価機関名称	〇×評価機関
結果の開示	無 ・ 有		
看取りの対応	無 ・ 有		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開

事業収支計画の公開	1 公 開 (閲覧・写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 非公開
-----------	-----------------	---

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」(介護付の場合のみ)

別添4「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区分	自立			要支援 1～2			要介護 1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 9時～18時	有	体調不良時のみ対応	—	随時巡回	—		随時巡回	—	
・夜間 18時～9時	有	1回程度（体調を考慮）	—	3回程度（体調を考慮）	—		4回程度（体調を考慮）	—	
②食事介助	有	体調不良時のみ対応	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
③排泄									
・排泄介助	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ交換	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
④入浴等									
・清拭	有	体調不良時のみ対応	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
・一般浴介助	有	—	—	週 2 回	—		週 2 回	—	
・特浴介助	有	—	—	週 2 回	—		週 2 回	—	
⑤身辺介助									
・体位交換	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
・居室からの移動	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
・衣類の着脱	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
・身だしなみ介助	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
⑥機能訓練	有	週1回程度	—	週1回程度	—		週1回程度	—	
⑦通院の介助	有	—	—	協力医療機関への付添	協力医療機関以外への付添	2,000円/回	協力医療機関への付添	協力医療機関以外への付添	2,000円/回
⑧緊急時対応	有	必要時対応	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有	—	—	週 1 回及び必要に応じて	—		週 1 回及び必要に応じて	—	
・洗濯	有	—	—	必要時対応	—		必要時対応	—	
②居室配膳・下膳	有	原則食堂にて摂食	—	原則食堂にて摂食	—		原則食堂にて摂食	—	
③理美容	有	—	訪問理容師対応	—	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	—	週 1 回指定日	—		週 1 回指定日	—	
・役所手続	有	希望があれば対応	—	希望があれば対応	—		希望があれば対応	—	
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有	—	年 1 回（希望により）	—	年 1 回（希望により）	実費	—	年 1 回（希望により）	実費
・健康相談	有	希望があれば随時	—	希望があれば随時	—		希望があれば随時	—	
・生活指導	有	希望があれば随時	—	希望があれば随時	—		希望があれば随時	—	
・医師の往診	有	—	月 2 回程度	—	月 2 回程度	医療保険適用	—	月 2 回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有	緊急時のみ	—	緊急時のみ	—		緊急時のみ	—	
5. その他サービス									
・レクリエーション	有	年 8 回程度	—	年 8 回程度	—		年 8 回程度	—	

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)	無			
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	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。	

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 <u>2 混合型</u> 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 <u>5 介護予防</u> 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）	特定施設入居者生活介護 （1 か月 30 日の例）																																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>170, 115 円</td> <td>17, 011 円/34, 022 円/51, 033 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>190, 984 円</td> <td>19, 098 円/38, 196 円/57, 294 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>213, 118 円</td> <td>21, 311 円/42, 622 円/63, 933 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>233, 355 円</td> <td>23, 335 円/46, 670 円/70, 005 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>255, 173 円</td> <td>25, 517 円/51, 034 円/76, 551 円</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	170, 115 円	17, 011 円/34, 022 円/51, 033 円	要介護 2	190, 984 円	19, 098 円/38, 196 円/57, 294 円	要介護 3	213, 118 円	21, 311 円/42, 622 円/63, 933 円	要介護 4	233, 355 円	23, 335 円/46, 670 円/70, 005 円	要介護 5	255, 173 円	25, 517 円/51, 034 円/76, 551 円																																		
	区 分	月 額	利用者負担額 （1 割/2 割/3 割の場合）																																																		
	要介護 1	170, 115 円	17, 011 円/34, 022 円/51, 033 円																																																		
	要介護 2	190, 984 円	19, 098 円/38, 196 円/57, 294 円																																																		
	要介護 3	213, 118 円	21, 311 円/42, 622 円/63, 933 円																																																		
	要介護 4	233, 355 円	23, 335 円/46, 670 円/70, 005 円																																																		
	要介護 5	255, 173 円	25, 517 円/51, 034 円/76, 551 円																																																		
	各種加算の状況																																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2">減算型・<u>基準型</u></td> </tr> <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><input type="checkbox"/> 無</td> <td>・ 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>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/> 無・有</td> <td>(I) (II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4"><input type="checkbox"/> 無・有</td> <td>(I) イ</td> </tr> <tr> <td>(I) ロ</td> </tr> <tr> <td>(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 type="checkbox"/> 有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 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> </table>	身体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	<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	<input type="checkbox"/> 無	・ 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	<input type="checkbox"/> 無・有	(I) イ	(I) ロ	(II)	(III)	介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	I	<input type="checkbox"/> II	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	I
身体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	<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	<input type="checkbox"/> 無	・ 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	<input type="checkbox"/> 無・有	(I) イ																																																			
		(I) ロ																																																			
		(II)																																																			
		(III)																																																			
介護職員処遇改善加算	無・ <input type="checkbox"/> 有	I																																																			
		<input type="checkbox"/> 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																																																			

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	2. 0	2. 2	1. 8
要介護者の人数	5. 7	6. 8	16. 2
指定基準上の直接処遇職員の数	2. 1	2. 4	5. 5

配置している直接処遇職員の人数	8.0	9.1	7.7
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人数の割合	0.7:1	0.8:1	2.1:1
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	9:00 ~ 18:00	
	遅番	10:00 ~ 19:00	
	夜勤	17:30 ~ 9:30	
	看護職員 日勤	9:00 ~ 18:00	

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	57,548円
	要支援2	98,338円
	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)	
	要支援1	5,754円/11,508円/17,262円
	要支援2	9,833円/19,666円/29,499円
	各種加算の状況	
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)
		(II)
		(I)イ (I)ロ (II) (III)
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		<input checked="" type="checkbox"/> II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	