

重要事項説明書

作成 2021年 7月 1日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人三つ葉会
代表者名	理事長 江頭 瑞穂
所在地	神奈川県藤沢市瀬郷218番地
電話番号／FAX番号	0466-47-0580 / 0466-47-0093
ホームページアドレス	http://gardenia.or.jp
設立年月日	2000年 10月 1日
直近の事業収支決算額※	(収益)651,772,682円 (費用)654,774,973円 (損益)-3,002,291円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護老人保健施設事業・(介護予防)短期入所療養事業・(介護予防)通所リハビリテーション事業・居宅介護支援事業・在宅介護支援センター事業

※ 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	藤沢ロマン館	
所在地	神奈川県藤沢市菖蒲沢538	
施設の類型及び表示事項	類型	<input type="checkbox"/> 1 介護付 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般型) 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 () 指定年月日 ()) <input type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦居室含む) <input type="checkbox"/> 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	2018年 12月 1日	
管理者氏名	塚本 拡規	
電話番号／FAX番号	0466-49-1140 / 0466-49-1141	
メールアドレス	f-roman@gardenia.or.jp	

交通の便	小田急江ノ島線「長後駅」より海老名駅東口行バス停「宮ノ腰」下車徒歩5分					
ホームページアドレス	http://gardenia.or.jp					
敷地概要	権利形態 (借地の場合の契約形態) (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無)	所有・借地 通常借地契約・定期借地契約 年月日～年月日 無・有				
	敷地面積	951.20㎡				
	抵当権の設定	無・有				
建物概要	権利形態 (借家の場合の契約形態) (借家の場合の契約期間) (通常借家契約における自動更新条項の有無)	所有・借家 通常借家契約・定期借家契約 2012年2月1日～2042年1月31日 無・有				
	建物の構造	木造 階建 (耐火・準耐火・その他)				
	延床面積	773.73㎡ (うち有料老人ホーム ㎡)				
	建築年月日	2011年12月5日建築				
	改築年月日	年月日改築				
	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 21室 定員 21人(一時介護室を除く)					
(内訳)	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	1	無・有	無・有	㎡	
	Bタイプ		無・有	無・有	㎡	
	Cタイプ		無・有	無・有	㎡	
	Dタイプ		無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂	無・有 (1階・57.76㎡ 2階・32.09㎡)				
	浴室	一般浴槽	無・有 (1階・4.14㎡)			
		リフト浴	無・有 (1階・21.21㎡)			
		ストレッチャー浴	無・有 (階・㎡)			
	便所	無・有 (1階・2階に1つずつ)				
	洗面設備	無・有 (各居室、1・2階に1つずつ)				
	医務室(健康管理室)	無・有 (2階・13.46㎡)				
	談話室	無・有 (階・㎡)				
	面談室	無・有 (階・㎡)				
	事務室	無・有 (1階・21.12㎡)				
	洗濯室	無・有 (1階・3.59㎡)				
	汚物処理室	無・有 (1階・㎡)				
	看護・介護職員室	無・有 (1階事務室兼用・2階)				
	機能訓練室	無・有 (2階) 他の共用施設との兼用 無・有 ()				
	健康・生きがい施設	無・有 (階)				
	緊急通報設備	無・有				
	エレベーター	無・有 (ストレッチャー搬入可 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～2.0m)					

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 <input type="checkbox"/> 無	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	指定されている危険区域
		1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要		

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷金	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (220,000 円、家賃相当額の 4 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	132,000	55,000	23,000	0	40,500	13,500
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	1 m ² あたり平均3,100 円を勘案して算出				
	管理費	専用居室及び共用施設の維持管理、運営管理に係る事業経費等を勘案して算出				
	介護費用					
	食費	・1日1,350円(朝食:300円 昼食:500円 おやつ代50円 夕食:500円) 月30日で計算。 ※1週間前までに欠食の申し出を受けた場合、欠食分を返金します				
	光熱水費	共用部分の電気、ガス、水道代を勘案して算出				
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	無 ・ 有	保全措置の内容 ()
		無の場合の理由 ()
その他留意事項		

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	・入居一時金(敷金)は、入居時に一括して5日以内にお支払いください。 ・毎月26日(土・日・祝祭日の場合は翌日)に自動引き落としによりお支払いいただきます。
支払方法	・月額利用料(家賃・管理費。食費・光熱水費)は、一括して1ヶ月分を前徴収とし、お支払いいただきます。
その他留意事項	・その他費用については、前月分の費用項目の明細を付して請求した料金をお支払いいただきます。

(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25条第1項による)
	手続き (入居契約書第25条第2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	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	運営懇談会の意見を聴き、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				
消費税の対象外とする利用料等	敷金、月額利用料 ※それ以外の費用は消費税を含んだ金額になります。					
体験入居の取扱い	1	無				
	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>期間</td> <td>最長1週間程度</td> </tr> <tr> <td>費用</td> <td>1泊 5,000円</td> </tr> </table>	期間	最長1週間程度	費用
期間	最長1週間程度					
費用	1泊 5,000円					

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	・住み慣れた地域で季節を感じながら地域の皆様と共に穏やかに日常生活が送れるよう支援致します。 ・家庭的な雰囲気の中で趣味活動や行事を楽しんで頂きます。また、自立の可能性を最大限に引き出す働きかけを行います。
サービスの提供内容の特色	①ケア方針の統一化、②職員の育成、③地域、市区町村、提携施設、協力医療機関等との連携。 上記3点を通じてサービスの質の向上を目指す。
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	小規模修繕・施設維持管理業務・生活支援業務	
	食費	1日3食・おやつ提供・配膳	
	その他	郵便物・宅配便の取り次ぎ	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	委託先 ()	
		委託内容 ()	
安否確認の方法・頻度等			
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 (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	介護が必要な場合には、居室において介護保険におけるサービスを受けることができます。ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<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	<p>提供する居室を施設内において変更する場合、次の手続きを書面にて行うものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 事業者の指定する医師の意見を聴取します。 二 入居者及びその家族の意見を聴取します。 <p>事業者は、居室の住み替えにより入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、前項の手続きとあわせ、次の手続きを書面で行うものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察機関を設けます。 二 住み替え後の居室の概要、入居者及び身元引受人等に説明を行います。 三 入居者の同意を得ます。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合であっても、医師の意見を聴取して身元引受人等の同意を得ます。

(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	湘南第一病院
	診療科目	内科・循環器・整形外科・消化器科・外科・皮膚科
	所在地	藤沢市湘南台 1-19-7
	距離及び所要時間	5 キロ、車で 15 分
	協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	パーク歯科
	所在地	藤沢市鵠沼石上 1-2-10We1-BIZ 藤沢 2 階
	距離及び所要時間	9.8 キロ
入居者が医療を要する場合の対応※	通院－協力医療機関への通院同行は、介護保険料に含まれます。 入院－ ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族の話し合いにより、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。長期入院の場合には、ご家族との話し合いにて今後の対応を決めるものとします。 ・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、月額利用料に含まれます。 ・入院に係る費用は入居者の負担になります。 ・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。	

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

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021 年 7 月 1 日現在)

		職 員 数		夜間勤務職員数 (時～翌 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			生活相談員を兼務
	生活相談員	1			管理者を兼務
	介護職員	2	13	2	
	看護職員	1	3		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1			看護師が兼務
	計画作成担当者		1		介護支援専門員
	栄養士				
	調理員		5		

事務職員				
その他職員		2		
合計	6	24		

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 有		資格等の名称 介護職員初任者研修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	4					
前年度1年間の退職者数		1	1		4					
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満					2				
	1年以上3年未満						1			
	3年以上5年未満				1	3				
	5年以上10年未満				1	4				1
	10年以上		1	3		4		1		
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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	3人
介護福祉士	5人	介護職員初任者研修修了者	3人
介護支援専門員	- 人	資格なし	4人

6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	20人 (定員 21人)			
入居者の状況	男性	5人、女性		15人
	自立	人		
	要支援	人	(内訳)	要支援1 人 要支援2 人
	要介護	20人	(内訳)	要介護1 6人 要介護2 5人 要介護3 5人 要介護4 2人 要介護5 2人
平均年齢	88.3歳 (男性 83.8歳、女性 89.8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	0人	
		医療機関	0人	
		死亡者	4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)	0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	0人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無 2 <input checked="" type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>代替措置あり (書面開催)</td></tr><tr><td>2</td><td>代替措置なし</td></tr></table>	1	代替措置あり (書面開催)	2	代替措置なし
1	代替措置あり (書面開催)				
2	代替措置なし				
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 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><施設及び本社></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者 (管理者) Tel 0466-49-1140 ・法人本部 Tel 0466-47-0580 <p>施設及び本社での解決が難しい場合、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <p><行政></p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 Tel 045-210-1111 (代表) ・藤沢市 福祉健康部介護保険課 Tel 0466-50-3527 ・神奈川県国保連合会介護苦情相談課苦情専用窓口 Tel 045-329-3447 Tel 0570-02-2110 				
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、協力医療機関への搬送若しくは119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。				
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/>				
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、入居者と連携して履行の責を負います。又、必要などときには、入居者の身元を引き受けます。				
公益社団法人全国有料老人ホーム協会	協会への加入 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>				

及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況	入居者基金への加入	無 ・ <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	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	2 有	実施日
		結果の開示
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	2 有	実施日
		評価機関名称
		結果の開示
看取りの対応		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 時～時	有・無						3回程度(体調を考慮)		
・夜間 時～時	有・無						2時間毎(体調を考慮)		
②食事介助	有・無						適宜対応		
③排泄									
・排泄介助	有・無						適宜対応		
・おむつ交換	有・無						適宜対応		
④入浴等									
・清拭	有・無						適宜対応		
・一般浴介助	有・無						週2回	週3回以上の場合	1,080円/回
・特浴介助	有・無						週2回	週3回以上の場合	1,080円/回
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無						適宜対応		
・居室からの移動	有・無						適宜対応		
・衣類の着脱	有・無						適宜対応		
・身だしなみ介助	有・無						適宜対応		
⑥機能訓練	有・無						サービス計画に基づき		
⑦通院の介助	有・無						協力医療機関へは適宜対応	協力医療機関以外	2,160円/30分
⑧緊急時対応	有・無						適宜対応		
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無						原則週2回(3回までは無償)	週4回目より	540円/回
・洗濯	有・無						原則週2回(3回までは無償)	週4回目より	540円/回
②居室配膳・下膳	有・無						体調不良時のみ	本人希望の居室への配膳	162円/回
③理美容	有・無							訪問理美容師対応	実費
④代行									
・買物	有・無						週1回	週2回目以降	1,620円/回
・役所手続	有・無								
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無						年1回		実費
・健康相談	有・無						適宜対応		
・生活指導	有・無						適宜対応		
・医師の往診	有・無							月2回程度(医療保険)	実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有・無							希望時対応	2,160円/時間
5. その他サービス									
・レクリエーション	有・無						月1回程度		実費

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	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	・2階の汚物も1階の汚物処理室で対応
7	面談室	無	不適合	<input checked="" 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。	・プライバシーに配慮し、事務室で対応
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	無			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 2 混合型 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 5 介護予防 6 介護予防（外部サービス利用型）																																											
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: 20%;">区 分</th> <th style="width: 40%;">月 額</th> <th style="width: 40%;">利用者負担額（ 1 割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>171,380 円</td> <td>17,138 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>192,565 円</td> <td>19,257 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>214,699 円</td> <td>21,470 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>235,252 円</td> <td>23,526 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>257,070 円</td> <td>25,707 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（ 1 割の場合）	要介護 1	171,380 円	17,138 円	要介護 2	192,565 円	19,257 円	要介護 3	214,699 円	21,470 円	要介護 4	235,252 円	23,526 円	要介護 5	257,070 円	25,707 円																									
	区 分	月 額	利用者負担額（ 1 割の場合）																																									
	要介護 1	171,380 円	17,138 円																																									
	要介護 2	192,565 円	19,257 円																																									
	要介護 3	214,699 円	21,470 円																																									
	要介護 4	235,252 円	23,526 円																																									
	要介護 5	257,070 円	25,707 円																																									
	各種加算の状況																																											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</td> <td style="width: 40%;">減算型・<u>基準型</u></td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(I) イ</td> </tr> <tr> <td>(I) ロ</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>(II)</td> </tr> <tr> <td>(III)</td> </tr> <tr> <td>(IV)</td> </tr> <tr> <td>(V)</td> </tr> <tr> <td>(I)</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>(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	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	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	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	科学的介護推進体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I)	(II)	(I) イ	(I) ロ	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(II)	(III)	(IV)	(V)	(I)	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I)	(II)
	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	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																																										
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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																											
医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																											
口腔衛生管理体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																											
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																																											
科学的介護推進体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																											
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有																																											
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I)																																										
		(II)																																										
		(I) イ																																										
		(I) ロ																																										
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(II)																																										
		(III)																																										
		(IV)																																										
		(V)																																										
		(I)																																										
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I)																																										
		(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(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	
	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	
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			
要介護者の人数	20.1	20.3	20.2
指定基準上の直接処遇職員の数	7	7	7
配置している直接処遇職員の数	11.2	12.2	12.2
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数割合	1.7 : 1	1.6 : 1	1.6 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 8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	: ~ :
		日勤	9:00 ~ 18:00
		遅番	17:00 ~ 9:30
		夜勤	17:30 ~ 10:00
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	9:00 ~ 18:00
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :