

重要事項説明書

作成日 西暦 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	株式会社学研ココファン
代表者名	代表取締役 森 猛
所在地	東京都品川区西五反田2-11-8
電話番号/FAX番号	TEL 03-6431-1860/ FAX 03-6431-1864
ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp
設立年月日	西暦 2008年 5月 15日
直近の事業収支決算額※	(収益) 15,641,927,251円 (費用) 15,348,614,402円 (損益) 293,312,849円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホーム事業の企画・開発・運営、介護保険サービス等事業、フランチャイズ事業不動産賃貸に関する事業、その他の付帯する一切の事業

※ 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	ココファンメゾン大庭	
所在地	神奈川県藤沢市大庭5423-1	
施設の類型及び表示事項	類型	1 <input checked="" type="checkbox"/> 介護付 <input type="checkbox"/> (一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	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 (その他の条件)	1 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 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 市指定介護保険特定施設 (番号1492200629 指定年月日 平成27年10年1日) 地域密着型 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 (夫婦居室含む) 2 相部屋あり

	提携ホームの利用等	無 ・ 有 ()				
開設年月日	西暦 2015年 10月 1日					
管理者氏名	齊藤 美由紀					
電話番号/FAX番号	TEL 0466-88-3151 /FAX 0466-88-3152					
メールアドレス	cmz-ooba@cocofump.co.jp					
交通の便	JR辻堂駅 バス20分『ライフタウン中央』下車 徒歩10分					
ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp					
敷地概要	権利形態	所有 ・ 借地				
	(借地の場合の契約形態)	通常借地契約 ・ 定期借地契約				
	(借地の場合の契約期間)	年 月 日 ~ 年 月 日				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無 ・ 有				
	敷地面積	m ²				
	抵当権の設定	無 ・ 有				
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24年 11月 1日 ~ 平成44年 10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	造 階建 (耐火 ・ 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	1124.31 m ² (うち有料老人ホーム 875.82 m ²)				
	建築年月日	平成19年 3月 10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)					
	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	21	無 ・ 有	無 ・ 有	18.15m ²	21
	Bタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	Cタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
	Dタイプ		無 ・ 有	無 ・ 有	m ²	
共用設備概要	食堂		無 ・ 有 (1.2階 68.85m ²)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有 (1階 18.15 m ²)			
		リフト浴	無 ・ 有 (1階 36.30 m ²)			
		ストレッチャー浴	無 ・ 有 (階・ m ²)			
	便所		各居室、1.2階に共用あり			
洗面設備		各居室				

	医務室(健康管理室)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 m ²)
	談話室	<input type="checkbox"/> 無・有 (階・ m ²)
	面談室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 m ²)
	事務室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 m ²)
	洗濯室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 m ²)
	汚物処理室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2階 m ²)
	看護・介護職員室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 m ²)
	機能訓練室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)
	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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (スリッパ搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(2m ~ 2m)
消防設備概要	消火器 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	火災通報設備 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	防火管理者 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
危険区域の指定状況	1 無	
	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	自社運営 短期入所生活介護	

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="checkbox"/> 選択方式					
敷金	<input type="checkbox"/> 無・有 (円、家賃相当額の か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
前払いプラン	232,200円	80,000円	86,500円	実費	65,700円	実費

月払いプラン	292,200円	14,000円	86,500円	実費	65,700円	実費
月額利用料の算定根拠	家賃	居室及び共用施設等の利用料及び施設設備等修繕交換費・居室設備主膳交換費建物賃貸料				
	管理費	<ul style="list-style-type: none"> 生活サービス及び事務部門に関する人件費 共用部に関する水光熱費 施設の維持費（エレベーターや消防関係等設備に関する保守点検費、植栽管理費等） 共用部の備品、消耗費、事務費、車両維持費、広告宣伝費等 				
	介護費用	国の定める介護保険費用に準ずる				
	食費	朝540円 昼770円 夕880円 *1食毎の喫食実績により1か月分を取りまとめて請求。キャンセルは2日前16時までに申し出があった場合による。				
	光熱水費	居室利用分				
前払金		1,800,000円				
算定根拠	法第29条第6項に規定される前払い金					
償却開始日	契約開始日					
返還対象としない額	無し					
契約終了時の返還金の算定方法	契約開始日から3か月を経過した場合 $(1,800,000 \text{円} \div (\text{契約開始日から契約終了日までの実日数「A」})) \times (\text{「A」} - (\text{契約開始日から契約が解除等された日までの日数}))$ ○返還金等 事業者は返還金をあらかじめ定める者に返還し、入居者はこれに同意するもの年、居室の明け渡し日の翌日から起算して、90日以内に返還金受取人の指定口座に振り込みにより返金します。					
短期解約の返還金の算定方式	契約開始日から3か月以内の場合 $1,800,000 \text{円} - (60,000 \text{円} \div 30 \text{日}) \times (\text{契約開始日から契約終了日までの実日数})$					
返還期限	30か月					
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>		保全措置の内容（株式会社朝日信託を受託者、株式会社学研ココファンを委託者、入居者を受益者とする信託保全を行う。未償却金（退去時返還金）は全額返還される。 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	請求当月の27日
支払方法	家賃、管理費、水光熱費は請求書により次月分を請求当月の27日までに振込又は引き落とし。食費（実食分）及び月額利用料に含まれない実費負担等の費用は実績分を利用翌月に家賃等と合算し請求書により支払い。自動引き落とし

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	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> 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 二 月額の利用料その他の支払意を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三 第21条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき 四 入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 五 入居者が、暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員又はその関係者である場合 六 暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員又はその関係者を本物件内に入居させたとき 七 騒音・暴力行為・危険行為等共同生活の秩序を乱す行為をしたと認められたとき 八 重篤な感染症にかかった場合、もしくは保持している場合、かつ入居者に対する通常介護方法等では感染を防止する事ができないとき 九 恒常的な医療行為を必要とするとき等、通常の介護で対応が困難となった場合
	<p>(手続き)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 90日の予告に先立ち、入居者及び身元受取人等に弁明の機会を設ける 二 解除予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、その他の関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 三 契約を解除する場合には、事業者は以下の手続きをおこないます <ul style="list-style-type: none"> ・医師の意見を聴く ・一定に観察期間をおく
	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	施設の維持管理、公租公課等の負担が増加した時、もしくは物価の変動・近隣相場との不均衡・施設の改良があった場合
	手続き方法	運営懇談会の意見を聞き同意を得たうえで改定する
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	1	減額なし

	2 日割り計算で減額 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	家賃、管理費、クラブ活動費、おむつ代等					
体験入居の取扱い	1 無					
	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 有</td> <td>期間</td> <td>1日から7日まで</td> </tr> <tr> <td></td> <td>費用</td> <td>1泊 11,000円(税・食事別) 食事代 朝食5340円 昼食770円 夕食880円 介護保険は適用外となります</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	期間	1日から7日まで		費用
<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	期間	1日から7日まで				
	費用	1泊 11,000円(税・食事別) 食事代 朝食5340円 昼食770円 夕食880円 介護保険は適用外となります				

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。		
サービスの提供内容の特色	高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と体がより良い状態に向うことを考え行動します。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	受付業務・管理・入居相談業務・その他別添	
	食費	三食提供・配膳	
	その他	別添 介護サービス等の一覧による	
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	日中：食事時、随時 夜間：20時・23時・2時・5時		
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(サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険)	

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により入居者の同意を得た上で居室移動の場合があります
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合

	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	

(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	(医) 正桜会 湘南台スマイルクリニック
	診療科目	老年精神科・内科・皮膚科
	所在地	藤沢市湘南台2-10-5 安藤ビル1F
	距離及び所要時間	約4.5 Km 車で約13分
	協力内容	希望者への訪問診療（往診）、必要時の入院先病院の紹介、外来での診察対応
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	藤沢まごころ歯科
	所在地	藤沢市湘南台1-9-2 石井ビル2F
	距離及び所要時間	約5.1 Km 車で約15分
	協力内容	訪問診療による治療、アドバイス
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>医師の判断を基本として協力医療機関、または入居者が希望する医療機関において治療を受けることが出来る。</p> <p>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する。医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及びご家族の意思を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中についても家賃、管理費、水光熱費は入居者の負担としてお支払いいただく。 ・入院に関わる費用は入居者の負担となる。 ・入退院の移送・同行については別添「介護サービス等の一覧表」による。 	

※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 2月 1日)

		職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌朝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	3	9	1	
	看護職員	1	1		機能訓練指導員兼務
	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		1		本部にて雇用
	調理員		7		
	事務職員		1		
	その他職員		2		営繕兼ドライバー
	合計				

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>							
	資格等	1 無								
		2 <input checked="" type="checkbox"/>	資格等の名称	介護支援専門員等						
	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		6		1			
前年度1年間の退職者数					9					
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満				5					
	1年以上 3年未満				4					
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
	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		介護職員実務者研修修了者	
介護福祉士	3人	介護職員初任者研修修了者	4人
介護支援専門員	1人	資格なし	4人

6 入居状況等

(2021年 5月 1日現在)

入居者数及び定員	19人 (定員 21人)		
入居者の状況	男性 5人、女性 14人		
	自立 0人		
	要支援 0人	(内訳)	要支援1 1人 要支援2 1人

	要介護 19人	(内訳)	要介護1	3人
			要介護2	5人
			要介護3	2人
			要介護4	7人
			要介護5	2人
平均年齢	平均86.8歳 (男性 89.8歳 女性 85.7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	
		社会福祉施設	2人
		医療機関	3人
		死亡者	5人
		その他	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		入居者側の申し出	2人 (解約事由の例) ・ご主人のいる施設に空きができたため ・低料金の施設に移るため

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 ()
	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)	<p>*事業所 苦情対応担当 事業所長 TEL 0466-88-3151 (8:45~17:45)</p> <p>*学研ココファン 苦情窓口 TEL 03-6431-1860 e-mail co-soudan@cocofump.co.jp</p> <p>*第三者機関 相談窓口 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情窓口 TEL 0570-022-110 または045-329-3447 ・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 0466-25-1111 (代表)</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)	苦情・事故マニュアルに基づき、協力医療機関の指導の下に対応。119番通用による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う。また、事故についての検証、今後の

	防止策を講じる。		
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等			
公益社団法人全国有料老人ホーム協会 及び同協会の入居者生活保証制度への 加入状況	協会への加入	<input type="checkbox"/> ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> ・ 有	
利用者アンケート調査、意見箱等利用 者の意見等を把握する取組の状況	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	随時実施、懇談会等で報告
結果の開示		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
第三者による評価の実施状況	1 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
結果の開示	無 ・ 有		
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム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

地域密着特定	要介護1～5	
介護を行う場所	居室	
	介護保険(※)給付、一時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 (ケアプランによる) ・昼間 9時～18時 ・夜間 18時～9時 ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・入浴介助 ○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練 ○通院の介助 ○緊急時対応 ・ナースコール	2時間毎に巡回 3時間毎に巡回 必要時 必要に応じ随時 必要に応じ随時 — 必要時 週2回入浴時介助 必要に応じ随時 必要に応じ随時 福祉用具利用 適宜行う 適宜行う 施設サービス計画に基づいて実施 協力病院通院等の付添い、介助 24時間対応	— — — 実費 — 左記以外500円/15分(税別) — — — — — 協力外病院等の付添い、介助 500円/15分(税別) 公共交通機関の場合は実費 —
生活サービス ○家事 ・清掃 ・洗濯 ・リネン交換 ・外出介助 ○居室配膳・下膳 ○理美容 ○代行 ・買物 ・役所手続	週1回 週2回 週1回 施設サービス計画に基づいて実施 必要に応じて — 指定日 介護保険認定更新手続	左記以外500円/15分(税別) 左記以外500円/15分(税別) (クリーニング代は実費) — 左記以外500円/15分(税別) (公共交通機関の場合は実費) (長時間の場合はご相談ください) — 実費 左記以外500円/15分(税別) 左記以外500円/15分(税別)

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			食堂兼機能訓練室
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 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: 15%;">区 分</th> <th style="width: 35%;">月 額</th> <th style="width: 50%;">利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>187,485円</td> <td>18,749円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>210,662円</td> <td>21,067円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>234,873円</td> <td>23,488円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>257,365円</td> <td>25,737円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>281,238円</td> <td>28,124円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護1	187,485円	18,749円	要介護2	210,662円	21,067円	要介護3	234,873円	23,488円	要介護4	257,365円	25,737円	要介護5	281,238円	28,124円
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																
	要介護1	187,485円	18,749円																
	要介護2	210,662円	21,067円																
	要介護3	234,873円	23,488円																
	要介護4	257,365円	25,737円																
	要介護5	281,238円	28,124円																
	各種加算の状況																		
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <u>基準型</u>																	
	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	無・ <u>有</u>																		
口腔衛生管理体制加算	無・ <u>有</u>																		
栄養スクリーニング加算	無・ <u>有</u>																		
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																	
介護職員等特定処遇改善加算	無 <u>有</u>	I																	
		<u>II</u>																	