

有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約重要事項説明書

作成日 令和 3年 7月 1日

1 事業主体概要

| | |
|-------------|---|
| 事業主体名 | ミモザ株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役 松本 考二 |
| 所在地 | 東京都品川区南品川二丁目2番5号 |
| 電話番号／FAX番号 | 電話番号 03-5796-0630 / FAX番号 03-5796-0631 |
| ホームページアドレス | https://www.mimoza-care.jp |
| 設立年月日 | 平成 11年 8月 27日 |
| 直近の事業収支決算額※ | (収益) 11,773百万円 (費用) 11,490百万円 (損益) 283百万円 |
| 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（認知症対応型共同生活介護事業、通所介護事業、居宅介護支援事業、訪問介護事業、小規模多機能型居宅介護事業、地域密着型特定施設入居者生活介護事業、短期入所生活介護事業、看護小規模多機能型居宅介護事業）、サービス付高齢者向け住宅事業、家具付高齢者住宅事業 |

※ 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 | ミモザ平塚高浜台 | |
| 所在地 | 神奈川県平塚市高浜台19-19 | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 | 1 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 | <input type="checkbox"/> 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 (その他の条件) | 1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 () |
| | 介護保険 | <input type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1472001195 指定年月日 平成17年5月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可 |
| | 居室区分 | <input type="checkbox"/> 1 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 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 () |
| 開設年月日 | 平成 17年 5月 1日 | |
| 管理者氏名 | 長崎 哲夫 | |
| 電話番号／FAX番号 | 電話番号 0463-25-1907 / FAX番号 0463-25-1908 | |

| | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|-------------------|-----|
| メールアドレス | hiratuka-t@mimoza-care.jp | | | | | |
| 交通の便 | J R 東海道線平塚駅南口より平塚駅循環バス「湘南海岸公園」バス停下車 (乗車時間約5分) 徒歩7分 | | | | | |
| ホームページアドレス | https://www.mimoza-care.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 526.25 m ² 抵当権の設定 無 ・ 有 | | | | | |
| 建物概要 | 権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 (借家の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成17年5月1日～令和12年4月30日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 建物の構造 鉄骨造 地下0階 地上3階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他) 延床面積 1063.53 m ² (うち有料老人ホーム 1063.53m ²) 建築年月日 平成17年 4月 1日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他() 抵当権の設定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 | | | | | |
| 居室概要 | 居室総数 30 室 定員 30 人(一時介護室を除く) | | | | | |
| (内訳) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 ・ 2 相部屋あり | | | | | |
| | | 定員 | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 |
| | 居室 | 1人 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | 18 m ² | 30室 |
| 共用設備概要 | 食堂 | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1.2.3 階・ 37.34 m ²) | | | |
| | 浴室 | 一般浴槽 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.3 階・ (7.6+4.07 m ²) | | | |
| | | リフト浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ m ²) | | | |
| | | ストレッチャー浴 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階・ (4.4+10.8 m ²) | | | |
| | 便所 | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (居室、1.2.3階) | | | |
| | 洗面設備 | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (居室、1.2.3階) | | | |
| 医務室(健康管理室) | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2 階・ 10.80 m ²) | | | | |

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| | 談話室 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (リビングを共用) | |
| | 多目的室・相談室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3階・10.80㎡) | |
| | 事務室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階) | |
| | 洗濯室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階 4.41㎡ 2,3階 各5.77㎡ | |
| | 汚物処理室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1,2,3階) | |
| | 看護・介護職員室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1,2,3階) | |
| | 機能訓練室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1階 (38.25㎡) 2,3階 (37.34㎡) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 () | |
| | 健康・生きがい施設 | <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()階 | |
| | 緊急通報設備 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| | エレベーター | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (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 (1.3m ~ 1.7m) | |
| 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 | | |
| | 指定されている危険区域 | | |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (津波) | | |
| 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 | | なし | |

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 | その他 |
| 利用者 介護保険 | Aプラン | 220,490円 (内消費税4,490円) | 148,000円 (非課税) | 19,570円 (内消費税570円) | | 52,920円 (内消費税3,920円) | 実費 | — |
| | Bプラン | 180,490円 (内消費税4,490円) | 108,000円 (非課税) | 19,570円 (内消費税570円) | | 52,920円 (内消費税3,920円) | 実費 | — |

| | | | | | | | | |
|----------------|------|--------------------------|-------------------|-----------------------|--|-------------------------|----|-------------------------|
| 利用者以外 介護保険利 | Aプラン | 247,990円 (内消費税6,990円) | 148,000円 (非課税) | 19,570円 (内消費税570円) | | 52,920円 (内消費税3,920円) | 実費 | 27,500円 (内消費税2,500円) |
| | Bプラン | 207,990円 (内消費税6,990円) | 108,000円 (非課税) | 19,570円 (内消費税570円) | | 52,920円 (内消費税3,920円) | 実費 | 27,500円 (内消費税2,500円) |

Aプランは前払金0円、Bプランは前払金360万円

※Bプランは入居時満80歳以上の方のみがご選びいただけます。

| | | | | | | | | |
|--------------------|-------|---|--|--|--|--|--|--|
| 月額 利用料の 算定根拠 | 家賃相当額 | 近傍相場を勘定して算出 | | | | | | |
| | 管理費 | 管理費①：13,300円（非課税） 共用施設設備費・エレベーター維持費・環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。 管理費②：6,270円（内消費税570円） 事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費です。 ① +②=19,570円（内消費税570円） | | | | | | |
| | 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担分は含みません。 | | | | | | |
| | 食費 | 30日あたり 52,920円（内消費税3,920円） ※1人1日3食×30日の場合の概算額 <内訳> ①食材費：30日あたり 32,400円（内消費税2,400円） 食材費は、以下の料金を喫食数に応じて合計し算出します。 1)朝食：216円（内消費税16円） 2)昼食：324円（内消費税24円） 3)夕食：432円（内消費税32円） 4)おやつ：108円（内消費税8円） ※欠食する場合は、欠食日前日の正午までにお申し出ください。欠食日前日の正午までに申し出が無い場合、喫食されなくても当該食材費を申し受けます。 ②調理費：月額 20,520円（内消費税1,520円） | | | | | | |
| | 光熱水費 | 居室内電気使用量実費 | | | | | | |
| | その他 | 生活支援費 27,500円(内消費税2,500円) (介護保険利用者以外への生活支援サービスとして) | | | | | | |
| 前払金 | | 【Aプラン】 0万円 【Bプラン】 360万円 | | | | | | |
| 算定根拠 | | 「家賃相当額の一部×72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。 【Bプラン】 4万円×72月+72万円=360万円 | | | | | | |
| 償却開始日 | | 入居日の翌日 | | | | | | |
| 返還の対象とならない額 | | 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて、入居3月後に前払金の20%を償却します。当該償却部分は返還対象とはなりません。 【Bプラン】 3,600,000円×20%=720,000円 | | | | | | |
| 契約終了時の返還金の算定方法 | | 有料老人ホーム入居契約書34条に従い、前払金を返還します。 返還金=(前払金-返還対象としない額) ÷(入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) | | | | | | |

| | | |
|---------------|--|--|
| | ×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数) | |
| 短期解約の返還金の算定方式 | 入居後3月以内に退去された場合は、有料老人ホーム入居契約書44条に従い、前払金を返還します。 返還額=前払金-1日当たりの施設の利用料 ×入居日の翌日から退去日までの実日数 | |
| 返還期限 | 契約解除(終了)後 90 日以内に返還致します。 | |
| 保全措置 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 保全措置の内容 (公益社団法人全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度を利用します。) |
| | | 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 | 月額費用は請求月の 27 日になります。 |
| 支払方法 | 銀行口座から自動引き落としになります。 |
| 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1項、2項、5項、6項による) |
| | 手続き (入居契約書第29条3項、4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 | 地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し検討する | |
| | 手続き方法 | 運営懇談会を開き、入居者及び身元引受人の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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 長期入院(正味 30 日以上)の場合は、管理費の 50%を減額します | | |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 家賃相当額 及び 管理費の一部 | | |
| 体験入居の取扱い | 1 無 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 有 | 期間 | 6泊7日を上限として体験入居契約を締結します |
| | | 費用 | 1泊2日 11,000円(内消費税1,000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 | <ol style="list-style-type: none"> 今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様を、私たちは尊敬と感謝の念をもってお迎えいたします。 いま介護を必要とされている高齢者や、日常生活に不安のある高齢者のために、施設と介護サービスを提供し人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかに過ごしていただける環境を提供致します。 加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護等の認定を受けた利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話について、ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供します。また、その有する脳力に応じ自立した日常生活を営む事ができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。 | | |
| サービスの提供内容の特色 | <ol style="list-style-type: none"> あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。 安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。 | | |
| 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"/> | 健康管理の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 食事の提供 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 安否確認又は状況把握サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 生活相談サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費 | 共用施設光熱水道費、環境整備費、施設維持費、事務経費等 | |
| | 食費 | 朝食、昼食、夕食他おやつ。その他水分補給の為の飲み物、調理管理費 | |
| | その他 | — | |
| 業務の委託状況 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 委託先 (ハーベスト株式会社) | |
| | | 委託内容 (3食の調理、配膳、下膳) | |
| 安否確認の方法・頻度等 | 巡回・巡視、2時間毎(介護3以上) 4時間 | | |
| 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"/> | 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・社会福祉施設事業者総合保険) | |

※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 | 入居している居室で介護します。ただし、心身の状態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 | 1 一時介護室へ移る場合 当ホームは全て介護居室です。 |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>2 別の居室へ住み替える場合</p> <p>3 提携ホームへ住み替える場合</p> |
| 判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等 | <p>心身の変化に伴い、介護の緊急対応及びスタッフの見守りが必要と医師が判断した場合、入居者の同意を得てその対応がスムーズに行える居室フロアへ住み替えていただく場合があります(追加費用はありません。)</p> |

(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 | 社会福祉法人 恩賜財団済生会湘南平塚病院 |
| | 診療科目 | 内科、外科、整形外科 |
| | 所在地 | 平塚市宮松町 18-1 |
| | 距離及び所要時間 | 2.7Km、8分（車） |
| | 協力内容 | 受診、救急対応、入院 |
| 協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 湘南いなほクリニック |
| | 診療科目 | 内科、老年精神科 |
| | 所在地 | 平塚市四之宮 1-3-57 |
| | 距離及び所要時間 | 4Km、15分（車） |
| | 協力内容 | 往診、救急対応 |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名称 | 医療法人桜樹会 さくらぎ秦野歯科 |
| | 所在地 | 秦野市南矢名 1-4-1 フェリーチエKビル1階C号室 |
| | 距離及び所要時間 | 12Km、40分（車） |
| | 協力内容 | 訪問歯科受診 |
| 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） | <ul style="list-style-type: none"> ・ホームの協力医療機関または入居者が選択する医療機関にて治療を受けます。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。 ・入院の場合は、入院中の介護保険の利用料請求はありませんまた、入院中の食材費は減額します。 ・長期入院（正味30日以上）の場合は、管理費の50% 減額します | |

※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7月1日現在)

| | | 職員数 | | 夜間勤務職員数 (16時～翌10時) (最少人数) | 備考 (兼務・委託等) |
|-------|---------|-----|-----|---------------------------------|----------------|
| | | 常勤 | 非常勤 | | |
| 従業者の内 | 管理者 | 1 | | | 介護職員兼務 |
| | 生活相談員 | 1 | | | 事務職員兼務 |
| | 介護職員 | 9 | 8 | 2 | |
| | 看護職員 | 1 | 1 | | 機能訓練指導員を兼務 |
| | 機能訓練指導員 | | | | |

| | | | | | |
|----|---------|----|---|--|-------|
| 訳 | 理学療法士 | | | | |
| | 作業療法士 | | | | |
| | その他 | 1 | 1 | | |
| | 計画作成担当者 | 1 | | | 介護職兼務 |
| | 栄養士 | | | | 外部委託 |
| | 調理員 | | | | 外部委託 |
| | 事務職員 | 1 | | | |
| | その他職員 | | | | |
| 合計 | 15 | 10 | | | |

(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 〇 | 資格等の名称 | | 初任者研修 | | | | | | |
| | 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 | 3 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 2 | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | 1 | 4 | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | 3 | 2 | | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | 3 | 1 | | | | | 1 | | |
| | 5年以上10年未満 | | 1 | 2 | 1 | | | | 1 | | |
| | 10年以上 | 1 | | | | 1 | | 1 | | | |
| 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 | 1人 | 介護職員実務者研修修了者 | 1人 |
| 介護福祉士 | 9人 | 介護職員初任者研修修了者 | 7人 |
| 介護支援専門員 | 1人 | 資格なし | 1人 |

6 入居状況等

(令和3年7月1日現在)

| | | | | |
|----------|------------|----|------|--------------------|
| 入居者数及び定員 | 28人(定員30人) | | | |
| 入居者の状況 | 男性 | 8人 | 女性 | 20人 |
| | 自立 | 0人 | | |
| | 要支援 | 4人 | (内訳) | 要支援1 3人 要支援2 1人 |

| | | | | |
|------|------------------------------|------|-------|-----|
| | 要介護 24 人 | (内訳) | 要介護 1 | 8 人 |
| | | | 要介護 2 | 6 人 |
| | | | 要介護 3 | 0 人 |
| | | | 要介護 4 | 7 人 |
| | | | 要介護 5 | 3 人 |
| 平均年齢 | 90.1 歳 (男性 84.7 歳、女性 92.3 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 | 5 人 | |
| | | その他 | 0 人 | |
| | 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | | 0 人 |
| | | | (解約事由の例) | |
| | | 入居者側の申し出 | | 0 人 |
| | | | (解約事由の例) | |
| | | | | |

8 その他運営体制

| | |
|--|---|
| 運営懇談会の実施状況 | <p>1 無</p> <p>2 有</p> <p>1 代替措置あり (書面によって説明と同意を得る。)</p> <p>2 代替措置なし</p> |
| 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>施設及び本社の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設担当者 ミモザ平塚高浜台 管理者 長崎 哲夫 生活相談員 小室 れい子 電話 0463-25-1907 FAX 0463-25-1908 本社お客様相談室 電話 03-6712-8110 <p>施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 電話 045-329-3447 神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 電話 045-210-1111 (代表) 平塚市 介護保険課 電話 0463-21-8790 平塚保健福祉事務所 電話 0463-32-0130 |
| 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済生会平塚病院への搬送若しくは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。</p> |

| | | |
|--|---|---|
| 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 | 連帯保証人が身元引受人を兼ねます。身元引受人は本契約に関連して生ずる債務について、入居者と連帯して履行する責任を負います。また、身元引受人は必要に応じて事業者と協議すること、入居者が死亡した場合及び本契約が解除された場合に入居者の身柄等を引き取ることを行います。 | |
| 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| | 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"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 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 | 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 (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 |

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、本有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約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、本有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護利用契約重要事項説明書により説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

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 | 提供方法（回数等） | 金額（単価） | |
| 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～17時 | 有・無 | 1回 | | 4時間毎及び適宜巡回 | | | 要介護1～2は4時間毎及び適宜巡回 | | | |
| ・夜間 17時～9時 | 有・無 | 2回 | | 4時間毎及び適宜巡回 | | | 要介護3～5は2時間毎及び適宜巡回 | | | |
| ②食事介助 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | | | | |
| ③排泄 | | | | | | | | | | |
| ・排泄介助 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | |
| ・おむつ交換 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | |
| ④入浴等 | | | | | | | | | | |
| ・清拭 | 有・無 | | | | | | | | | |
| ・一般浴介助 | 有・無 | 週2回 | 週3回以降 | 浴室使用料1回550円 | 週2回適宜対応 | 週3回目以降 | 浴室使用料1回550円 | 週2回適宜対応 | 週3回目以降 | 浴室使用料1回550円 |
| ・特浴介助 | 有・無 | | | | | | | | | |
| ⑤身辺介助 | | | | | | | | | | |
| ・体位交換 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | |
| ・居室からの移動 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | |
| ・衣類の着脱 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | |
| ・身だしなみ介助 | 有・無 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | |
| ⑥機能訓練 | 有・無 | 希望により随時 | | サービス計画に基づいて実施 | | | サービス計画に基づいて実施 | | | |
| ⑦通院の介助 | 有・無 | 適宜対応 | スタッフ1人につき | 2200円/時間（交通費実費） | スタッフ1人につき | 2200円/時間（交通費実費） | | スタッフ1人につき | 2200円/時間（交通費実費） | |
| ⑧緊急時対応 | 有・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 | 有・無 | 週1回 | 特別清掃時 | 30分につき1,100円 | | | | | | |
| ・洗濯 | 有・無 | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | 適宜対応 | | | |
| ②居室配膳・下膳 | 有・無 | ご希望される方 | 1回 | 220円 | | 1回 | 220円 | 1回 | 220円 | |
| ③理美容 | 有・無 | | 時価 | | | | | | | |
| ④代行 | | | | | | | | | | |
| ・買物 | 有・無 | 週1回指定日 | 左記以外 | 1回1時間につき2,200円 | 週1回指定日 | 左記以外 | 1回1時間につき2,200円 | 週1回指定日 | 左記以外 | 1回1時間につき2,200円 |
| ・役所手続 | 有・無 | 適宜対応（月1回まで） | 左記以外 | 1回1時間につき2,200円 | 適宜対応（月1回まで） | 左記以外 | 1回1時間につき2,200円 | 適宜対応（月1回まで） | 左記以外 | 1回1時間につき2,200円 |
| 3. 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| ・健康診断 | 有・無 | | 年2回日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等については、ホームが示したものに限り ます | 実費 | | 年2回日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等については、ホームが示したものに限り ます | 実費 | | 年2回日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等については、ホームが示したものに限り ます | |
| ・健康相談 | 有・無 | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | | 適宜対応 | | |
| ・生活指導 | 有・無 | 適宜対応（月1回まで） | | | 適宜対応（月1回まで） | | | 適宜対応（月1回まで） | | |
| ・医師の往診 | 有・無 | | 適宜対応（医療費は実費負担） | | | | | | | |
| 4. 入退院時、入院中のサービス | | | | | | | | | | |
| ・入退院時の同行 | 有・無 | 適宜対応 | スタッフ1人につき | 2200円/時間（交通費実費） | 適宜対応 | スタッフ1人につき | 2200円/時間（交通費実費） | 適宜対応 | スタッフ1人につき | 2200円/時間（交通費実費） |
| 5. その他サービス | | | | | | | | | | |
| ・レクリエーション | 有・無 | 随時実施・選択制 | 企画・材料・月謝は実費負担 | | 随時実施・選択制 | 企画・材料・月謝は実費負担 | | 随時実施・選択制 | 企画・材料・月謝は実費負担 | |

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) | 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。 | |

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: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">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>168,663円</td> <td>16,867円/33,733円/50,599円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>189,354円</td> <td>18,936円/37,871円/56,807円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>211,299円</td> <td>21,130円/42,260円/63,390円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>231,363円</td> <td>23,137円/46,273円/69,409円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>252,994円</td> <td>25,300円/50,599円/75,899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 | 168,663円 | 16,867円/33,733円/50,599円 | 要介護2 | 189,354円 | 18,936円/37,871円/56,807円 | 要介護3 | 211,299円 | 21,130円/42,260円/63,390円 | 要介護4 | 231,363円 | 23,137円/46,273円/69,409円 | 要介護5 | 252,994円 | 25,300円/50,599円/75,899円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 区 分 | 月 額 | 利用者負担額 （1割/2割/3割の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護1 | 168,663円 | 16,867円/33,733円/50,599円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護2 | 189,354円 | 18,936円/37,871円/56,807円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護3 | 211,299円 | 21,130円/42,260円/63,390円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護4 | 231,363円 | 23,137円/46,273円/69,409円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護5 | 252,994円 | 25,300円/50,599円/75,899円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 各種加算の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 40%;">減算型・基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>ADL維持等加算[申出]の有無</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input type="checkbox"/>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td>(I)</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>I</td> </tr> <tr> <td>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>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 入居継続支援加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | ADL維持等加算[申出]の有無 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 口腔衛生管理体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | サービス提供体制強化加算 | (I) | (II) | (III) | 介護職員処遇改善加算 | I | II | III | IV | V | 介護職員等特定処遇改善加算 | I | II |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入居継続支援加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL維持等加算[申出]の有無 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供体制強化加算 | (I) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (II) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (III) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 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 |
| | 要支援1 | 57,057円 |
| | 要支援2 | 97,498円 |
| | 利用者負担額 (1割/2割/3割の場合) | |
| | 要支援1 | 5,706円/11,412円/17,118円 |
| | 要支援2 | 9,750円/19,500円/29,250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>) |
| | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| 医療機関連携加算 | 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| 口腔衛生管理体制加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | (I) | |
| | (II) | |
| サービス提供体制強化加算 | 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | (I) | |
| | (II) | |
| | <input type="checkbox"/> (III) | |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | I | |
| | 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 | |
| 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 type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 | 3.9 | 4.3 | 4.6 |
| 要介護者の人数 | 24.1 | 24.1 | 25.2 |
| 指定基準上の直接処遇職員の数 | 9 | 9 | 9 |
| 配置している直接処遇職員の数 | 11.1 | 13.0 | 12.5 |
| 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 | 2.2 : 1 | 1.9 : 1 | 2.1 : 1 |
| 常勤換算方法の考え方 | 常勤職員の週勤務時間 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 : 15 | ～ 16 : 15 |
| | 日勤 | 8 : 30 | ～ 17 : 30 |
| | 遅番 | 10 : 10 | ～ 19 : 00 |
| | 夜勤 | 16 : 00 | ～ 10 : 00 |
| | | 17 : 00 | ～ 9 : 00 |

| | |
|--|--------------------------------|
| | 看護職員 早番 8:30 ~ 17:30 遅番夜勤なし |
|--|--------------------------------|