

1 事業主体概要

事業主体名	有限会社 友
代表者名	代表取締役 對間 克彦
所在地	神奈川県秦野市平沢1697-22
電話番号／FAX番号	0643-82-5201／0463-82-5201
ホームページアドレス	http://www.tomo-kaigo.jp/
設立年月日	平成15年2月24日
直近の事業収支決算額※	(収益)121,475千円 (費用)123,676千円 (損益)△1,692千円
会計監査人との契約	無・有 (五十嵐税理士事務所)
他の主な事業	介護保険指定事業 (特定施設入居者生活介護)

※ 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	高齢者住宅グループハウス やまぼうし	
所在地	神奈川県秦野市曾屋1197-5	
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 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 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 1472801669 指定年月日 2013年6月1日) 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
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無・有 ()
開設年月日	2013年 6月 1日	
管理者氏名	對間 克彦	
電話番号／FAX番号	0463-75-8731／0463-78-8732	
メールアドレス	info@tomo-kaigo.jp	
交通の便	小田急小田原線秦野駅下車・バス (オレンジ2番) 宮上下車 徒歩2分	
ホームページアドレス	http://www.tomo-kaigo.jp/	

敷地概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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 709.10㎡ 抵当権の設定 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
建物概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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) (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 2階建 (耐火・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火・その他) 延床面積 375.28㎡ (うち有料老人ホーム 375.28㎡) 建築年月日 1992年4月9日建築 改築年月日 2017年3月1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 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>					
居室概要	居室総数 29室 定員 29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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	10.65㎡	1室
	Bタイプ	1人	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	13.64㎡	8室
	Cタイプ	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	13.64㎡	20室
	Dタイプ	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有		0室
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1～3 階・ 38.89～50.31㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 16㎡)			
		リフト浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ ㎡)			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ ㎡)			
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各階・ 19か所)			
	洗面設備		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各階・ 30か所)			
	医務室(健康管理室)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ ㎡)			

	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~3階・ 38.89~50.31㎡)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1~3階・ 38.89~50.31㎡)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 54.45㎡)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2~3階・ 5.01~5.78㎡)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2~3階・ 5.01~5.78㎡)
	看護・介護職員室	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ ㎡)
	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	<input checked="" 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 (スリッパ搬入可 0基)
	居室のある区域の廊下幅	(1.8m ~ 1.8m)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無	
	指定されている危険区域	
	2 有 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 (205,000円、家賃相当額の 5か月分)					
プラン名	(内訳)					
	月額利用料	家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費

Aタイプ	113,000円	41,000	30,000		30,000	12,000
Bタイプ	113,000円	41,000	30,000		30,000	12,000
Cタイプ	113,000円	41,000	30,000		30,000	12,000
Dタイプ						
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	近傍家賃相場を勘案して算出。				
	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費、管理部門の人件費等を勘案して算出。				
	介護費用	—				
	食費	1月30日で計算（朝食300円 昼食300円 夕食400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	居室及び共用部の電気、ガス、水道料を勘案して算出。				
敷金		205,000円				
算定根拠	家賃相当額 × 5月					
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	入居日に償却					
短期解約の返還金の算定方式	入居後3月以内の契約解除の場合は、全額返還します。					
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 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5日の請求による前払い。
支払方法	振込又は、現金払い
その他留意事項	医療一部負担金・介護保険一部負担金・立替金等は翌月後払い。

(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23条による）
	手続き（入居契約書第23条2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）の取り扱い	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 食材費を日割り計算で減額 3 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
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	
	2 <input checked="" type="checkbox"/>	期間	6泊7日を上限とする。
		費用	1日8,000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"/>	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	共用施設の維持管理、相談・取次等	
	食費	食材費、厨房管理費	
	その他	—	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> ・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 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)

※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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</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	ホリイマームクリニック平塚
	診療科目	内科
	所在地	平塚市明石町10-3
	距離及び所要時間	約10km、車で20分
	協力内容	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	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>近隣医療機関への通院の同行は、月額利用料に含まれます。他市医療機関受診同行は有料となります。</p> <p>入院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、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、月額利用料のうち管理費・光熱費及び家賃相当額をお支払いください。 ・医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、有料となります。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院日数が1ヵ月を過ぎ退院の予定が立たない場合ご本人・ご家族と協議を致しますが、契約を解除といたします。 	

	・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

(2021年7月1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	10	3	2	
	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	1	1		看護師が兼務
	計画作成担当者	1			
	栄養士				
	調理員	1	5		
	事務職員				
	その他職員		1		清掃員
合計	16	11			

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有							
	資格等		1 無		2 有		資格等の名称		介護福祉士	
	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		2						
前年度1年間の退職者数			1							
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						
	1年以上 3年未満		1							
	3年以上 5年未満	1	2	2				1		
	5年以上 10年未満		10						1	
	10年以上									
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	0人	介護職員実務者研修修了者	0人
介護福祉士	10人	介護職員初任者研修修了者	2人
介護支援専門員	2人	資格なし	2人

6 入居状況等

(2020年7月1日現在)

入居者数及び定員	29人(定員29人)			
入居者の状況	男性	20人	女性 9人	
	自立	0人		
	要介護	29人	(内訳)	要介護1 2人
			要介護2 6人	
要介護3 9人				
要介護4 6人				
要介護5 6人				
要支援	0人	(内訳)	要支援1 0人	
		要支援2 0人		
平均年齢	77.5歳(男性74.5歳、女性83.0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	1人	
		社会福祉施設	0人	
		医療機関	0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		0人
				1人
		入居者側の申し出	家族の要望で自宅にて生活をする	

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)	施設及び本社の連絡先 ・施設担当者一対間 克彦 TEL0463-75-8731 ・本社相談室 TEL0463-82-5201

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ホリイマームクリニックに連絡指示を仰ぐ若しくは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 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
	入居者基金への加入	<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 無 ・ 有
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 無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	

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

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	-	-		3回程度（体調を考慮）	-		3回程度（体調を考慮）	-	
・夜間 18時～9時	有	-	-		3時間おき（体調を考慮）	-		3時間おき（体調を考慮）	-	
②食事介助	有	-	-		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	-	-		-	-		必要時対応	必要時対応	
・一般浴介助	有	-	-		週 2 回	-		必要時対応	週2回	
・特浴介助	有	-	-		-	-		-	-	
⑤身辺介助										
・体位交換	有	-	-		体調不良時	-		体調不良時	-	
・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	-	
⑦通院の介助	有	-	-		-	希望時（職員付添い）	1,000円/時間	-	希望時（職員付添い）	1,000円/時間
⑧緊急時対応	有	-	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	-	-		-	希望時	1,000円/回	週1回程度	-	
・洗濯	有	-	-		週1回程度	-		必要時対応	-	
②居室配膳・下膳	有	-	-		必要時対応	-		体調不良時のみ対応	-	
③理美容	有	-	-		-	訪問理容師対応	実費	-	訪問理容師対応	実費
④代行										
・買物	有	-	-		月 1 回指定日	-		月 1 回指定日	-	
・役所手続	無	-	-		-	-		-	-	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	-	-		-	年 1 回	実費	-	年 1 回	実費
・健康相談	有	-	-		適宜対応	-		適宜対応	-	
・生活指導	有	-	-		適宜対応	-		適宜対応	-	
・医師の往診	有	-	-		-	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	-	-		-	必要時	1,000円/時間	-	必要時	1,000円/時間
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	-	-		-	月 2 回程度	実費	-	月 2 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	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	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input checked="" 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。	特別浴槽設置なし。介助を行いながら、一般浴槽で対応します。
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	無			
10	機能訓練室	有			食堂と併用
11	談話室	有			食堂と併用
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。)

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 ^{こんごうがた} 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）	<p>特定施設入居者生活介護（1か月30日の例）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>月 額</th> <th>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>161,400円</td> <td>16,140円/32,280円/48,420円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>181,200円</td> <td>18,120円/36,240円/54,360円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>202,200円</td> <td>20,220円/40,440円/60,660円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>221,400円</td> <td>22,140円/44,280円/66,420円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>242,100円</td> <td>24,210円/48,420円/72,630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	161,400円	16,140円/32,280円/48,420円	要介護2	181,200円	18,120円/36,240円/54,360円	要介護3	202,200円	20,220円/40,440円/60,660円	要介護4	221,400円	22,140円/44,280円/66,420円	要介護5	242,100円	24,210円/48,420円/72,630円																																		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)																																																		
	要介護1	161,400円	16,140円/32,280円/48,420円																																																		
	要介護2	181,200円	18,120円/36,240円/54,360円																																																		
要介護3	202,200円	20,220円/40,440円/60,660円																																																			
要介護4	221,400円	22,140円/44,280円/66,420円																																																			
要介護5	242,100円	24,210円/48,420円/72,630円																																																			
<p>各種加算の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th colspan="2">減算型・<u>基準型</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>無</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><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2"><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3">無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> (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 checked="" type="checkbox"/>有</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 rowspan="2">無・<input checked="" type="checkbox"/>有</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> II</td> </tr> </tbody> </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"/> 有	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有	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	夜間看護体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)	(II)	サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> (II)	(III)	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I	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
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"/> 有																																																			
入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有																																																			
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																																																			
夜間看護体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	無	<input checked="" type="checkbox"/> 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																																																			
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有																																																			
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	(I)																																																			
		(II)																																																			
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)																																																			
		<input checked="" type="checkbox"/> (II)																																																			
		(III)																																																			
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I																																																			
		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																																																			

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	54,000円
	要支援2	92,700円
	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)	
	要支援1	5,400円/10,800円/16,200円
	要支援2	9,270円/18,540円/27,810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	<u>無</u> ・有
	個別機能訓練加算	<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	<u>無</u> ・有
	栄養スクリーニング加算	<u>無</u> ・有
認知症専門ケア加算	<u>無</u> ・有	
サービス提供体制強化加算	無・ <u>有</u>	(I)
		(II)
		(I)ロ
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>
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・ <u>有</u>	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	1	1	0
要介護者の人数	28	28	29
指定基準上の直接処遇職員の数	10	10	10
配置している直接処遇職員の数	13	16	23
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 の割合 要支援者の人数に0.3を乗じた数と要介護者の人数の合計を、配置している直接処遇職員の数で除して求め、小数点第2位以下を切り捨てて計算する。	2.2 : 1	1.8 : 1	1.8 : 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 就業規則等に基づく週勤務時間を記入		

従業者の勤務体制の概要 早番等の名称の如何を問わず、最も該当する項目にその時間帯を記載する。	介護職員	早番	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
		日勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
		遅番	1 3 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0
		夜勤	1 7 : 0 0 ~ 9 : 0 0
	看護職員	早番	8 : 0 0 ~ 1 7 ; 0 0
		日勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :