

重要事項説明書

作成日 令和3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 昭和
代表者名	丹波 学
所在地	小田原市蓮正寺370番地の68
電話番号／FAX番号	0465-39-2780／
ホームページアドレス	www.keiaien.co.jp
設立年月日	平成14年4月24日
直近の事業収支決算額※	(収益)510,143,660円 (費用)548,576,291円 (損益)△38,432,631円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険法に基づく在宅介護施設、有料老人ホームの経営

※ 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	介護付有料老人ホーム慶愛苑 小田原	
所在地	小田原市扇町1-38-22	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 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1472301041、指定年月日平成17年8月1日) 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(夫婦等居室含む) 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	平成17年8月1日	

管理者氏名	足立 義行					
電話番号／FAX番号	0465-66-2777／0465-66-2555					
メールアドレス	info@keiaien.co.jp					
交通の便	小田急足柄駅歩6分、大雄山井細田駅歩5分、小田原西IC車10分					
ホームページアドレス	www.keiaien.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)	R2年11月26日～R12年10月31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	1,557.51㎡				
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)	R2年11月26日～R12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	鉄骨造 地上3階建 (耐火) ・ 準耐火 ・ その他				
	延床面積	2,091.22㎡ (うち有料老人ホーム2,091.22㎡)				
	建築年月日	平成4年2月25日建築				
	改築年月日	平成18年9月30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 58室 定員 58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	無 ・ (有)	(無) ・ 有	11.7㎡	58
	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 ・ 65.92㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ (有) (3階 ・ 8.19㎡)			
		リフト浴	無 ・ (有) (2階 ・ 8.19㎡)			
		ストレッチャー浴	無 ・ (有) (1階 ・ 11.7㎡)			
	便所	無 ・ (有) (各居室3.3㎡ 各階6.6～9.9㎡)				
	洗面設備	無 ・ (有) (各居室1.0㎡ 各階3.3㎡)				
	医務室(健康管理室)	無 ・ (有) (1階 19.8㎡)				
	談話室	無 ・ (有) (1、3階 11.7㎡)				
	面談室	無 ・ (有) (3階 11.7㎡)				
	事務室	無 ・ (有) (1階 42.9㎡)				
	洗濯室	無 ・ (有) (各階 9.36㎡)				
	汚物処理室	無 ・ (有) (1階 3.3㎡)				
	看護・介護職員室	無 ・ (有) (各階 9.9㎡)				
	機能訓練室	無 ・ (有) (1階、2階 32.76㎡～35.1㎡) 他の共用施設との兼用 無 ・ (有) (健康・生きがい施設)				
	健康・生きがい施設	無 ・ (有) (1階)				
緊急通報設備	無 ・ (有)					

	エレベーター	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (ストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(1.3 m~1.6 m)
消防設備概要	消火器 (無・ <input checked="" type="radio"/> 有)	自動火災報知設備 (無・ <input checked="" type="radio"/> 有)
	火災通報設備 (無・ <input checked="" type="radio"/> 有)	スプリンクラー (無・ <input checked="" type="radio"/> 有)
	防火管理者 (無・ <input checked="" type="radio"/> 有)	防災計画 (無・ <input checked="" type="radio"/> 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		

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	169,900円	85,000	25,000		39,900	20,000
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	近隣相場				
	管理費	衛生管理, 保守管理, 消耗品交換, 共用部分の光熱水費等				
	介護費用	-				
	食費	1日 1,330円 (朝 230/昼 520/おやつ 60/夕 520) 欠食 4日前まで 1食単位				
	光熱水費	居室部分の光熱水費				
前払金		1,000,000円				
算定根拠		①想定居住期間前払家賃額: 月額家賃×12ヵ月×想定居住期間 11,280円×12ヵ月×5年=676,800円 ②想定居住期間超に備える額: (家賃充当額累計+返還額類計)-想定居住期間前払家賃額-運用利息計=323,200円				
償却開始日		入居日				
返還対象としない額		323,200円				
契約終了時の返還金の算定方法		(1)入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が終了した場合 返還金=(家賃の前払金の額) - (1ヶ月分の家賃の額) ÷ 30 × (入居の日から起算して契約終了日までの日数)				

	(2)入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が終了した場合 返還金＝契約終了日以降、想定居住期間が経過するまでの期間につき、日割計算により算出した家賃の金額	
短期解約の返還金の算定方式	3ヶ月以内退去の場合は原状回復費を除き全額返金致します	
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	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有	保全措置の内容（サブトラスト信託株による信託保証）
		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	月末締、翌月 15 日頃請求書発行
支払方法	振込・銀行引落・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26条による ）
	手続き（ 入居契約書第26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 <input checked="" type="checkbox"/> 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（その他税法上の規定に則る）		
体験入居の取扱い	1 無	期間	7日間
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	費用	一日 7千円、食事一日1,330円（朝230昼520おやつ60夕520）

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	今までの生活に近い普通の生活の実現 れぞれの思いを大切に感動をお届けすること食へのこだわり 入居者の尊厳を保つ施設		
サービスの提供内容の特色	「慶愛苑」は、お一人おひとりの生活、お一人おひとりの思いを大切にしたいと考えています		
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	衛生管理、保守管理、消耗品交換、共用部分の光熱水費等	
	食費	1日1,330(朝230/昼520/おやつ60/夕520) 欠食5日前まで1食単位	
	その他		
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先 (ナリコマエンタープライズ(株))	
		委託内容 (栄養士による献立作成、食事の一部製造、配食)	
安否確認の方法・頻度等	1時間おきの他、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"/>	保険名 (介護保険事業者賠償責任保険)	

※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	個人の各居室およびホーム内の共用部分
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
	<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	1 身体及び精神状態により適切な介護サービスの提供のため住み換えて頂くことがあります。この場合、次の手続きなどを行います。①主治医の意見を聞く②緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける③住み替え後の居室及び介護の内容、住み替え後の権利の内容、費用等について入居者及び身元引受人等に説明を行う④入居者、身元引受人等の同意を得る 以上の手続きを経て、住み替え前の居室の利用権を本人の同意を得て変動させ新たな利用権を設定します。費用に関しては、著しい損耗、または故意に破損した場合等については原状回復のための費用をご精算させていただきます。
----------------------------	--

(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	医療法人湘南中央会 小田原中央クリニック
	診療科目	内科
	所在地	小田原市蓮正寺 795-6 アービス EW1F
	距離及び所要時間	4.0km（車で10分）
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	武田歯科医院
	所在地	小田原市久野 1080-6
	距離及び所要時間	1.2km（車で5分）
	協力内容	歯科診療等
入居者が医療を要する場合の対応※	通院：医療機関への通院のための送迎は適宜 入院：医師の判断を基本に本人及び家族と話し合いの上希望する病院に入院となります 入院中は家賃及び管理費の負担が必要	

※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 (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	2			
	介護職員	21	5	2	
	看護職員	4	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	2			
	栄養士	[1]			委託(株)リコモエンタープライズ
	調理員		6		
	事務職員				
	その他職員				
合 計	30	12			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務					無 ・ 有					
	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				4							
前年度1年間の退職者数		2	2	1							
業務に 応じた 職員の 人数	1年未満	2		3					1		
	1年以上 3年未満	2	1	2							
	3年以上 5年未満			4	2						
	5年以上 10年未満			7	3	1					
	10年以上			5		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	人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	15人	介護職員初任者研修修了者	7人
介護支援専門員	人	資格なし	3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	57人 (定員 58人)		
入居者の状況	男性	15人、女性	42人
	自立	0人	
	要支援	6人	(内訳) 要支援1 4人 要支援2 2人

	要介護 51人	(内訳)	要介護1	12人
			要介護2	9人
			要介護3	10人
			要介護4	13人
			要介護5	7人
平均年齢	86.8歳 (男性 84.1歳、女性 87.5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	2人	
		死亡者	9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		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	<input type="checkbox"/> 1 無 <input checked="" type="checkbox"/> 2 有 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1 代替措置あり ()</td> </tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり ()	2 代替措置なし
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	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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)	慶愛苑小田原 担当：足立義行 (TEL0465-66-2777) 株式会社昭和 担当：丹波 学 (TEL0465-39-2780) 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係 (TEL045-329-3447) 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 (TEL045-210-1111) 小田原市福祉健康部高齢介護課 (TEL0465-33-1841)、利用者が居住する市町村窓口		
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)	事故発生時には、施設は以下の段階を経て事態を処理・収集する。 1 施設の緊急連絡体制に沿って主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。 2 指定の家族連絡先へ事態を報告し、対応方法を相談する。		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可		
身元引受人の条件及び義務等	入居者に債務不履行があったときは、入居契約から生じる一切の金銭債務について連帯して履行の責を負う。入居者の契約解除の適用を受ける場合には、入居者の身柄を引き取る責任を負うものとする。		

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"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 2 有	実施日	毎月初
		結果の開示	無 ・ <input type="checkbox"/> 有
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 無		
	<input type="checkbox"/> 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 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 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (<input 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 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				1時間おき		—		1時間おき	—
・夜間 18時～9時	有				1時間おき		—		1時間おき	—
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				—				—	
・一般浴介助	有				—				—	
・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		—		週1回程度	—
⑦通院の介助	有				—	希望時（職員付添）	2,000円/時間		—	希望時（職員付添） 2,000円/時間
⑧緊急時対応										
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有				週1回程度				週1回程度	—
・洗濯	有				週2回程度		—		週2回程度	—
②居室配膳・下膳	有				必要時対応		—		必要時対応	—
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				週1回指定日		—		週1回指定日	—
・役所手続	有				必要時対応		—		必要時対応	—
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有				適宜対応				適宜対応	
・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（職員付添）	2,000円/時間		—	必要時（職員付添） 2,000円/時間
5. その他サービス										
レクリエーション	有				—				—	

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)		不適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input checked="" 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。	既存建物を転用して開設した有料老人ホームのため、居室面積が11.7㎡ですが、他に収納スペース等を設けて対応しています。
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	有			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣室 <input checked="" type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		不適合	<input checked="" 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。	既存建物を転用して開設した有料老人ホームのため、廊下幅が1.32mの箇所がありますが、車椅子のすれ違いが出来るように転回スペースを設けて対応しています。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 <input checked="" type="checkbox"/> 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割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td style="text-align: right;">188,601円</td> <td style="text-align: right;">18,861 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td style="text-align: right;">210,651円</td> <td style="text-align: right;">21,066 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td style="text-align: right;">234,048円</td> <td style="text-align: right;">23,405 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td style="text-align: right;">255,763円</td> <td style="text-align: right;">25,577 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td style="text-align: right;">278,826円</td> <td style="text-align: right;">27,883円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）	要介護 1	188,601円	18,861 円	要介護 2	210,651円	21,066 円	要介護 3	234,048円	23,405 円	要介護 4	255,763円	25,577 円	要介護 5	278,826円	27,883円																						
	区 分	月 額	利用者負担額（1割の場合）																																						
	要介護 1	188,601円	18,861 円																																						
	要介護 2	210,651円	21,066 円																																						
	要介護 3	234,048円	23,405 円																																						
	要介護 4	255,763円	25,577 円																																						
	要介護 5	278,826円	27,883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 style="width: 50%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td style="text-align: center;"><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 style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I) イ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> (I) ロ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	看取り介護加算	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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I) イ	<input checked="" type="checkbox"/> (I) ロ	(II)	介護職員処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I)	II	III	IV	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・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																							
	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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																								
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																								
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																								
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																								
看取り介護加算	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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
	(I) イ																																								
	<input checked="" type="checkbox"/> (I) ロ																																								
	(II)																																								
介護職員処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																								
	(I)																																								
	II																																								
	III																																								
	IV																																								
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
	要支援1	65,124円
	要支援2	108,889円
	利用者負担額(割の場合)	
	要支援1	6,513円
	要支援2	10,889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)
	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	無・有
	入居継続支援加算	無・有
	生活機能向上連携加算	無・有
	個別機能訓練加算	無・有
	夜間看護体制加算	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	
看取り介護加算	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	0	9	10
要介護者の人数	49	43	42
指定基準上の直接処遇職員の数	16.3	16	17.3
配置している直接処遇職員の数	28.1	25.8	21
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人の割合	1.7 : 1	2.0 : 1	2.4 : 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7:00~16:00 日勤9:00~18:00 遅番14:00~22:00 夜勤21:30~7:30		
	看護職員 早番8:00~17:00 日勤9:00~18:00		

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

利用可能期間	最短 1日 ~ 最長 30日
サービスの 内容	重要事項説明書の「4 サービス内容」のとおり。

2 利用料

費用の支払方法	月末締 翌月末支払（銀行引落他） 翌月20日迄に請求書送付						
1日あたりの利用料	6,118円 ~ 6,549円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有						
料金プラン	利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	30日の月の場合	833円	下記参照	1,330円	667円	2,833円	0
	31日の月の場合	806円	下記参照	1,330円	645円	2,741円	
算定根拠	管理費	806円					
	介護費用	下記参照					
	食費	朝230円/昼夕各520円/おやつ60円					
	光熱水費	667円					
	家賃相当額	2,833円					
	その他	-					
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	送迎 片道5分以内500円、10分以内1,000円、15分以内1,500円、20分以内2,000円 各種パット、おみづ類、ティッシュ・トレットペーパー他						
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						
		日 額	利用者負担額 (割の場合)				
	要介護 1	6,286円	628円				
	要介護 2	7,021円	702円				
	要介護 3	7,801円	780円				
	要介護 4	8,525円	852円				
	要介護 5	9,294円	929円				
	○各種加算の状況						
	夜間看護体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)					
	サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I) イ				
(I) ロ							
(II)							
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(III)					
		I					
		II					
		III					
		IV					
介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	V					
		I					
		II					

3 その他

利用（契約）に際しての留意点、特記事項等	
----------------------	--