

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム及び特定施設入居者生活介護重要事項説明書

作成日 2021年7月1日

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/
資本金(基本財産)	資本金 9,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	株式会社学研ココファンホールディングス (100%)
設立年月日	2009年 5月 15日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)17,866百万円 (費用)1,7317百万円 (損益) 549百万円
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、その他付帯する一切の事業

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	ココファンメゾン小田原	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付(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	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	1 県指定介護保険特定施設 (番号1472303138 指定年月日 2015年10月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防(外部サービス利用型) 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
	介護に関わる職員体制	3:1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	2015年 10月 1日	
施設の管理者氏名	原 直希	

所在地	〒250-0862 神奈川県小田原市成田707-6																																							
電話番号/FAX番号	0465-38-0297 / 0465-38-0298																																							
メールアドレス	cmz-odawara@cocofump.co.jp																																							
交通の便 ※3	JR小田原駅から富士急湘南バス20分「成田郵便局前」 下車徒歩2分																																							
ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp/																																							
敷地概要 ※4	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) 2012年11月1日～2032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 敷地面積 1028,00 m ²																																							
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) 2012年11月1日～2032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 RC造 地下 階 地上 階建(耐火)・準耐火・その他) 延床面積 1203,06m ² (うち有料老人ホーム2513.75m ²) 建築年月日 2008年7月1日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他()																																							
居室、一時介護室の概要	居室総数 30室 定員 30人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>30室</td> <td>18.56m²～22.05m²</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>-室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>-室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>-室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>-室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>-室</td> <td>m²～m²</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	30室	18.56m ² ～22.05m ²	うち2人定員	室	m ² ～m ²	2人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²	人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²	一時介護室	個室	-室	m ² ～m ²	2人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²	人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²										
	居室定員	室数	面積																																					
居室	個室	30室	18.56m ² ～22.05m ²																																					
	うち2人定員	室	m ² ～m ²																																					
	2人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²																																					
	人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²																																					
一時介護室	個室	-室	m ² ～m ²																																					
	2人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²																																					
	人部屋(相部屋)	-室	m ² ～m ²																																					
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>食堂</td> <td></td> <td>設置階1,2階 1F46,38m²2F68,02m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>一般浴槽</td> <td>設置階 1階 (4,6m²)</td> </tr> <tr> <td>リフト浴</td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 1階 (12.88m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 3箇所</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td></td> <td>設置箇所 2箇所</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td></td> <td>設置階 1階 (4,73m²)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td></td> <td>設置階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td></td> <td>設置階 1階 (6,18m²)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td></td> <td>設置階 1階</td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td></td> <td>設置階 1階 (m²)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td></td> <td>設置階 1階</td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td></td> <td>設置階 各階に設置</td> </tr> </tbody> </table>			食堂		設置階1,2階 1F46,38m ² 2F68,02m ²	浴室	一般浴槽	設置階 1階 (4,6m ²)	リフト浴	設置階 (m ²)	浴室	ストレッチャー浴	設置階 1階 (12.88m ²)	便所	設置箇所 3箇所	洗面設備		設置箇所 2箇所	医務室(健康管理室)		設置階 1階 (4,73m ²)	談話室		設置階 (m ²)	面談室		設置階 1階 (6,18m ²)	事務室		設置階 1階	洗濯室		設置階 1階 (m ²)	汚物処理室		設置階 1階	看護・介護職員室		設置階 各階に設置
食堂		設置階1,2階 1F46,38m ² 2F68,02m ²																																						
浴室	一般浴槽	設置階 1階 (4,6m ²)																																						
	リフト浴	設置階 (m ²)																																						
浴室	ストレッチャー浴	設置階 1階 (12.88m ²)																																						
	便所	設置箇所 3箇所																																						
洗面設備		設置箇所 2箇所																																						
医務室(健康管理室)		設置階 1階 (4,73m ²)																																						
談話室		設置階 (m ²)																																						
面談室		設置階 1階 (6,18m ²)																																						
事務室		設置階 1階																																						
洗濯室		設置階 1階 (m ²)																																						
汚物処理室		設置階 1階																																						
看護・介護職員室		設置階 各階に設置																																						

	機能訓練室	設置階 1階 2階 (1F46, 38 ㎡ 2F68, 02㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 階 (㎡)
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可 1基)
	スプリンクラー	設置箇所 各居室含め全館
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m~1.8m)
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室・各便所・浴室に緊急呼び出しボタン設置 安否確認の方法・頻度等 食事・おやつ時の巡回、夜間3時間おきの巡回	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	-	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	-	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	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聴き、同意を得た上で行う		

(2) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	家賃、管理費、光熱水費は請求書により次月分を請求当月の27日までに振込または引落とし。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。						
敷金	無・有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	182,000円 ~ 234,000円						
要介護状態に応じた金額設定	無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	円	円	円	円	円	円	円

算定根拠 ※11	182,000	47,500	0	65,700	8,800	60,000	0
	212,000	57,500	0	65700	8800	80,000	0
	222,000	57,500	0	65700	8800	90,000	0
	234,000	59,500	0	65700	8,800	100,000	0
	※108,500	30,000	0	37,500	0	41,000	0
			0				0
			0				0
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 共用部に関する光熱水費 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、消耗品費、事務費、車両維持費、 広告宣伝費等 						
介護費用	-						
食費	〈入居者〉朝540円 昼770円 夕880円(税込) ※1食毎の喫食実績により1ヶ月分を取りまとめて請求。キャンセルは2日前16:00までに申し出があった場合による。						
光熱水費	居室利用分						
家賃相当額	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・居室設備修繕交換費建物賃貸料						
その他	自立支援サービス費 33,000円 対象：自立の方のみ、自立者の支援体制にかかわる人件費						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、理美容代、被服クリーニング代、居室内の消耗品費、医療費等、その他、別添「介護サービス等の一覧」による						

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 (1割の場合)
要介護1	184,515円	18,452円
要介護2	207,150円	20,715円
要介護3	231,164円	23,117円
要介護4	253,109円	25,311円
要介護5	276,778円	27,678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)	
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
特定介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II

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 (1割の場合)
要支援1	62,428円	6,243円
要支援2	106,663円	10,667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・ <input checked="" type="checkbox"/>)	I
			II
	特定介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/>)	III
			IV
			V
			I
			II

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	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、運営懇談会の意見を聴き同意を得た上で改定する。
前払金の返還金の保全措置	<p>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()</p>
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	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合の保険名 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)</p>
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額等税法に則り消費税を負担
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がある)	<p><input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照</p>

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

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に関する特色	高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と身体がより良い状態に向かうことを考え行動します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）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	三食の提供・配膳
	その他	別添 介護サービス等の一覧表による
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	—	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	<p>※ 事業所苦情対応担当 事業所長 TEL 0465-38-0297 (9:00~18:00) ※株式会社学研ココファン TEL 03-6431-1860 e-mail co-soudan@cocofump.co.jp</p> <p>※ 第三者機関 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL 0570-022-110(苦情専門)又はTEL 045-329-3447 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) 小田原市高齢介護課 TEL 0465-33-1827</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もとに対応。119番通報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。		
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供にあたり、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、地震・津波等の天災、戦争、暴動等及び入居者の故意によるもの等を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に過失がある場合には賠償額を減ずる事があります。		
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基金制度への加入状況	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	有	実施日	2018年4月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 無
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 無
	<input checked="" type="checkbox"/>		

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 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。	
入居後住みに替居	居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）	—

え室 る又 場は 合施 設	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	<p>事業者は、入居者の心身の状況により居室の住み替えが発生するなど、居室の権利において本契約に重大な変更を行う場合は、次の各号の手続きを行い、書面にて確認する。</p> <p>一 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>二 緊急やむを得ない場合を除いて一定の期間を設ける</p> <p>三 住み替え後の居室、権利及び介護等の内容、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び連帯保証人等に説明を行い、入居者及び連帯保証人等への同意を得る。</p> <p>入居者の要望により居室を移動する場合は、文書にて事業者へ申請することとする。</p> <p>・居室移動の精算方法</p> <p>居室の差額がある場合は差額を精算する。居室の原状回復費用は別途負担していただく。</p>
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	—

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団 扇会 小田原中央クリニック
	診療科目	内科
	所在地	〒250-0853 神奈川県小田原市堀之内 7-1 中嶋ビル 101
	距離及び所要時間	1 km 車 3分
	協力内容	訪問診療
	名 称	医療法人 温知会 間中病院
	診療科目	内科／脳神経外科／脳神経内科／皮膚科
	所在地	〒250-0012 神奈川県小田原市本町 4-1-26
	距離及び所要時間	5.4 km 車 15分
	協力内容	訪問診療
	名 称	医療法人社団 螢田診療所
	診療科目	内科・循環器科
	所在地	〒250-0865 小田原市蓮正寺 310 番地
	距離及び所要時間	約 2.3 km 車で7分
	名 称	
診療科目		
所在地		
距離及び所要時間		

	協力内容	
協力歯科医療機関（又は 嘱託医）の概要及び協力 内容	名 称	医療法人ハッピースマイル ほたるだ歯科医院
	所在地	〒250-0865 小田原市蓮正寺 470-109
	距離及び所要時間	750m 徒歩 9分
	協力内容	訪問歯科
入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）	<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。</p> <p>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。 ・入院に係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。 	

7 入居状況等

(2021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	7人	女 性	21人	
	自 立	0人			
	要介護	人	(内訳)	要介護1	9人
			要介護2	1人	
			要介護3	11人	
要介護4			5人		
要介護5			1人		
要支援	人	(内訳)	要支援1	1人	
		要支援2	1人		
平均年齢	86.8歳（男性84.1歳、女性89.6歳）				
運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役 職員を除く参加者数、主 な議題等）	<p>2021年 5月 10日 資料送付にて実施</p> <p>送付者数 28名（内、入居者0名、入居者家族28名）</p> <p>主な議題）グループ決算報告、施設経営状況報告</p>				

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の内訳	管理者	1()			生活相談員兼務
	生活相談員	2()			管理者兼務
	直接処遇職員	14(0)	13.8	1	
	介護職員	11(0)	11.3	1	
	看護職員	※1(0)	2.5		
	機能訓練指導員	※1(1)			看護師が兼務
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	1			看護師兼務
	計画作成担当者	1()			介護支援専門員
	医師	()			
	栄養士	()			
	調理員	6(81)			
	事務職員	1()			
	その他職員	1(1)			生活サポート・環境整備
合計	24(11)				

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		① あり ② なし								
	兼務に係る 資格等	1 あり		2 なし							
		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	2	5	8	0	1	0	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	0	2	4	6	0	1	0	0	0	0	
事業に 従事した 経年数に 従事した 業務に 従事した 経年数に	1年未満	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	3年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

	5年未満										
	5年以上 10年未満	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし						

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	2.6	3.0	3.0
要介護者の人数	19.0	23.0	23.0
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	8	9	10
配置している直接処遇職員の人数 ※17	9.5	211.9	11.8
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人数の割合	2.3 : 1	2.2 : 1	2.5 : 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 10:30 ~ 19:30 夜勤 16:45 ~ 翌9:15		
	看護職員 早番 : ~ 日勤 9:00 ~ 18:00 遅番 : ~ : 夜勤 : ~ :		

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	2人 (人)
介護福祉士	3人 (1人)	介護職員初任者研修修了者	7人 (人)
介護支援専門員	1人 (1人)	資格なし	1人 (人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を()に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退去等

入居者の条件（年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	概ね65歳以上で要支援及び要介護の方 身体状況・共同生活への適応力・お支払い能力について当社の審査基準を満たされた方
身元引受人等の条件及び義務等	連帯保証人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、極度額として、家賃相当額、管理費、食費及び水光熱費の8か月分相当額の範囲内で、入居者と連帯して履行の責を負うものとします。 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うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要な時は入居者の身柄を引き取るものとする。
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>1. 事業者は、入居者1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できます。</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いを正当な理由なく、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また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または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の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>2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の予告について90日の予告期間をおく 二 前号の予告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 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

		<p>3. 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>1. 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとしします。</p> <p>2. 入居者が前項の解約届を提出せずに居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとしします。</p> <p>3. 入居者は解約の申し入れ後、事業者の書面による承諾が無い限りは、解約を撤回、または取り消すことができません。</p>	
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	1人
		医療機関	5人
		死亡者	3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)
入居者側の申し出		(解約事由の例) 医療機関への転院、 在宅復帰、他社有料老人ホームへ転居	7人
体験入居の期間及び費用負担等		<p>料金：1泊当たり 11,000円(税込・食事別)</p> <p>食事代 朝食550円 昼食770円 夕食880円</p> <p>最長7日間を限度に体験入居を受け付けます。</p> <p>介護保険は適用外となります。</p>	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (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 (閲覧・写し交付)	2 非公開

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム及び特定施設入居者生活介護重要事項説明書により説明を行い、同意を得、交付しました。

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、本有料老人ホーム及び特定施設入居者生活介護重要事項説明書により説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日 署名 _____

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～18時	有・無	食事・おやつ時の巡回	—	—	2時間毎に巡回	—	—	2時間毎に巡回	—
・夜間 18時～9時	有・無	必要に応じ巡回	—	—	3時間毎に巡回	—	—	3時間毎に巡回	—
②食事介助	有・無	—	15分	500円（税別）	必要時	—	—	必要に応じ随時	—
③排泄									
・排泄介助	有・無	—	—	—	必要時	—	—	必要に応じ随時	—
・おむつ交換	有・無	—	—	—	必要時	—	—	必要に応じ随時	—
・おむつ代	有・無	—	—	実費	—	—	—	—	実費
④入浴等									
・清拭	有・無	—	15分	500円（税別）	必要時	—	—	必要時	—
・一般浴介助	有・無	—	15分	500円（税別）	週2回	左記以外15分	500円（税別）	週2回	左記以外15分
・特浴介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	—	15分	500円（税別）	必要時	—	—	必要に応じ随時	—
・居室からの移動	有・無	—	15分	500円（税別）	必要時 福祉用具利用	—	—	必要に応じ随時 福祉用具利用	—
・衣類の着脱	有・無	—	15分	500円（税別）	適宜行う	—	—	適宜行う	—
・身だしなみ介助	有・無	—	15分	500円（税別）	適宜行う	—	—	適宜行う	—
⑥機能訓練	有・無	身体状況に応じた訓練	—	—	施設サービス計画に基づき実施	—	—	施設サービス計画に基づき実施	—
⑦通院の介助	有・無	—	協力外病院の付添い15分	500円（税別） 公共の交通機関の場合は実費	—	協力外病院の付添い15分	500円（税別） 公共の交通機関の場合は実費	—	協力外病院の付添い15分 公共の交通機関の場合は実費
⑧緊急時対応									
・ナースコール	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	左記以外15分	500円（税別）	週1回	左記以外15分	500円（税別）	週1回	左記以外15分
・洗濯	有・無	週2回 （クリーニング代は実費）	左記以外15分	500円（税別）	週2回 （クリーニング代は実費）	左記以外15分	500円（税別）	週2回 （クリーニング代は実費）	左記以外15分
・リネン交換	有・無	週1回	—	—	週1回	—	—	週1回	—
・外出介助 （長時間の場合はご相談ください）	有・無	施設サービス計画に基づき実施	左記以外15分	500円（税別） 公共の交通機関の場合は実費	施設サービス計画に基づき実施	左記以外15分	500円（税別） 公共の交通機関の場合は実費	施設サービス計画に基づき実施	左記以外15分 公共の交通機関の場合は実費
②居室配膳・下膳	有・無	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—	—	必要に応じて	—
③理美容	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	実費
④代行									
・買物	有・無	指定日	左記以外15分	500円（税別）	指定日	左記以外15分	500円（税別）	指定日	左記以外15分
・役所手続	有・無	介護保険認定更新手続	—	—	介護保険認定更新手続	—	—	介護保険認定更新手続	—
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無	—	年2回	実費	—	年2回	実費	—	年2回
・健康相談	有・無	必要に応じ随時	—	—	必要に応じ随時	—	—	必要に応じ随時	—
・生活指導	有・無	必要に応じ随時	—	—	必要に応じ随時	—	—	必要に応じ随時	—
・医師の住診	有・無	—	月2回他	実費	—	月2回他	実費	—	月2回他
・バイタル、水分、排泄チェック	有・無	適時対応	—	—	適時対応	—	—	適時対応	—
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入院中の買物	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・入院中の洗濯	有・無	—	15分	500円（税別）	—	15分	500円（税別）	—	15分
・医療費	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	実費
・移送サービス （遠方の方は実施していません がご相談ください）	有・無	—	協力外病院の付添い15分	500円（税別） 公共の交通機関の場合は実費	—	協力外病院の付添い15分	500円（税別） 公共の交通機関の場合は実費	—	協力外病院の付添い15分 公共の交通機関の場合は実費
・お見舞い、連絡等	有・無	必要時実施	—	—	必要時実施	—	—	必要時実施	—
5. その他サービス									
・レクリエーション等	有・無	適時実施	レクリエーションに関する費用	実費	適時実施	レクリエーションに関する費用	実費	適時実施	レクリエーションに関する費用
・モノクロコピー	有・無	—	1枚	10円（税込）	—	1枚	10円（税込）	—	1枚
・カラーコピー	有・無	—	1枚	50円（税込）	—	1枚	50円（税込）	—	1枚
・FAX	有・無	—	1枚	10円（税込）	—	1枚	10円（税込）	—	1枚
・衣服の修繕	有・無	—	—	実費	—	—	実費	—	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。
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

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 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	浴槽用リフトの必要な方は、介護浴槽(機械浴)にお入り頂けるようご案内致します。
4	便所	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	近くの共用お手洗い又は、居室のお手洗いをご案内いたします。
5	洗面設備	有	不適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input checked="" type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	洗剤等は倉庫で保管をしているため、入居者の手の触れられるところにはありません。
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	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	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを取納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	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 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	
15	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(夜間対応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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護専用型 <input type="checkbox"/> 2 混合型 <input type="checkbox"/> 3 混合型（外部サービス利用型） <input type="checkbox"/> 4 地域密着型 <input checked="" type="checkbox"/> 5 介護予防 <input type="checkbox"/> 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%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>月額</th> <th>利用者負担額（1割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>184,515円</td> <td>18,452円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>207,150円</td> <td>20,715円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>231,164円</td> <td>23,117円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>253,109円</td> <td>25,311円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>276,778円</td> <td>27,678円</td> </tr> </tbody> </table>	区分	月額	利用者負担額（1割の場合）	要介護1	184,515円	18,452円	要介護2	207,150円	20,715円	要介護3	231,164円	23,117円	要介護4	253,109円	25,311円	要介護5	276,778円	27,678円																
	区分	月額	利用者負担額（1割の場合）																																
	要介護1	184,515円	18,452円																																
	要介護2	207,150円	20,715円																																
	要介護3	231,164円	23,117円																																
	要介護4	253,109円	25,311円																																
	要介護5	276,778円	27,678円																																
	各種加算の状況	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>身体拘束廃止取組の有無</th> <th>減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <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><input checked="" type="checkbox"/>・有</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>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>(I) (II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td>(I)イ (I)ロ (II) (III)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> I II III IV V</td> </tr> <tr> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>介護職員等特定処遇改善加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> I II</td> </tr> </tbody> </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	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	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	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I) (II)	サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I)イ (I)ロ (II) (III)	<input checked="" type="checkbox"/> I II III IV V	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<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	<input checked="" type="checkbox"/> ・有																																	
	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	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	無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																		
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有																																		
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I) (II)																																	
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I)イ (I)ロ (II) (III)																																	
		<input checked="" type="checkbox"/> I II III IV V																																	
		無・ <input checked="" type="checkbox"/>																																	
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I II																																	