

重要事項説明書

— 介護付有料老人ホーム —
(介護予防・特定施設入居者生活介護)
ツクイ・サンシャイン小田原



※ 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 | 株式会社ツクイ |
| 代表者名 | 代表取締役 高島 毅 |
| 所在地 | 横浜市港南区上大岡西1-6-1 |
| 電話番号/FAX番号 | 045-842-4115 / 045-842-0249 |
| ホームページアドレス | http://www.tsukui.net |
| 設立年月日 | 2020年 5月18日 |
| 直近の事業収支決算額※ | (収益)86,497百万円 (費用)82,713百万円 (損益)3,783百万円 |
| 会計監査人との契約 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 () |
| 他の主な事業 | 介護保険指定事業(通所介護、訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援、認知症対応型共同生活介護) |

※ 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 | ツクイ・サンシャイン小田原 | |
| 所在地 | 神奈川県小田原市荻窪285-3 | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 | 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 | 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 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 1472303674 指定年月日 2020年10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 | 無 ・ 有 () | | | | |
| 開設年月日 | 2020年 10月 1日 | | | | | |
| 管理者氏名 | 大浦 尚士 | | | | | |
| 電話番号/FAX番号 | 0465 - 66 - 5122 / 0465 - 66 - 5123 | | | | | |
| メールアドレス | ts-odawara@tsukui.net | | | | | |
| 交通の便 | JR小田原駅、小田急線小田原駅より徒歩12分 | | | | | |
| ホームページアドレス | http://www.tsukui.net/sunshine/odawara/ | | | | | |
| 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) | 2007年5月1日～2032年4月末日 | | | | |
| | (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 | 2428. 47㎡ | | | | |
| 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) | 2007年5月1日～ 2032年4月末日 | | | | |
| | (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 | 鉄筋コンクリート造 地上4階建 (耐火) ・ 準耐火 ・ その他 | | | | |
| | 延床面積 | 3855. 86㎡ (うち有料老人ホーム 3855. 86㎡) | | | | |
| | 建築年月日 | 2007年 11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 | 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 90室 定員 90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 | 18. 56㎡ | 87 |
| | Bタイプ | 1 | 無 ・ 有 | 無 ・ 有 | 18. 56㎡ | 3 |
| | 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 ・ 214. 90㎡) | | | | |

| | | | |
|---------------------|---|--|---|
| | 浴室 | 一般浴槽 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 31.20㎡) |
| | | リフト浴 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 19.36㎡) |
| | | ストレッチャー浴 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 19.36㎡) |
| | 便所 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 各居室、各階に共用 | |
| | 洗面設備 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 各居室、各階に共用 | |
| | 医務室(健康管理室) | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 19.36㎡) | |
| | 談話室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2・3・4階・ 76.30㎡) | |
| | 面談室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 18.56㎡) | |
| | 事務室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 40.60㎡) | |
| | 洗濯室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階・ 13.75㎡) | |
| | 汚物処理室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各階) | |
| | 看護・介護職員室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (各階) | |
| | 機能訓練室 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2・3・4階 各36.19㎡) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> ・有 (談話室の一部スペース) | |
| | 健康・生きがい施設 | <input type="checkbox"/> ・ 有 (階) | |
| | 緊急通報設備 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | エレベーター | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可 2基) | |
| 居室のある区域の廊下幅 | (1.95m ~ 1.95m) | | |
| 消防設備概要 | 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 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>) | |
| 危険区域の指定状況 | 1 <input type="checkbox"/> 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 | 無し | | |

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 ・ 選択方式 | | | | |
| 敷金 | | 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 | 共益費 |
| 月払いプラン Aタイプ居室 | 259,160円 | 101,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 月払いプラン Bタイプ居室 | 239,160円 | 81,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 前払い金 300万円プラン Aタイプ居室 | 229,160円 一時金300万円 | 71,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 前払い金 300万円プラン Bタイプ居室 | 209,160円 一時金300万円 | 51,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 前払い金 600万円プラン Aタイプ居室 | 199,160円 一時金600万円 | 41,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 前払い金 600万円プラン Bタイプ居室 | 179,160円 一時金600万円 | 21,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 前払い金 810万円プラン Aタイプ居室 | 178,160円 一時金810万円 | 20,000円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 前払い金 810万円プラン Bタイプ居室 | 158,160円 一時金810万円 | 0円 | 77,000円 うち消費税7000円 | - | 29,160円 うち消費税2160円 | 52,000円 |
| 月額利用料の算定 | 家賃 | 0円～101000円 | | | | |
| | 管理費 | 事務管理部門の人件費及び事務費、栄養士その他フード部門の人件費 厨房管理費及び備品等 | | | | |
| | 介護費用 | 自立（生活サポート費）2,431円/日 入居時及び入居後自立と判断された場合の生活支援費（生活サポート費）となります。 「介護サービス等の一覧表」に基づくサービスを提供するための人件費。 | | | | |

| | | |
|-------------------|-----|--|
| 根拠 | 食費 | 朝食 270 円（うち消費税 20 円） 昼食 334 円（うち消費税 24 円） おやつ 75 円（うち消費税 5 円） 夕食 291 円（うち消費税 21 円） 1 日 970 円（うち消費税 70 円） |
| | 共益費 | 水道光熱費、共用施設維持管理費 |
| 前払金（介護費用の前払い金を除く） | | 300 万円・600 万円・810 万円 |
| 算定根拠 | | 入居者の終身にわたる居住が平均的な余命等を勘定して想定される期間想定居住を想定した上で算定とします。 想定居住期間は、ツクイの有料老人ホームの入居者の母集団の居住継続率が概ね 50% になる期間として設定し、6 年（72 か月）です。 |
| 償却開始日 | | 入居日の翌日 |
| 返還対象としない額 | | 840,000 円～2,268,000 円 想定居住期間を超えて入居が継続した場合に備えてツクイが受領する額（不返還部分）は、当該居住継続率に基づき具体的に算出された額で、前払金の総額に占める割合は 28% です。 |
| 契約終了時の返還金の算定方法 | | 償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。 返還金＝（前払金の額－想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えてツクイが受領する額）÷想定居住期間の日数×（想定居住期間の人数－入居期間の日数）・想定居住期間終了後の返還金はありません。 |
| 短期解約の返還金の算定方式 | | 三月以内の解約の場合（短期解約特例） 入居後三月が経過するまでの間に契約が解除、死亡により終了する場合、以下により算出します。 返還する入居金の額＝（前払金の額）－（前払金の 1 日あたりの額※1×契約開始日から起算して契約終了日までの日数） ※1 前払金の算定根拠となった家賃の額÷30 日 原状回復費用を差し引いて、居室の明け渡し後 3 か月以内に、無利息で返金することとします。 |
| 返還期限 | | ◎想定居住期間を超えて入居が継続した場合に備えてツクイが受領する額は、三月を経過した後は、いかなる場合も返還されません。 |
| 保全措置 | | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 保全措置の内容（みずほ銀行と補償信託契約を締結し 500 万円を限度として、保全措置を講じる） 無の場合の理由（ ） |
| その他留意事項 | | |

(2) 月額利用料の取扱い

| | |
|------|--|
| 支払日 | 利用月の翌月、毎月 26 日（土日祝日の場合は翌日） |
| 支払方法 | ◎前払金の支払い方法は、入居日の翌日を起算日として、入居予定日前々日までに選択した事業者が指定する口座へお振込みください。 ◎月額利用料については、入居日から発生します。当月の利用料等を、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。請求書は利用明細を添えて、利用月の翌月 20 日頃にお届けいたします。 |

| | |
|---------|--|
| 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・第30条による） |
| | 手続き（入居契約書 第30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 | 人件費及び物価変動に基づき、運営懇談会の意見を聴取して改定いたします。 | |
| | 手続き方法 | 費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。改定にあたっては、施設はお客様及び身元引受人等へ事前に通知します。 | |
| 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 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 | | |
| 消費税の対象外とする利用料等 | 月額利用料（居室料・共益費）、介護保険個人負担金 | | |
| 体験入居の取扱い | 1 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 有 | 期間 | 5泊6日まで |
| | | 費用 | 11000円（うち消費税1000円）/泊 原則1泊3食おやつ付 |

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

| | | | |
|---------------|--|----------------|--|
| 運営に関する方針 | 地域に根付く施設を目指し、地域との交流を積極的に図り、入居者が生きがいを持って生活できる施設づくりを目指します。 | | |
| サービスの提供内容の特色 | お客様の介護度や認知状況に応じたサービスの提供とお客様の生きがいや楽しみを味わえるようにレクリエーション等を行っていきます。また、安心して生活できるように支援していきます。 | | |
| サービス提供の状況※ | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 健康管理の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 食事の提供 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 安否確認又は状況把握サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 生活相談サービス | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| 月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等 | 管理費 | 事務管理部門の person 費及び事務費、栄養士その他 フード部門の person 費、厨房管理費及び備品等 |
| | 食費 | 朝食 270円 (うち消費税20円) 昼食334円 (うち消費税24円) おやつ75円 (うち消費税5円) 夕食291円 (うち消費税21円) 1日970円 (うち消費税70円) |
| | その他 | |
| 業務の委託状況 | 無・有 | 委託先 (株式会社ジーユーライフ、野口株式会社) 委託内容 (リネン交換・洗濯・クリーニング) |
| 安否確認の方法・頻度等 | 夜間および日中、最低2時間に1度の安否確認を実施 | |
| 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 (損保ジャパン) |

※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 | ご入居されている居室にて介護を致します。 居室の移動は原則ありません。 |
| 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 | 居室の移動は原則ありません。但し次のいずれかの場合には、変更する場合があります。 (1) 事業者がご入居者に対して、より適切な介護を提供する為に必要と判断した場合。 (2) ご入居者またはご入居者の身元引受人の申し出があり、事業者が居室の変更を承諾した場合、事業者は介護場所の変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。 (イ) 事業者の指定する医師の意見を聞く。 (ロ) ご入居者の同意を得る。 (ハ) ご入居者の身元引受人等の同意を得る。 (ニ) 緊急止むを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。 介護場所変更する場合で、ご入居者からの申し出の場合は、現居室の補修費用をお支払い頂き、居室料は日割りで精算します。 |

(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 | 医療法人社団 綾和会 間中病院 |
| | 診療科目 | 内科（一般内科・消化器科）、整形外科、脳神経外科、脳外科、眼科、皮膚科 |
| | 所在地 | 小田原市本町4-1-26 |
| | 距離及び所要時間 | 約1.8km、車で15分 |
| | 協力内容 | 日常診療、緊急時診療、緊急入院 |
| 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 帰陽会 丹羽病院 |
| | 診療科目 | 内科、消化器科、外科、肛門科 |
| | 所在地 | 小田原市荻窪406 |
| | 距離及び所要時間 | 約360m、車で5分 |
| | 協力内容 | 日常診療、緊急時診療、緊急入院 |
| 協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容 | 名 称 | 久崎歯科医院 |
| | 所在地 | 小田原市城山1-6-37 |
| | 距離及び所要時間 | 約670m、車で7分 |
| | 協力内容 | 歯科往診 |
| 入居者が医療を要する場合の対応※ | <p>通院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関への送迎・同行は、月額費用に含まれます。 <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お話合い頂き協力医療機関または希望する病院に入院になります。 ・入院期間中は、月額利用料のうち、食費を除いた金額をお支払い頂きます。 ・協力医療機関への入退院の送迎・同行に係る費用は月額利用料に含まれます。 ・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。清掃も含めて、入院中の居室管理を行います。 | |

※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4月1日現在)

| | | 職員数 | | 夜間勤務職員数 (19時～翌7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 | 16 | 13 | 3 | |
| | 看護職員 | 2 | 4 | | |
| | 機能訓練指導員 | | | | |
| | 理学療法士 | 1 | | | |
| | 作業療法士 | | | | |
| | その他 | 1 | 1 | | |
| | 計画作成担当者 | 1 | 1 | | |
| | 栄養士 | 1 | | | |
| | 調理員 | 1 | 8 | | |
| | 事務職員 | 1 | | | |
| | その他職員 | | 7 | | |
| 合計 | | 27 | 34 | 3 | |

(2) 職員の状況

| | | 他の職務との兼務 | | 無 ・ 〇 | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|----------|-----|-------|--------|-------|-------|---------|-----|---------|-----|--|
| | | 資格等 | 1 無 | | | | | | | | | |
| | | | 2 〇 | | 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 | 3 | | | | | | 1 | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2 | 0 | 3 | 5 | | | | | | | |
| 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 | 2 | 2 | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 1 | 3 | 3 | | | | | 1 | | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 1 | 9 | 7 | 1 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | 1 | 0 | 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 | 4人 |
| 介護福祉士 | 14人 | 介護職員初任者研修修了者 | 12人 |
| 介護支援専門員 | -人 | 資格なし | 7人 |

6 入居状況等

(2021年4月1日現在)

| | | | | |
|----------|--------------------------|-----|------|--|
| 入居者数及び定員 | 86人(定員 90人) | | | |
| 入居者の状況 | 男性 | 17人 | 女性 | 69人 |
| | 自立 | 0人 | | |
| | 要支援 | 17人 | (内訳) | 要支援1 12人 要支援2 5人 |
| | 要介護 | 69人 | (内訳) | 要介護1 16人 要介護2 14人 要介護3 15人 要介護4 12人 要介護5 12人 |
| 平均年齢 | 90.2歳(男性 83.9歳、女性 90.4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 | 2人 | |
| | | 医療機関 | 1人 | |
| | | 死亡者 | 14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) | |
| | | | 0人 | |
| | | 入居者側の申し出 | 1人 | (解約事由の例) 金銭的理由でご夫婦で特養にご入居になられる為。 |

8 その他運営体制

| | | | | | |
|--|--|---|------------------------|---|--------|
| 運営懇談会の実施状況 | 1 無 | | | | |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>代替措置あり(書面によって説明と同意を得る)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>代替措置なし</td> </tr> </table> | 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 |
| 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 | <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) | 【施設及び本社】 (施設担当者) 大浦 尚士 電話 0465-66-5122 菅原 妃斗美 小澤 友子 藤 章人 (本社 お客様相談室・フリーコール) 電話 0120-294-275 (本社 有料老人ホーム専用コール) 電話 0120-291-605 | | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------|---|
| | 【関係行政機関】 神奈川県国民健康保険団体連合会/介護苦情相談係 電話 0570 - 022 - 110 神奈川県福祉こどもみらい局 福祉部高齢福祉課 電話 045 - 210 - 4856 小田原市役所内福祉健康部 高齢介護課 電話 0465 - 33 - 1841 | | |
| 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） | 緊急/災害マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬入もしくは救急車による他の医療機関への搬入を行うと共に、施設長または相談員がご家族へ連絡いたします。これらの処置は原則として嘱託医の判断で行います。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 | <input type="checkbox"/> 可 | | |
| 身元引受人の条件及び義務等 | 入居契約書 第40条による | | |
| 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"/> 有 | |
| | 入居者基金への加入 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 無 | | |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 実施日 | 平成30年4月 |
| | | 結果の開示 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 無 | | |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 実施日 | 2019年4月 |
| | | 評価機関名称 | 株式会社 ツクイスタッフ |
| | | 結果の開示 | 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 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

別添 1

介護サービス等の一覧表

| 区分 | 自立 | | 要支援 1～2 | | 要介護 1～5 | | 備考 | | |
|------------|----------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|--------|-----|---|
| | 生活サポート費を含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険サービス費を含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険サービス費を含むサービス | その都度徴収するサービス | 料金(税込) | 消費税 | 注 |
| サービスの提供内容等 | 提供方法(回数等) | 提供方法(回数等) | 提供方法(回数等) | 提供方法(回数等) | 提供方法(回数等) | 提供方法(回数等) | | | |

1. 介護サービス

| | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|--------|-------|--------|-------|--------|-------|------------|---------------|
| ①巡回 | | | | | | | | | | |
| ・昼間 9時～17時 | 有 | 無 | — | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ・夜間 17時～9時 | 有 | 無 | — | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ②食事介助 | 有 | 無 | — | — | 適宜対応 | — | 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 | — | | |
| ・おむつ代 | 有 | 無 | — | 必要時 | — | 必要時 | — | 必要時 | 実費 | 非課税 |
| ④入浴等 | | | | | | | | | | |
| ・清拭 | 有 | 無 | — | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ・一般浴介助 | 有 | 無 | 週2回 | 週3回以上 | 週2回 | 週3回以上 | 週2回 | 週3回以上 | 1,782円/回 | 162円 注1 |
| ・特浴介助 | 有 | 無 | — | — | 週2回 | 週3回以上 | 週2回 | 週3回以上 | 2,750円/回 | 250円 注1 |
| ・足浴 | 有 | 無 | — | — | — | 希望時対応 | — | 希望時対応 | | |
| 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 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ⑦通院の介助 | | | | | | | | | | |
| ・協力医療機関等 | 有 | 無 | — | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | 注2, 4 |
| ・協力医療機関等以外 | 有 | 無 | — | 希望時対応 | — | 希望時対応 | — | 希望時対応 | 1,650円/30分 | 150円 注1, 3, 4 |
| 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 | | | | | | | | | | |
| ・居室清掃 | 有 | 無 | 週7回 | — | 週7回 | — | 週7回 | — | | |
| ・日常の洗濯 | 有 | 無 | 週3回 | — | 週3回 | — | 週3回 | — | | |
| ・ドライクリーニング | 有 | 無 | 業者紹介 | 希望時 | 業者紹介 | 希望時 | 業者紹介 | 希望時 | 実費 | 課税 |
| ・リネン交換 | 有 | 無 | 定期交換 | 希望時 | 定期交換及び必要時 | 希望時 | 定期交換及び必要時 | 希望時 | 実費 | 課税 |
| ②居室配膳・下膳 | 有 | 無 | 必要時対応 | — | 必要時対応 | — | 必要時対応 | — | | |
| ③希望による食事 | | | | | | | | | | |
| ・療養食 | 有 | 無 | — | 希望時追加料金 | 必要時 | 希望時追加料金 | 必要時 | 希望時追加料金 | 1食あたり66円 | 6円 |
| ・嗜好食 | 有 | 無 | — | 希望時 | — | 希望時 | — | 希望時 | 110円～330円 | 10円～30円 |
| ・栄養補助食品 | 有 | 無 | — | 希望時 | — | 希望時 | — | 希望時 | 220円 | 20円 |
| ・特別食 | 有 | 無 | — | 希望時追加料金 | — | 希望時追加料金 | — | 希望時追加料金 | 1食あたり 1,100円～2,750円 | 100円～250円 |
| ・行事食 | 有 | 無 | — | 希望時追加料金 | — | 希望時追加料金 | — | 希望時追加料金 | 1食あたり 1,100円～2,750円 | 100円～250円 |
| ④理美容 | 有 | 無 | — | 外部業者 | — | 外部業者 | — | 外部業者 | | |
| ⑤代行 | | | | | | | | | | |
| ・買物 | 有 | 無 | — | 定めた以外の日・場所 | 施設で定めた日・場所 | 定めた以外の日・場所 | 施設で定めた日・場所 | 定めた以外の日・場所 | 1,650円/30分 | 150円 注1.5 |
| ・役所手続 | 有 | 無 | — | — | — | 希望時 | — | 希望時 | 1,650円/30分 | 150円 注1.5 |
| ・金銭・貯金管理 | 有 | 無 | — | — | — | — | — | — | | |

3. 健康管理サービス

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|-----|
| ・定期健康診断(年2回) | 有 | 無 | 機会を提供 | 診断料等 | 機会を提供 | 診断料等 | 機会を提供 | 診断料等 | 実費 | |
| ・健康相談 | 有 | 無 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ・生活指導・栄養指導 | 有 | 無 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ・服薬支援 | 有 | 無 | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ・生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 有 | 無 | — | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | | |
| ・医師の訪問診療 | 有 | 無 | — | — | — | 月2回程度 | — | 月2回程度 | 実費 | 非課税 |
| ・医師の往診 | 有 | 無 | — | 必要時対応 | — | 必要時対応 | — | 必要時対応 | 実費 | 非課税 |
| ・歯科医師の往診 | 有 | 無 | — | 必要時対応 | — | 必要時対応 | — | 必要時対応 | 実費 | 非課税 |

4. 入退院時・入院中のサービス

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|-------|------|-------|------|-------|------|------------|---------------|
| ・医療費 | 有 | 無 | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | — | 適宜対応 | | |
| ・入退院時の同行(協力医療機関) | 有 | 無 | 必要時対応 | — | 必要時対応 | — | 必要時対応 | — | | 注2, 4 |
| ・入退院時の同行(協力医療機関以外) | 有 | 無 | — | 希望時 | — | 希望時 | — | 希望時 | 1,650円/30分 | 150円 注1, 3, 4 |
| ・入院中の洗濯物交換・買い物 | 有 | 無 | — | — | — | — | — | — | | 注7 |
| ・入院中の見舞い訪問 | 有 | 無 | — | — | — | — | — | — | | |

5. その他サービス

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|------|---------|------|---------|------|---------|------------|------|----------|
| ・レクリエーション | 有 | 無 | 適宜対応 | 希望時材料費等 | 適宜対応 | 希望時材料費等 | 適宜対応 | 希望時材料費等 | 実費 | 課税 | 注6 |
| ・クラブ活動 | 有 | 無 | — | 希望時材料費等 | — | 希望時材料費等 | — | 希望時材料費等 | 実費 | 課税 | 注6 |
| ・希望により個別的な外出介助 | 有 | 無 | — | 希望時 | — | 希望時 | — | 希望時 | 1,650円/30分 | 150円 | 注1, 3, 4 |
| ・福祉用具 | 有 | 無 | — | 業者紹介 | 適宜対応 | 業者紹介 | 適宜対応 | 業者紹介 | | | 注8 |
| ・マッサージ | 有 | 無 | — | 外部業者 | — | 外部業者 | — | 外部業者 | | | |

※自立の方を除き、実際のサービス内容・頻度・回数は、特定施設サービス計画書(ケアプラン)に基づき提供いたします。

※上記以外のサービスについては、別途相談させていただきます。

※実費負担の費用については、別途消費税が必要となります。

注1) 週3回目以上の入浴、協力医療機関以外の通院介助、希望時の代行等については、1人の職員が対応する場合の費用となります。複数の職員による対応が必要な場合は、人数に応じた費用となります。ただし、特浴は職員2人までの対応です。

注2) 協力医療機関への通院及び入退院時の介助は、介護保険サービス費を含むサービスとなります。また、駐車場や公共交通機関利用時などに係った費用は、入居者の負担となります。

注3) 協力医療機関以外の通院や入院時の介助は、上記の通り費用が発生いたします。また、駐車場や公共交通機関利用時などに係った費用は、入居者の負担となります。

注4) 「介助」に該当しない運転手のみを送迎サービス(病院、買い物、駅等への送迎)は、行っておりません。ご家族で対応いただくか、公共交通機関をご利用ください。

注5) 買い物代行サービスは、施設の指定する日、店舗及び業者の取り扱い商品に限ります。商品代は入居者の負担となります。また、駐車場や公共交通機関利用時などに係った費用は、入居者の負担となります。

注6) レクリエーションの中で、希望者を募って行うイベント等に係る費用、趣味活動等の材料費については、入居者の負担となります。

注7) 入院中の生活支援は、ご家族の対応となります。ただし、対応できない等をご相談ください。

注8) 介護上必要な、標準仕様の車いす、歩行器、エアマット等については、施設で準備いたします。特別仕様や希望によるものは、入居者の負担となります。

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 | 不適合 | <input checked="" 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。 | 居室内に2ヶ所フットライトを設置し、内1つがトイレの中を照らす場所にあり。 |
| 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 | 非該当 | | | |
| 16 | 緊急通報装置 | 有 | 不適合 | (未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 | 浴室使用時は職員を配置。また緊急時の対応に備え、内線を設置。 |
| 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 <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 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～3割）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>195039 円</td> <td>1割 19,503 円 2割 39,007 円 3割 58,511 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>217663 円</td> <td>1割 21,766 円 2割 43,532 円 3割 65,298 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>241677 円</td> <td>1割 24,167 円 2割 48,335 円 3割 72,503 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>263633 円</td> <td>1割 26,363 円 2割 52,726 円 3割 79,089 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>287302 円</td> <td>1割 28,730 円 2割 57,460 円 3割 86,190 円</td> </tr> </tbody> </table> | 区 分 | 月 額 | 利用者負担額（1割～3割） | 要介護1 | 195039 円 | 1割 19,503 円 2割 39,007 円 3割 58,511 円 | 要介護2 | 217663 円 | 1割 21,766 円 2割 43,532 円 3割 65,298 円 | 要介護3 | 241677 円 | 1割 24,167 円 2割 48,335 円 3割 72,503 円 | 要介護4 | 263633 円 | 1割 26,363 円 2割 52,726 円 3割 79,089 円 | 要介護5 | 287302 円 | 1割 28,730 円 2割 57,460 円 3割 86,190 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 区 分 | 月 額 | 利用者負担額（1割～3割） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護1 | 195039 円 | 1割 19,503 円 2割 39,007 円 3割 58,511 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護2 | 217663 円 | 1割 21,766 円 2割 43,532 円 3割 65,298 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護3 | 241677 円 | 1割 24,167 円 2割 48,335 円 3割 72,503 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護4 | 263633 円 | 1割 26,363 円 2割 52,726 円 3割 79,089 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護5 | 287302 円 | 1割 28,730 円 2割 57,460 円 3割 86,190 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・<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"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・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><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>無・<input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>無・有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="4">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(I)</td> </tr> <tr> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td>(I)イ</td> </tr> <tr> <td>(I)ロ</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="6">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(II)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> (III)</td> </tr> <tr> <td>I</td> </tr> <tr> <td>II</td> </tr> <tr> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="3">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td>V</td> </tr> <tr> <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・ <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"/> 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 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> 無・有 | 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | (I) | (II) | (I)イ | (I)ロ | 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | (II) | <input checked="" type="checkbox"/> (III) | I | II | III | IV | 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | V | I |
| 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"/> 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 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 無・有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供体制強化加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | (I) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (II) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (I)イ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (I)ロ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | (II) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> (III) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 無・ <input checked="" type="checkbox"/> | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | 69513円 |
| | 要支援2 | 113748円 |
| | 利用者負担額(1割～3割) | |
| | 1割6,951円 2割13,902円 3割20,853円 | |
| | 1割11,374円 2割22,749円 3割34,124円 | |
| | 各種加算の状況 | |
| | 身体拘束廃止取組の有無 | (減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型) |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input 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 type="checkbox"/> 有 | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| | (I)イ | |
| | (I)ロ | |
| | (II) | |
| | (III) | |
| 介護職員処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |
| | I | |
| | II | |
| | III | |
| | IV | |
| | V | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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) | <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 | 19.3 | 20.1 | 18.1 |
| 要介護者の人数 | 71.6 | 68.3 | 70.0 |
| 指定基準上の直接処遇職員の数 | 25.7 | 25.0 | 24.9 |
| 配置している直接処遇職員の数 | 34.7 | 31.1 | 32.2 |
| 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 | 2.4:1 | 2.3:1 |
| 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 8:00 ~ 17:00 | |
| | | 遅番 10:00 ~ 19:00 | |
| | | 夜勤 16:00 ~ 10:00(翌) | |
| | | 準夜勤 22:00 ~ 7:00(翌) | |

| | | | | | |
|--|------|----|------|---|-------|
| | 看護職員 | 早番 | : | ~ | : |
| | | 日勤 | 8:30 | ~ | 17:30 |
| | | 遅番 | 9:00 | ~ | 18:30 |
| | | 夜勤 | : | ~ | : |