

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	医療法人社団 平成会
代表者名	理事長 遠藤 忠雄
所在地	福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野185番地
電話番号／FAX番号	0242-54-2300／0242-54-2338
ホームページアドレス	http://www.heiseikai-group.com/
設立年月日	1994年3月16日
直近の事業収支決算額※	(収益)4,485,409千円 (費用)4,224,820千円 (損益)260,589千円
会計監査人との契約	無・有()
他の主な事業	「事業主体が実施する他の介護サービス」に示す別添3参照

※ 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+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「健康倶楽部館 ファンコート厚木」	
所在地	神奈川県厚木市上依知字溝野181番地	
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 1472902343 指定年月日 2016年3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	2016年3月1日	
管理者氏名	佐々木 和之	
電話番号／FAX番号	046-281-8100／046-281-8688	
メールアドレス	funcourt-atsugi@heiseikai-group.com	
交通の便	JR相模線原当麻駅からバスで5分降車後徒歩3分	
ホームページアドレス	http://www.heiseikai-atsugi.com/	

敷地概要	権利形態 所有・ <u>借地</u> (借地の場合の契約形態) <u>通常借地契約</u> ・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 2016年3月1日～2046年2月28日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・ <u>有</u> 敷地面積 5,400.42㎡ 抵当権の設定 <u>無</u> ・有					
建物概要	権利形態 <u>所有</u> ・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) 年月日～年月日 (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0階 地上3階建 <u>耐火</u> ・準耐火・その他 延床面積 6,098.17㎡ (うち有料老人ホーム 5,495.21㎡) 建築年月日 2016年2月15日建築 改築年月日 年月日改築 建築確認時の主要用途 <u>有料老人ホーム</u> ・その他() 抵当権の設定 無・ <u>有</u>					
居室概要	居室総数 120室 定員 120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	無・ <u>有</u>	<u>無</u> ・有	18.04～19.10㎡	120
	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・ <u>有</u> (西棟 2階・160.05㎡) (西棟 3階・163.45㎡) (東棟 1階・37.72㎡) (東棟 2,3階・59.27㎡)				
	浴室	一般浴槽	無・ <u>有</u> (西棟 2階・15.79㎡) (西棟 3階・10.61㎡) (東棟 1階・5.59㎡) (東棟 2,3階・8.59㎡)			
		リフト浴	無・ <u>有</u> (西棟 1階・22.53㎡)			
		ストレッチャー浴	無・有 (階・ ㎡)			
	便所	無・ <u>有</u> 各居室、1,2,3階に共用				
	洗面設備	無・有 (階・ ㎡)				
	医務室(健康管理室)	無・ <u>有</u> (西棟 1階・9.29㎡)				
	談話室	無・ <u>有</u> (西棟 2階・160.05㎡) (西棟 3階・163.45㎡) (東棟 1階・37.72㎡) (東棟 2,3階・59.27㎡)				
	面談室	無・ <u>有</u> (西棟 1階・7.70㎡)				
	事務室	無・有 (階・ ㎡)				
	洗濯室	無・ <u>有</u> (西棟 2階、東棟各階・6.77㎡) (西棟 3階・7.72㎡)				
	汚物処理室	無・ <u>有</u> 西棟 2,3階 東棟 1,2,3階				
	看護・介護職員室	無・ <u>有</u> 西棟 2,3階 東棟 1,2,3階				

	機能訓練室	無 ・ 有 (西棟2階 160.05㎡) (西棟3階 163.45㎡) (東棟1階 37.72㎡) (東棟2, 3階 59.27㎡) 他の共用施設との兼用 無 ・ 有 (食堂)
	健康・生きがい施設	無 ・ 有 (東棟 1階 1333.20㎡)
	緊急通報設備	無 ・ 有
	エレベーター	無 ・ 有 (ストレッチャー搬入可 3基)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m~2.1m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ 有)	自動火災報知設備 (無 ・ 有)
	火災通報設備 (無 ・ 有)	スプリンクラー (無 ・ 有)
	防火管理者 (無 ・ 有)	防災計画 (無 ・ 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	クリニック(弊社運営、医療機関コード2910180、133.20㎡) 通所介護事業所(弊社運営、事業所番号1472902350、461.13㎡)	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <u>月払い方式</u> ・ 選択方式					
敷金	無 ・ 有 (223,500 円、家賃相当額の 3 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	184,000 円	74,500 円	52,980 円		56,520 円	
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	74,500 円				
	管理費	52,980 円 ・ 目的施設(居室及び共用施設)の光熱水道費及び管理費 ・ 基本サービス(フロントサービス、緊急時対応、健康相談、情報サービス等)及び事務管理に係る人件費、消耗品・事務経費				
	介護費用	無し(介護保険料の1割もしくは2割、3割負担のみ)				
	食費	56,520 円 内訳：朝406円、昼おやつ765円、夕718円 計1,884円/日 (欠食する場合は、4日前までにお申し出下さい。) ・ 食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備・備品代(厨房設備、調理具・食器等)				
	光熱水費	共益費に含む				
前払金		円				
算定根拠						

償却開始日		
返還対象としない額		
契約終了時の返還金の算定方法		
短期解約の返還金の算定方式		
返還期限		
保全措置	無 ・ 有	保全措置の内容 ()
		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	原則27日
支払方法	毎月12日までに前月分の請求書を発行します。 お支払いは、預金口座自動引落しをお願い致します。
その他留意事項	預金口座自動引落しができない場合の再振替は翌月17日となります。

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件	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. 月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三. 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等の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護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3か月を超えて居室を不在にするとき
	手続き ()	
	解約予告期間 () 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	営繕談会において意見を聴取した上で改定するものとする。	
	手続き方法	入居者・身元引受人に事前に通知をし、契約を取り交わすものとする。	
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 ② 日割り計算で減額 ③ 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
消費税の対象外とする利用料等	敷金及び家賃、共益費 なお、それ以外の費用は消費税を含んだ金額です。		
体験入居の取扱い	① 無		
	② 有	期間	1週間以内(空き室がある場合)
費用		別表5利用料金一覧表に示します。	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に入居者様の立場に立ってその人らしい自立した生活を総合的に支援するサービスを提供します。 ・明るく家庭的な雰囲気を保ち、地域、家庭との結びつきを深めつつ予防医療に関するサポートを合わせて提供します。 		
サービスの提供内容の特色	当法人は、「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を理念に、職員一同、お客様一人ひとりの心に寄り添うケアを共通の誓いとしています。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・有	健康管理の供与	無・有
食事の提供	無・有	安否確認又は状況把握サービス	無・有
選択、掃除等の家事の許与	無・有	生活相談サービス	無・有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	公共施設の維持管理費、事務費、フロントサービス、健康相談等	
	食費	1日3食の提供、おやつ、配膳、下膳	
	その他		
業務の委託状況	無・有	委託先 ()	
		委託内容 ()	
安否確認の方法・頻度等	ユニット毎にチームスタッフを配し常時安否の確認を実施。		
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・有	保険会社名 (損害保険ジャパン株式会社) 保険名 (ウォームハート)	

※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、居室移動の場合があります。
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 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、追加費用の可否、居室利用権の取扱い等	<ul style="list-style-type: none"> ・より適切な介護サービスを提供するために、一定の観察期間を設けて、医師の意見を聞き、入居者又は身元引受人の同意を得て、居室を変更していただく場合があります。 ・入居者は居室の移動に伴い、原状回復の義務を負うものとします。

(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 笹生循環器クリニック
	診療科目	内科、外科、循環器内科、血管外科、消化器科
	所在地	神奈川県厚木市旭町 5-47-1
	距離及び所要時間	約 10km 約 20 分
	協力内容	入居者の日常医療支援
	名 称	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 座間総合病院
	診療科目	内科、外科、消化器内科、整形外科
	所在地	神奈川県座間市相武台一丁目 50 番 1 号
	距離及び所要時間	約 7km 約 20 分
	協力内容	入居者の日常医療支援
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	馬場歯科医院
	所在地	神奈川県厚木市妻田北 4-3-18
	距離及び所要時間	約 10km 約 20 分
	協力内容	入居者の日常医療支援
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>・入居者が医療を必要とする場合は、ご本人又はご家族の意思を確認の上で、主治医又は協力医療機関へ連絡調整を行います。 救急時には応急処置と共に主治医等との連絡を取り、協力医療機関等での救急治療、あるいは、緊急入院が受けられるよう計らいます（共益費に含みます）。</p> <p>通院—協力医療機関への通院介助・移送は介護保険に含みます。 —協力医療機関以外の希望する医療機関への通院介助・移送をホームへ依頼する場合の料金は、介護サービス等の一覧表に示します。</p> <p>入院—希望する医療機関への入退院の同行・移送をホームへ依頼する場合の料金は、介護サービス等の一覧表に示します。</p> <p>なお、当ホームでは、医療機関の受診に関しまして、ご家族のご協力をお願いしています。</p> <p>・治療及び入院が必要な場合は、医療保険診療が適用されます。その場合の一部自己負担及び医療保険適用外のものについては入居者の負担となります。</p> <p>・入院中の居室の利用権は存続し、維持・管理を行うため、共益費の返金はありません。</p>	

※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 (21時～翌7時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者	管理者	1			
	生活相談員	2			
	介護職員	41	10	4	

の内 訳	看護職員	3	8		
	機能訓練指導員				
	理学療法士	1	1		
	作業療法士	1	3		
	その他				
	計画作成担当者	2			
	栄養士	5			併設施設と兼務
	調理員	5	6		併設施設と兼務
	事務職員	3			併設施設と兼務
その他職員	2	5			
合計	64	33	4		

(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		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		3	3	13	2		2	1			
前年度1年間の退職者数			3	10	4	1		1	3		
業務に 応じた 職員の 人数に 経験年 数に	1年未満				10	3					
	1年以上 3年未満				8	3					
	3年以上 5年未満			1	5	1					
	5年以上 10年未満			1	7	1	1				
	10年以上		3	6	11	1	1		2	4	2
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	一人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	13人	介護職員初任者研修修了者	4人
介護支援専門員	1人	資格なし	29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	120人(定員 120人)
入居者の状況	男性 46人、女性 74人
	自立 0人

	要介護 107人	(内訳) 要介護1 39人 要介護2 31人 要介護3 17人 要介護4 15人 要介護5 5人
	要支援 13人	(内訳) 要支援1 6人 要支援2 7人
平均年齢	87.0歳 (男性 85.5歳、女性 88.5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	8人	
		社会福祉施設	8人	
		医療機関	11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	(解約事由の例)	0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 医療機関への入院が決まったため。	36人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>① 無</p> <p>② 有</p> <table border="1"> <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	無 ・ 有		
苦情解決の体制 (相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	<p>生活相談員を配置し苦情対応マニュアルに従って、適正かつ迅速な対応を行います。「苦情相談受付記録票」に記入し、且つ担当者へ連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録します。</p> <p>(施設) 介護付有料老人ホーム「健康倶楽部館 ファンコート厚木」 TEL 046-281-8100 受付担当者 (生活相談員) 落合 美弥子 解決責任者 (施設長) 佐々木 和之</p> <p>施設での解決が難しい場合は、以下の行政機関に相談することができます。なお、厚木市以外の市町村の相談窓口は別添5「市町村窓口一覧」の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・厚木市介護福祉課介護給付係 Tel 046-225-2240 ・厚木市介護福祉課介護認定係 Tel 046-225-2392 ・かながわ福祉サービス運営適正化委員会 		

	Tel 045-317-2200 ・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) ・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） Tel 0570-022110(苦情専用) ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 Tel 03-3548-1077		
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）	事故が生じた場合、速やかに責任者又は施設長の指示の下、緊急処置を適切に行います。その上で、必要に応じて協力医療機関（主治医等）、入居者のご家族、ケアマネージャー等へ連絡します。 次に、責任者は施設長の指示の下、関係職員全員から事故時に関する事情を確認し、事故時の全容について正確な報告書を作成すると共に、事故の再発防止を徹底します。なお、事故状況に応じて保険者（市町村）へ報告します。		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ 可		
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 ・ 有	
	入居者基金への加入	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		
	② 有	実施日	2020年12月10日
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 無		
	② 有	実施日	2016年12月1日
		評価機関名称	ISOサーバランス
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ 有		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	① 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開（ <u>閲覧</u> ・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(要介護・要支援)

(単位:円)

入居者区分	要介護・要支援				費用負担	備考
	特定施設入居者介護に含む	別途利用料負担				
①介護サービス						
(介) 食事介助	なし	あり	なし	あり		
(介) 排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
(介) 入浴介助・清拭(入浴準備・後片付け含む)	なし	あり	なし	あり	週3回以上、下記料金表①	
(介) 定期巡回・安否確認	なし	あり	なし	あり	日中は原則1日1回以上声掛け等をし、夜間は安否確認の他の巡回	
(介) 身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		
(介) 機能訓練	なし	あり	なし	あり	サービス計画超過の個別的要望による場合、下記料金表①	
(介) 通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	ご家族様のご協力を願います。	
(介) 通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	ご家族様のご協力を願います。ホームへ依頼の場合は下記料金表①	
(介) 夜間看護体制(24時間連絡体制)	なし	あり	なし	あり		
(介) 特浴介助	なし	あり	なし	あり	週3回以上、下記料金表①	
(選) おむつ代	なし	あり	なし	あり	実費	
②健康管理サービス						
(基) 医師による健康相談	なし	あり	なし	あり	2回/年、共益費に含む	
(介) 個別健康管理	なし	あり	なし	あり		
(介) 慢性疾患管理	なし	あり	なし	あり		
(介) 服薬支援	なし	あり	なし	あり		
(介) 生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり		
(介) 生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		
(介) 定期健康診断	なし	あり	なし	あり		
③健康管理サービス(治療への協力)						
(基) 救急時対応	なし	あり	なし	あり	共益費に含む	
(介) 通院移送(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	ご家族様のご協力を願います。	
(選) 通院移送(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	ご家族様のご協力を願います。ホームへ依頼の場合は下記料金表①	
(選) 入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	ご家族様のご協力を願います。ホームへ依頼の場合は下記料金表①	
(介) 入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		
④食事サービス						
(基) 日常食の提供	なし	あり	なし	あり	1,884円/日	
(介) 居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	原則食堂	
(選) 治療食	なし	あり	なし	あり	要望に応じてご相談	
(選) 特別食	なし	あり	なし	あり	要望に応じてご相談	
⑤生活相談、助言						
(介) 一般的相談(心配事、悩み)	なし	あり	なし	あり		
(選) 専門相談紹介(税理士・司法書士等)	なし	あり	なし	あり	実費	
⑥生活サービス						
(基) フロントサービス	なし	あり	なし	あり	共益費に含む	
(介) 居室清掃	なし	あり	なし	あり	週3回以上、下記料金表②	
(介) 居室トイレ清掃	なし	あり	なし	あり	週3回以上、下記料金表②	
(介) 浴室清掃準備	なし	あり	なし	あり	週3回以上、下記料金表②	
(介) 短期治療中生活サービス	なし	あり	なし	あり	共益費に含む(留守中の居室内清掃等管理)	
(選) リネン交換	なし	あり	なし	あり		
(選) タオルセット交換	なし	あり	なし	あり		
(選) 日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	週2回及び必要時は介護保険に含む。週3回以上、下記料金表②	
(選) 入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	下記料金表②	
(選) 外出同行、買い物代行	なし	あり	なし	あり	個別的要望による場合、下記料金表②	
(選) 役所手続き代行(納付、届出等)	なし	あり	なし	あり	下記料金表②	
⑦レクリエーション費						
(介) ホーム主催レクリエーション費	なし	あり	なし	あり		
(選) その他レクリエーション費	なし	あり	なし	あり	諸経費実費	
(選) クラブ活動費	なし	あり	なし	あり	活動諸経費実費	

[備考]

- (基) 基本サービス
- (介) 介護保険サービス
- (選) 選択サービス

有料料金表

	①身体介護	②生活援助
20分未満	¥1,823	¥906
20～30分未満	¥2,709	¥1,344
30分～1時間未満	¥4,288	¥2,149
1時間以上	¥6,223	¥3,147
※1時間以上は、30分毎に右の料金が加算	¥886	¥845

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くでない。 <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 type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 ② 混合型 3 混合型 (外部サービス利用型) 4 地域密着型 5 介護予防 6 介護予防 (外部サービス利用型)																		
介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	<p style="text-align: center;">特定施設入居者生活介護 (1 か月 30 日の例)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 20%;">月 額</th> <th style="width: 65%;">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 style="text-align: right;">179,100 円</td> <td style="text-align: right;">17,910 円/35,790 円/53,700 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="text-align: right;">200,100 円</td> <td style="text-align: right;">20,010 円/39,990 円/59,970 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="text-align: right;">222,000 円</td> <td style="text-align: right;">22,200 円/44,400 円/66,600 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="text-align: right;">242,400 円</td> <td style="text-align: right;">24,240 円/48,450 円/72,660 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="text-align: right;">264,000 円</td> <td style="text-align: right;">26,400 円/52,800 円/79,200 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	179,100 円	17,910 円/35,790 円/53,700 円	要介護2	200,100 円	20,010 円/39,990 円/59,970 円	要介護3	222,000 円	22,200 円/44,400 円/66,600 円	要介護4	242,400 円	24,240 円/48,450 円/72,660 円	要介護5	264,000 円	26,400 円/52,800 円/79,200 円
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)																
	要介護1	179,100 円	17,910 円/35,790 円/53,700 円																
	要介護2	200,100 円	20,010 円/39,990 円/59,970 円																
	要介護3	222,000 円	22,200 円/44,400 円/66,600 円																
	要介護4	242,400 円	24,240 円/48,450 円/72,660 円																
	要介護5	264,000 円	26,400 円/52,800 円/79,200 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Ⅰ	無・有																	
	入居継続支援加算Ⅱ	無・有																	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	無・有																	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	無・有																	
	個別機能訓練加算Ⅰ	無・有																	
	個別機能訓練加算Ⅱ	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																	
口腔・栄養スクリーニング加算	無・有																		
看取り介護加算	無・有																		
科学的介護推進体制加算	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																	
		Ⅱ																	
		Ⅲ																	
介護職員処遇改善加算	無・有	①																	
		Ⅱ																	
		Ⅲ																	
		Ⅳ																	
		Ⅴ																	
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	Ⅰ																	
		①																	

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

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	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
	要支援1	63,300円	6,330円/12,660円/18,990円
	要支援2	104,100円	10,410円/20,820円/31,230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	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	
	口腔・栄養スクリーニング加算	無・有	
	科学的介護推進体制加算	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 II III
介護職員処遇改善加算	無・有	① 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	
	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	17.3	12.6	14.7
要介護者の人数	99.3	105.6	103.0
指定基準上の直接処遇職員の数	35.0	37.0	36.0
配置している直接処遇職員の数	49.3	51.3	50.7
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	2.4:1	2.3:1	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	8:30 ~ 17:30	
	遅番	12:00 ~ 21:00	
	夜勤	21:00 ~ 7:00	
	看護職員 早番	: ~ :	
	日勤	8:30 ~ 17:30	
	遅番	: ~ :	
	夜勤	オンコール体制	