

重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2024 年 7 月 1 日
記入者名	山田 岸栄
所属・職名	やとみ翔裕館・管理者
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	2300092035007

1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	1 3 その他
名称	かぶしきかいしゃさんがじャぱん (ふりがな) 株式会社サンガジャパン	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	3030001131053
主たる事務所の所在地	〒 604 - 0022	
	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9号 ニッセイ大宮桜木町ビル8階	
連絡先	電話番号	048 - 614 - 1541
	FAX番号	048 - 614 - 1552
	メールアドレス	@
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	https://
代表者	氏名	神成祐介、洞口淳一、山口智博
	職名	代表取締役
設立年月日	2019 年 5 月 20 日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) やとみしょうゆうかん						
	やとみ翔裕館						
所在地	〒	490	-	1428			
	愛知県弥富市竹田4丁目46						
所在地 (建物名等)							
市区町村コード	都道府県	愛知県		市区町村	232351 弥富市		
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄蟹江駅 駅					
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・近鉄蟹江駅より、飛島バスで乗車11分、善田橋西停留所で下車、徒歩7分 ②自動車利用の場合 ・近鉄蟹江駅より乗車10分					
連絡先	電話番号	0567	-	56	-	4165	
	FAX番号	0567	-	56	-	4166	
	メールアドレス	yatomi				@	sangajapan.jp
	ホームページ有無	1 有					
	ホームページアドレス	https://		sangajapan.jp/yatomi/			
管理者	氏名	山田岸栄					
	職名	管理者					
建物の竣工日		2013	年	6	月	30 日	
有料老人ホーム事業の開始日		2021	年	1	月	1 日	

(類型) 【表示事項】

類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）						
1 又は 2 に該当する 場合	介護保険事業者番号	2377500430					
	指定した自治体名	愛知県					
	事業所の指定日	2021	年	1	月	1	日
	指定の更新日（直近）		年		月		日

3 建物概要

土地	敷地面積	2144.3	m ²		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃貸の種別			
		抵当権の有無			
		契約期間	開始		
			年	月	日
			終了		
年	月	日			
契約の自動更新					
建物	延床面積	全体	1618.88 m ²		
		うち、老人ホーム部分	1618.88 m ²		
	耐火構造	2 準耐火建築物			
		3 その他の場合			
構造	2 鉄骨造				
	4 その他の場合				

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間		開始		
				年	月	日
				終了		
				年	月	日
		契約の自動更新				
		1 全室個室（縁故者個室含む）				
2 相部屋ありの場合						
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
タイプ1				m ²		
タイプ2				m ²		
タイプ3				m ²		
タイプ4				m ²		
タイプ5				m ²		
タイプ6				m ²		
タイプ7				m ²		
タイプ8				m ²		
タイプ9				m ²		
タイプ10				m ²		

共用施設	共用便所における 便房	3	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	2	ヶ所	
	共用浴室	1	ヶ所	個室	1	ヶ所	
				大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2	ヶ所	チェアー浴	1	ヶ所	
				リフト浴		ヶ所	
				ストレッチャー浴	1	ヶ所	
				その他		ヶ所	
	食堂	1	あり				
	入居者や家族が利用 できる調理設備	2	なし				
エレベーター	2	あり (ストレッチャー対応)					
消防用設備 等	消火器	1	あり				
	自動火災報知設備	1	あり				
	火災通報設備	1	あり				
	スプリンクラー	1	あり				
	防火管理者	1	あり				
	防災計画	1	あり				
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり				
	便所	1	全ての便所あり				
	浴室	1	全ての浴室あり				
	その他						
その他							

4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重し、「可能性の実現」と「生活の質の向上」に努めます。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>利用者の自立を支援し、家庭的な雰囲気でご過ごせるよう支援します。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサー ビスの体制の有無	入居継続支援加算 (I)	2	なし
	入居継続支援加算 (II)	2	なし
	生活機能向上連携加算 (I)	2	なし
	生活機能向上連携加算 (II)	2	なし
	個別機能訓練加算 (I)	2	なし
	個別機能訓練加算 (II)	2	なし
	ADL維持等加算 (I)	2	なし
	ADL維持等加算 (II)	2	なし
	夜間看護体制加算	1	あり
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし
	医療機関連携加算	1	あり
	口腔衛生管理体制加算	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	2	なし
	科学的介護推進体制加算	2	なし
	退院・退所時連携加算	1	あり
	看取り介護加算 (I)	2	なし
	看取り介護加算 (II)	1	あり
	認知症専門ケア加 算	(I)	2
(II)		2	なし

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり			
	1 ありの場合			
	(介護・看護職員の配置率)			3

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="radio"/>	救急車の手配
	<input type="radio"/>	入退院の付き添い
	<input type="radio"/>	通院介助
		その他
1	名称	医療法人フューチャー山本医院
	住所	愛知県海部郡蟹江町城4-423
	診療科目	内科・老年内科・老年精神科・緩和ケア
	協力科目	
	協力内容	往診・受診・健康診断・健康相談

協力医療機関	2	名称	J A愛知厚生連 海南病院
		住所	弥富市前ヶ須南本田 3 9 6
		診療科目	総合病院
		協力科目	
		協力内容	緊急時も治療及び入院の支援
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
			協力内容

協力歯科医療機関	1	名称	医療法人桜樹会 ふれあい歯科
		住所	愛知県名古屋市瑞穂区豊岡通3丁目49 2階2
		協力内容	歯科治療 抜歯 歯周病治療 口腔ケア 義歯作成/調整/修理 嚥下内視鏡検査
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
	○	その他	
判断基準の内容	介護が提供され心身の状態が重度化した場合、2階から1階へ住み替えを行うことがある。		
手続きの内容	1 事業所の指定する医師の意見を聞く 2 概ね、3カ月間の観察期間をおく 3 入居者・身元保証人の意見を聞く		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室へ移行		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	2 なし	
	便所の変更	2 なし	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	2 なし	
	台所の変更	2 なし	
		2 なし	
	その他の変更	1 ありの場合	
	(変更内容)		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	2	なし
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	介護保険上の認定を受け、要支援又は要介護の認定がある。 施設での医療行為については入居前に要相談とする。		
契約解除の内容	1 入居者が死亡したとき 2 入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求め る場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者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場合等。	
	解約予告期間	3	ヶ月
入居者からの解約予告期間	1		ヶ月
体験入居の内容	1	あり	
	1	ありの場合	
	(内容)	6泊7日まで無料、以降一泊10,000円(税込)食事代を含む	
入居定員	30		人
その他	家族宿泊1泊2日 2,200円(税込)食事代別		

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.55
生活相談員	3	1	2	1.04
直接処遇職員	9	5	4	
介護職員	11	7	4	10.87
看護職員	2	2		1.05
機能訓練指導員	1	1		1.05
計画作成担当者	1		1	1.1
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	1
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	8	3	5
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	1		1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 30 分 ~ 9 時 30 分)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0	人	0	人
介護職員	2	人	2	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	d 3 : 1 以上		
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	3		: 1

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数		人
	訪問介護事業所の名称		
	訪問看護事業所の名称		
	通所介護事業所の名称		

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり								
	業務に係る資格等	1 あり									
		1 ありの場合									
		資格等の名称							介護福祉士		
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
前年度1年間の退職者数		0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
応業務に 従事した 職員の 人数 経験 年数に	1年未満	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0
	3年以上 5年未満	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況			1 あり								

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
	<input type="checkbox"/>	全額前払い方式
	<input type="checkbox"/>	一部前払い・一部月払い方式
	<input type="radio"/>	月払い方式
年齢に応じた金額設定	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	2 なし	
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	
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が <input type="text"/> 日以上
利用料金の改定	条件	地域自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会にて提出、承認

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援2		
	年齢	80	80	
居室の状況	床面積	19.41	19.41	
	便所	1 有	1 有	
	浴室	2 無	2 無	
	台所	2 無	2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		197,896	208,128	
家賃		75,000	75,000	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	10,936	21,168	
	介護保険外※2	食費	63,960	63,960
		管理費	16,500	16,500
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	31,500	31,500

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	周辺の相場を勘案し設定
敷金	家賃の0ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	介護保険サービスの自己負担は含まない。

管理費	居室及び共用部の水道高熱費（税別）
食費	1日3食の食事を提供するための費用
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	基本報酬、P7に記載する加算の利用者負担
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間 (償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)	円
初期償却率	%

返還金の算 定方法	入居後 3 月以内の契約終了		
	入居後 3 月を超えた契約終了		
前払金の保 全先			
	1	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
		名称	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3	人
	女性	25	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	0	人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	23	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	0	人
	要支援 2	4	人
	要介護 1	4	人
	要介護 2	4	人
	要介護 3	4	人
	要介護 4	8	人
	要介護 5	4	人
入居期間別	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	2	人
	1年以上5年未満	21	人
	5年以上10年未満	1	人
	10年以上15年未満	0	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	88.1	歳
入居者数の合計	28	人
入居率※	93	%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退居先別の人数	自宅等	1	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	1	人
	死亡	5	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	0	人
		(解約事由の例)	

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口1										
窓口の名称		やとみ翔裕館								
電話番号		0567	-	56	-	4165				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝祭日								

窓口2										
窓口の名称		株式会社サンガジャパン 西日本支社								
電話番号		075		-		256		-		8700
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝祭日								
窓口3										
窓口の名称		弥富市役所民生部介護高齢課								
電話番号		0567		-		65		-		1111
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝祭日								
窓口4										
窓口の名称		愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉室苦情調査係								
電話番号		052		-		971		-		4165
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝祭日								
窓口5										
窓口の名称										
電話番号				-				-		
対応している時間	平日		時		分	～		時		分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	結果の開示	
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

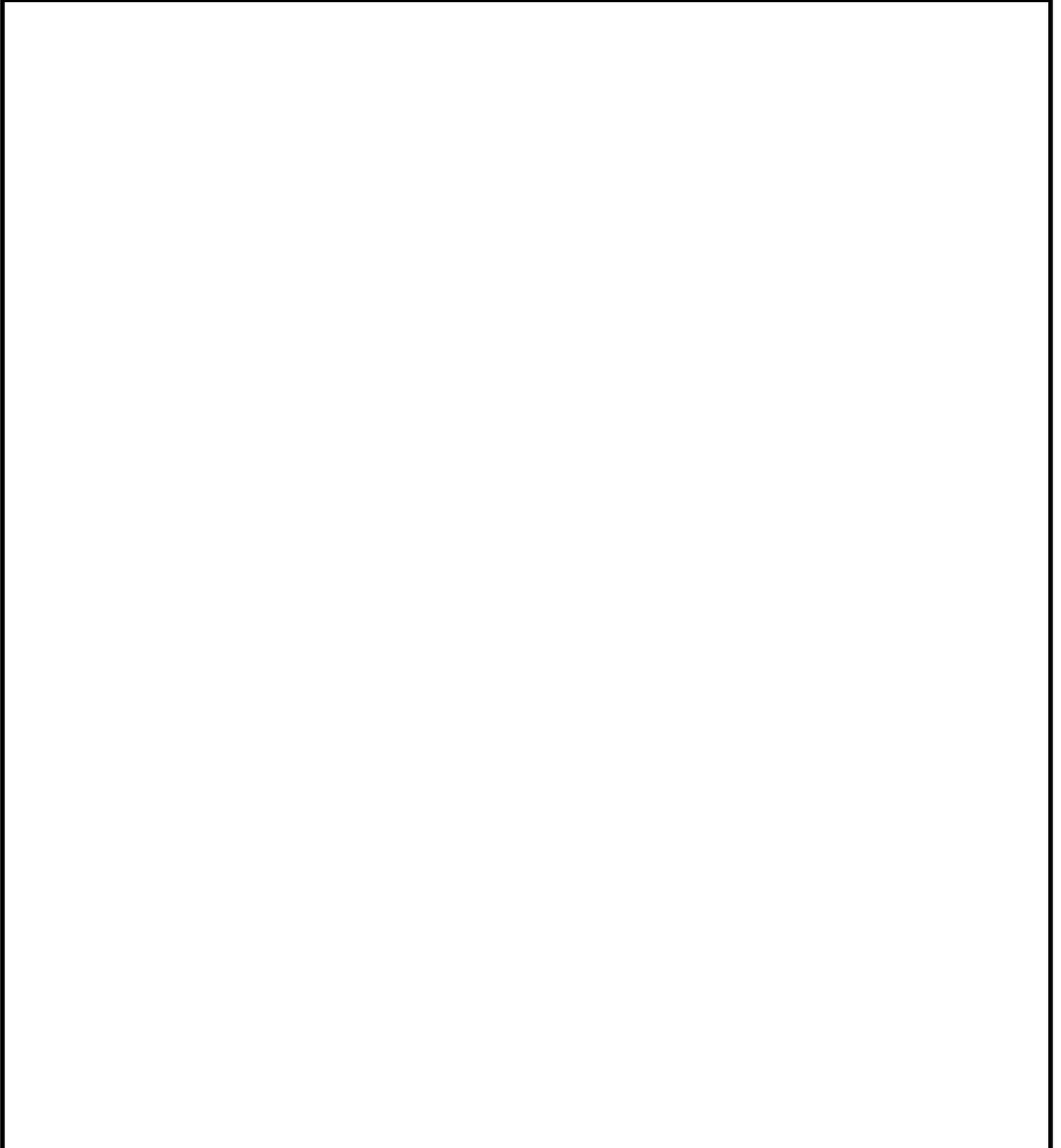
入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開
管理規程	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	3 公開していない
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	提携ホーム名
有料老人ホーム設置時の 老人福祉法第29条第1項に 規定する届出	1 あり	
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	2 なし	
有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模及び構 造設備」に合致しない事 項	2 なし	
	1 ありの場合	
	合致しない事項が ある場合の内容	
	「6. 既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性	
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項		

	不適合事項がある 場合の内容	
--	-------------------	--

備考



添付書類： 別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 3

特定施設入居者生活介護（介護保険対象サービス利用料）

（1）家賃、共益費、管理費

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	内 容
家 賃	75,000 円							ご契約頂いたお部屋の部屋代
共 益 費	31,500 円							建物の維持管理費
管 理 費	16,500 円（税込）							専用居室及び共用部の水道光熱費
合 計 (1)	123,000 円							

※月の途中での入退居については、「家賃・共益費・管理費」共に日割り計算となります。

■日割計算式：1ヶ月30日として日割計算します

（2）介護サービス基本単位（料金）

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	備考
基本単位 (1日)	183	313	542	609	679	744	813	1ヶ月（30日として 算定）あたりの自己負 担額の目安
(2)負担割合 1割	6,442 円	10,936 円	18,852 円	21,168 円	23,588 円	25,835 円	28,220 円	
(3)負担割合 2割	12,883 円	21,871 円	37,704 円	42,335 円	47,175 円	51,669 円	56,440 円	
(4)負担割合 3割	19,324 円	32,807 円	56,555 円	63,503 円	70,762 円	77,503 円	84,660 円	

■自己負担額(2)(3)(4)には、下記加算①～⑥を含みます。

①地域加算：弥富市＝6級地 1単位＝10.27円

②協力医療機関連携加算 4月～40単位 8月～100単位 月に一回以上情報を提供した場合は、医療機関連携加算とする。

協力医療機関等に情報提供した日を情報提供日とし、前30日以内において特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護入居者生活介護を算定した日が14未満である場合には、算定できないものとする。

協力医療機関等には、歯科医師を含む。

情報提供の期間及び利用者の健康状況の著しい変化の有無等の提供する情報の内容についても定めておく。

利用者ごとに健康の状況について随時記録すること。主治医から、署名等利用者ごとに健康の状況について随時記録すること。

主治医から、署名等情報提供の期間及び利用者の健康状況の著しい変化の有無等の提供する情報の内容についても定めておく。

利用者ごとに健康の状況について随時記録すること。

主治医から、署名等及び介護予防特定施設入居者生活介護入居者生活介護を算定した日が14未満である場合には、算定できないものとする。協力医療機関等には、歯科医師を含む。

情報提供の期間及び利用者の健康状況の著しい変化の有無等の提供する情報の内容についても定めておく。

利用者ごとに健康の状況について随時記録すること。

③退院・退所時連携加算 30 単位/日 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院対処時連携加算として、1日につき所定単位数を加算する。

30日を超える病院もしくは、診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは、介護医療院への入所後に当該指定特定施設に再び入居した場合も、同様とする。

④見取り介護加算 見取り介護加算(I)として、死亡日以前31日以上45日以下については、1日につき72単位を、死亡日4日以上30日以下については1日につき144単位を死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1280単位を死亡日に加算する。

ただし、退去した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。

また、見取り介護加算(I)を算定している場合又は夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない。

⑤夜間看護体制加算 夜間看護体制加算として、1日につき9単位を所定単位数に加算する。

「24時間連絡出来る体制」とは、夜間においても、夜間介護事業者から、連絡が出来る、管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針マニュアル等)

⑥介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 介護サービス基本単位に12.2%加算

⑦退居時情報提供加算 250 単位/日介護老人福祉施設及び介護医療院について、入居者の入院時に、施設等が把握している生活状況等の情報提供する事を評価する現行相当の加算区分を設ける。また、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

について、入所者、または入居者(以下「入居者等」という。)医療機関に退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

※自己負担額の計算式(30日で算定)

①総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×8.2%=1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)

②総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×1.2%=1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)

③総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×1.5%=1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)

④上記①~③を合計した1ヶ月の単位数×10.27円=1ヶ月の介護報酬額(小数点第一位を切り捨て)

⑤上記②で得た1ヶ月の介護報酬額×90%or80%or70%=介護保険負担額(小数点第一位を切り捨て)

⑥上記④-上記⑤=自己負担額

(3) 食事代

お食事代は、召し上がられた分のみの実費負担となります。

1ヶ月あたりの目安 (30日として算定)	63,960円
-------------------------	---------

・朝食：540円・昼食：715円・夕食：715円・おやつ：162円 [1日の金額：2,132円]

(4) 医療費、おむつ代、消耗品等 実費

(5) 敷金 なし

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、以下事業所サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和.....年.....月.....日

事業者

住所

埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9
ニッセイ大宮桜木ビル8階

事業者名

株式会社 サンガジャパン

代表者名

代表取締役 神成祐介、洞口淳一、山口智博

事業所

住所

愛知県弥富市竹田4丁目46

サービス

介護予防特定入居生活介護・特定入居者生活介護

事業所名

やとみ翔裕館

事業所番号

2377500430

説明者

氏名

⑩

私は、貴事業所を利用するに当たり、貴事業所サービスの内容及び重要事項の説明を受け、内容について同意しました。

令和.....年.....月.....日

本人

住所

氏名

⑩

私は、利用と同様に説明を受け内容について同意しました。また本人の契約意思を確認し、以下選択した立場として署名します。

署名者

住所

氏名

⑩

本人と関係

※署名者の該当する立場に○を付けてください。複数該当可。

署名代行者

・ 法定代理人

・ 任意代理人

署名代行の理由