

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年6月1日 |
| 記入者名 | 徳永 達也 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|--------|--|---|
| 種類 | 個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃさんがじやぱん 株式会社サンガジャパン | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-614-1541 |
| | FAX番号 | 048-614-1552 |
| | ホームページアドレス | https://www.sanga-kaigo.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 神成 裕介 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年1月1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) にけんちゃやしょうゆうかん 二軒茶屋翔裕館 | |
| 所在地 | 〒601-1123 京都府京都市左京区静市市原町 705-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 叡山電鉄鞍馬線 二軒茶屋駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 1. 電車利用の場合 ・叡山電鉄出町柳より乗車 30 分、二軒茶屋駅で下車、徒歩 6 分 2. 自動車利用の場合 ・名神高速道路京都東インターから 35 分 |

| | | |
|---------------|------------|---|
| 連絡先 | 電話番号 | 075-781-2500 |
| | FAX番号 | 075-781-2501 |
| 管理者 | ホームページアドレス | https://www.sanga-kaigo.co.jp/ |
| | 氏名 | 徳永 達也 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成・令和 2年 4月 30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成・令和 3年 1月 1日 |

(類型) 【表示事項】

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |
| 3 住宅型（サービス付き高齢者向け住宅） |
| 4 健康型 |

| | | |
|--------------------|------------|-------------|
| 該当する場合 1 又は 2 に | 介護保険事業者番号 | 2690600289 |
| | 指定した自治体名 | 京都府 京都市 |
| | 事業所の指定日 | 令和3年 1月 1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和6年 7月 22日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----|---------|---|--|
| 土地 | 敷地面積 | 1, 267.45 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 | |
| | | 抵当権の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和2年5月1日～令和32年4月30日) <input type="checkbox"/> なし |
| | 契約の自動更新 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 978.98 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 978.98 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 3 その他（ ） | |

| | | | | | | | | |
|--|------------------|---|--|----------------------|---------|--------|--|--|
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | | | |
| | | 抵当権の設定 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和2年5月1日～令和32年4月30日) <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |
| | 居室の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 | | | | | | |
| | 居室区分 | 2 相部屋あり | | | | | | |
| | 【表示事項】 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.09 m ² | 18戸/18室 | 介護居室個室 | | |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 有 | 18.27 m ² | 2戸/2室 | 介護居室個室 | | |
| | タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 有 | 20.28 m ² | 2戸/2室 | 介護居室個室 | | |
| | タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 有 | 20.55 m ² | 2戸/2室 | 介護居室個室 | | |
| | タイプ5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 有 | 18.16 m ² | 2戸/2室 | 介護居室個室 | | |
| | タイプ6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 有 | 18.21 m ² | 2戸/2室 | 介護居室個室 | | |
| | タイプ7 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 有 | m ² | | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 2ヶ所 | | | |
| 共用浴室 | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個浴 | | 2ヶ所 | | | |
| | | | 大浴場 | | ヶ所 | | | |
| 共用浴室における介護浴槽 | 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェア一浴 | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | | |
| | エレベーター | 1 あり (車椅子対応) | | | | | | |

| | | |
|--------|----------|---|
| | | <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記 1・2 に該当しない) <input type="checkbox"/> なし |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| その他 | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | ・常に愛情と熱意をもって利用者の自立を助け、 その家族の繁栄をお手伝いいたします。 ・介護のスペシャリストとして常に自己研鑽に励み、誠意をもって質の高い介護サービスが提供出来るよう、専門性の向上に努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 何時までも快適で健やかにお過ごしいただける様、支援をさせて頂きます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし |
| 健康管理の供与 | <input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし |
| 生活相談サービス | <input type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし |

(介護サービスの内容) ※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

| | | | |
|--|------------|------|---|
| 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) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ※ 1 「協力医療機関連携加算(I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を | 生活機能向上連携加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ADL 維持等加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

| | | |
|--|-----|----------------------------------|
| 確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。 | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 個別機能訓練加算 | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 夜間看護体制加算 | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 若年性認知症入居者受入加算 | | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 協力医療機関連携加算（※1） | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 口腔衛生管理体制加算（※2） | | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 退院・退所時連携加算 | | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 退去時情報提供加算 | | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 看取り介護加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 新興感染症等施設療養費 | | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (Ⅱ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (Ⅰ) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |

| | | |
|----------------------|----------|----------------------------------|
| サービス提供体制強化加算 | (II) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (III) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| 介護職員等処遇改善加算 | (I) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (II) | <input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | (III) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (IV) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (1) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (2) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (3) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (4) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (5) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (6) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (7) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (8) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (9) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (10) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (11) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (12) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (13) | 1 あり <input type="checkbox"/> なし |
| | (V) (14) | 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | (介護・看護職員の配置率) : 1 |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|-----------------------------|--|---|---|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人財団康生会 北山武田病院 | |
| | | 住所 | 京都市北区上賀茂岩ヶ垣内町 99 番地 | |
| | | 診療科目 | 内科、整形、皮膚科、循環器内科、消化器内科、歯科、形成外科他 | |
| | | 協力科目 | 内科、皮膚科、循環器内科 他 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 2 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| 協力内容 | | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 3 | 名称 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 診療科目 | | | |
| | 協力科目 | | | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 4 | 名称 | | |
| 住所 | | | | |
| 診療科目 | | | | |
| 協力科目 | | | | |

| | | | |
|----------|-------------------|------------------------------------|-----------|
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | 5 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | 協力科目 | | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 あり 医療機関の名称 医療機関の住所 | |
| | | 2 なし | |
| 協力歯科医療機関 | 1 名称 | 医療法人桜樹会 さくらぎ桂駅前歯科 | |
| | 住所 | 京都市西京区桂南巽町 138 番地 1 グランバリエ桂 1 階 | |
| | 協力内容 | 訪問診療、通院治療、緊急受診の受け入れ | |
| | 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 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 (介護を行う場所の変更) |
| 判断基準の内容 | 管理規程第 11 項 1 (エ) 及び地域密着型特定施設利用契約書第 3 条 2 項に基づき、入居者及び身元引受人の申し出により、空室がある場合に限り居室を変更することが出来る。 |
| 手続きの内容 | 介護場所の変更等に係る意思の確認書（様式 1）の届出 |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし ※現居室の原状回復が別途必要。費用額はその都度相談とする。 |
| 居室利用権の取扱い | 建物賃貸借方式 |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし |

| | | |
|--------------|--------|--|
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 便所の変更 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 洗面所の変更 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 浴室の変更 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 台所の変更 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | その他の変更 | <input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | |

(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 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 要支援の者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 留意事項 | 年齢が概ね 60 歳以上の要介護認定を受けられている方 | |
| 契約解除の内容 | 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第 11 条参照 (本物件の使用目的厳守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等) |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 : 空室がある場合に限る。1 日 6,600 円 (税込) 但し、上限 7 日とする。 <input type="checkbox"/> なし | |
| 入居定員 | 28 人 | |
| その他 | | |

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 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.43 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 0.1 |

| | | | | |
|--|----|---|---|------|
| 直接処遇職員 | 12 | 9 | 3 | 14.3 |
| 介護職員 | 11 | 8 | 3 | 12.9 |
| 看護職員 | 1 | 1 | 1 | 1.4 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.24 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | 0.24 |
| 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 |
| ※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 | 6 | 3 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 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 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 1 | | 1 |
| 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 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 1 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】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 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) | : 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 2 なし | | | |
|---------------|----------|------|--------|---------|-----------|-----|--|--|
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | |
| | | | 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 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 2 | 2 | 1 | 2 | | | | |
| に業務に従事した職員の人数 | 1年未満 | 1 | 3 | 1 | 1 | | | |
| | 1年以上 | | 3 | 2 | | | | |
| | 3年未満 | | | | | 1 | | |
| | 3年以上 | | 2 | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|--|---|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし | | | | | | | |

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 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 | | |
| | 3 終身建物賃貸借方式 | | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 | | |
| 年齢に応じた金額設定 | 4 選択方式 | 1 全額前払い方式 | |
| | ※該当する方式を全て選択 | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 | | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 大幅な物価の変動が生じた時 | |
| | 手続き | 運営懇談会で協議 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例（介護保険負担割合1割の場合）】

| | | プラン 1 | プラン 2 |
|------------------|-------------------|--|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護 2 | 要介護 4 |
| | 年齢 | 75 歳 | 85 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.27 m ² | 18.09 m ² |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 入居時点での必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 |
| 月額費用の合計 | | 225,247 円 | 231,513 円 |
| 家賃 | | 75,000 円 | 75,000 円 |
| サ ー ジ 介 | 特定施設入居者生活介護の費用 ※1 | 19,247 円 | 25,513 円 |
| | 食費 ※3 | 64,500 円 | 64,500 円 |

| | | | |
|--|--------|----------|----------|
| | 管理費 ※3 | 21,500 円 | 21,500 円 |
| | 共益費 | 45,000 円 | 45,000 円 |
| | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | その他 | 0 円 | 0 円 |

※ 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）

※ 3 別途消費税、別添 3 参照

（注）入居者がテレビを設置する場合は、入居者が NHK と個別に契約し、放送受信料を負担する必要がある。

（利用料金の算定根拠）

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------|---|
| 家賃 | 近隣の共同住宅及び周辺施設の家賃を勘案し算定 |
| 敷金 | 家賃の 0 ヶ月分 |
| 管理費 | 居室及び共用部の水道光熱費として、一般家庭を参考に算定 |
| 共益費 | 建物の維持管理費及び保守費等相当分 |
| 食費 | 人件費及び食材費相当分（朝 550 円、昼 690 円、おやつ 150 円、夕 760 円） ※別途消費税 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| その他のサービス利用料 | 個別の選択による代行サービスやおむつ等の販売に伴う費用 |

（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 | 別添 3 参照 |
| 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（上乗せサービス） | なし |

※ 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 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他（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 | 7人 |
| | 女性 | 19人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 21人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 3人 |
| | 要介護2 | 6人 |
| | 要介護3 | 9人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 1人 |
| | 1年以上 5年未満 | 19人 |
| | 5年以上 10年未満 | 0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 | 88.8歳 |
| 入居者数の合計 | 26人 |
| 入居率※ | 92.9% |

※ 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 | 2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 | 3人 |
| | | (解約事由の例) 特別養護老人ホームへ入居(2人) 医療機関へ入院(1人) |

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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|--------------|---------------------------|--------------|
| 窓口の名称 | 二軒茶屋翔裕館 | |
| 電話番号 | 075-781-2500 | |
| 対応している 時間 | 平日 | 9時00分～17時00分 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝祭日・年末年始(12/28-1/4) | |
| 窓口の名称 | 左京区役所健康福祉部健康長寿推進課 | |
| 電話番号 | 075-702-1069 | |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時30分～17時00分 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝祭日・年末年始 | |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供中の事故等により怪我などによる賠償 ・利用者の私物破損の賠償 ・施設の責に帰すべき事由による事象 |

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---|
| | | 2 なし |
| 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 | <input type="checkbox"/> あり | (その内容) ・受診手配及び付き添い ・救急車の手配 ・家族への電話連絡 ・加入保険による金銭補償 |
| | | 2 なし |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |

(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 | 1 あり | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし | |
| <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | | 結果の開示 1 あり 2 なし | |
| <input type="checkbox"/> なし | | | | |

9. 入居希望者への事前情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない <input type="checkbox"/> |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない <input type="checkbox"/> |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない <input type="checkbox"/> |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない <input type="checkbox"/> |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない <input type="checkbox"/> |

10. その他

| | | |
|-------|-----------------------------|--------------|
| 運営懇談会 | <input type="checkbox"/> あり | (開催頻度) 年 1 回 |
|-------|-----------------------------|--------------|

| | | | |
|--|--|-----------------------------|------|
| | 2 なし | | |
| | 1 代替措置あり (内容) | | |
| | 2 代替措置なし | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 指針の整備 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 担当者の配置 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 指針の整備 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| 業務継続計画の策定状況等 | 身体的拘束等を行う場合の様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 2 なし | | |
| | 感染症に関する業務継続計画 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 災害に関する業務継続計画 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 職員に対する周知の実施 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 定期的な訓練の実施 | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | <input type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| 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 (提携ホーム名：) | | |
| | 2 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 | 1 あり 2 なし | | |
| | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針「5. 規模及び構造設備」 | 1 あり 2 なし | | |
| | 1 あり 2 なし | | |

| | |
|---------------------------|--|
| に合致しない事項 | |
| 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 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない |
| 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 | |

添付書類：別添1（別に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）

上記の内容について、入居者に対し重要事項説明書に基づいて説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

| | | |
|------|-------------------------|-------------|
| 事業者 | 事業者名 | 株式会社サンガジャパン |
| 住 所 | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9号 | |
| 代表者名 | 代表取締役 神成 裕介 | 印 |

| | | |
|-------|---------|---------------------|
| 事業所 | 住 所 | 京都府京都市左京区静市市原町705-1 |
| 事業所名 | 二軒茶屋翔裕館 | |
| 説 明 者 | | 印 |

上記の内容について事業者から説明を受け同意し、重要事項説明書を受領しましたので以下に署名捺印致します。

[入居者氏名] 様

[説明を受けた者] 印
 [入居者との関係] ()

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービス等の種類 | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----------|--------|---|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 観月橋小規模多機能ホーム おとわ翔裕館 なぎつじ翔裕館Ⅱ号館 京都市伏見区向島立河原67-1 京都市山科区小山南溝町17 京都市山市区公沢町105 |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 観月橋グループホーム 京都市伏見区向島立河原67-1 |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 なぎつじ翔裕館Ⅰ号館 京都市山市区柳辻封シ川町43-2 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 観月橋小規模多機能ホーム おとわ翔裕館 なぎつじ翔裕館Ⅱ号館 京都市伏見区向島立河原67-1 京都市山科区小山南溝町17 京都市山市区公沢町105 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 観月橋グループホーム 京都市伏見区向島立河原67-1 |

| | | | | |
|-------------------|----|----|-------|--|
| | | | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 介護医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | なし | あり | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----|----|------|------|-------|------------------------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | 個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担) | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備考 |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | | 実費 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,500 | 週3回目以降実費（1回につき1,500円（税別）） |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 3,500 | 週3回目以降実費（1回につき1,500円（税別）） |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,000 | 協力医療機関以外は実費（30分につき2,000円（税別）） |
| 口腔衛生管理 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 実費 歯科診療費は実費 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 700 | 週3回目以降実費（30分につき700円（税別）） |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500 | 週3回目以降実費（30分につき500円（税別）） |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500 | 週3回目以降実費（30分につき500円（税別）） |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | 実費 |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 5,000 | 月額定額制（税別）で実施（週2回リネン交換） |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | 実費 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000 | 施設を中心として2km以上は実費（30分につき1,000円（税別）） |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000 | 施設を中心として2km以上は実費（30分につき1,000円（税別）） |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | | 実費 年1回実費 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,000 | 協力医療機関以外は実費（30分につき2,000円（税別）） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | 状態把握・生活相談サービス費に含む |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4：入院中の見舞い訪問は協力医療機関に限る。また病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を使用した場合には、その実費分（往復）ご請求します。

別添 3

地域密着型特定施設入居者介護施設（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 | | | | | ご契約いただいたお部屋の部屋代 |
| 管理費 | 23,650円（税込） | | | | | 居室及び共用部の水道光熱費 |
| 共益費 | 45,000円 | | | | | 建物の維持管理費及び保守費等 |
| 合計 | 143,650円 | | | | | |

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

※日割計算式：1カ月 30日とします。

(2) 介護サービス基本単位（料金）

| 介護度 | 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） | 546 | 614 | 685 | 750 | 820 | |
| ※地域加算 | 京都市=5級地 1単位=10.45円 | | | | | |
| 介護保険負担割合 | 1割 | 17,117円 | 19,247円 | 21,475円 | 25,513円 | 25,707円 |
| | 2割 | 34,234円 | 38,498円 | 42,950円 | 47,025円 | 51,414円 |
| | 3割 | 51,551円 | 57,747円 | 64,425円 | 70,538円 | 77,121円 |

※地域加算……京都市=5級地 1単位=10.45円

※介護保険自己負担額の計算式（30日で算定）

- ①介護職員等処遇改善加算（II）=（基本単位（1日）×30日+各種加算）×12.2%（小数点第一位を四捨五入）
- ②（上記①）×10.45=1カ月の介護報酬額（小数点第一位を切捨て）
- ③上記②介護報酬額×介護保険給付率 90%又は80%又は70%=介護保険給付額（小数点第一位を切捨て）
- ④上記②-③=介護保険自己負担額

1カ月あたりの自己負担額
の目安（30日として算定）
※地域加算を含みます。

(3) 加算料金

※以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

※上記自己負担額目安には下記の各種加算は含まれません。

| 該 当 <input checked="" type="checkbox"/> | 加算 | 基本 単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | 算定回数等 |
|---|----------------|----------|---------|--------|--------|--------|-----------------------------------|
| | | | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| □ | 入居継続支援加算（I） | 36 | 376円 | 38円 | 75円 | 113円 | 1日につき |
| □ | 入居継続支援加算（II） | 22 | 229円 | 23円 | 46円 | 69円 | |
| □ | 生活機能向上連携加算（I） | 100 | 1,045円 | 105円 | 209円 | 314円 | 1月につき |
| □ | 生活機能向上連携加算（II） | 200 | 2,090円 | 209円 | 418円 | 627円 | 1月につき ※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位 |
| □ | 個別機能訓練加算（I） | 12 | 125円 | 13円 | 25円 | 38円 | 1日につき |
| □ | 個別機能訓練加算（II） | 20 | 209円 | 21円 | 42円 | 63円 | |
| □ | 夜間看護体制加算（I） | 18 | 188円 | 19円 | 38円 | 56円 | 1日につき |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算（II） | 9 | 94円 | 9円 | 19円 | 28円 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 若年性認知症入居者受入加算 | 120 | 1,254円 | 125円 | 251円 | 376円 | 1日につき |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 協力医療機関連携加算（I） | 100 | 1,045円 | 105円 | 209円 | 314円 | 1月につき |
| □ | 協力医療機関連携加算（II） | 40 | 418円 | 42円 | 84円 | 125円 | 1月につき |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 口腔衛生管理体制加算 | 30 | 313円 | 31円 | 63円 | 94円 | 1月につき |
| □ | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20 | 209円 | 21円 | 42円 | 63円 | 1回につき |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 退院・退所時連携加算 | 30 | 313円 | 31円 | 63円 | 94円 | 1日につき |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 看取り介護加算（I） | 72 | 752円 | 75円 | 150円 | 226円 | 死亡日以前31日以上45日以下 |
| | | 144 | 1,504円 | 150円 | 301円 | 451円 | 死亡日以前4日以上30日以下 |
| | | 680 | 7,106円 | 711円 | 1,421円 | 2,132円 | 死亡日前2日又は3日 |
| | | 1,280 | 13,373円 | 1,338円 | 2,675円 | 4,013円 | 死亡日 |
| □ | 看取り介護加算（II） | 572 | 5,977円 | 598円 | 1,195円 | 1,793円 | 死亡日以前31日以上45日以下 |
| | | 644 | 6,729円 | 673円 | 1,346円 | 2,019円 | 死亡日以前4日以上30日以下 |
| | | 1,180 | 12,331円 | 1,233円 | 2,466円 | 3,699円 | 死亡日前2日又は3日 |
| | | 1,780 | 18,601円 | 1,860円 | 3,720円 | 5,580円 | 死亡日 |
| □ | 認知症専門ケア加算（I） | 3 | 31円 | 3円 | 6円 | 9円 | 1日につき |
| □ | 認知症専門ケア加算（II） | 4 | 41円 | 4円 | 8円 | 12円 | |
| □ | 新興感染症等施設療養費 | 240 | 2,508円 | 251円 | 502円 | 752円 | 1日につき |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100 | 1,045 円 | 106 円 | 209 円 | 314 円 | 1月につき |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10 | 104 円 | 10 円 | 21 円 | 31 円 | |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者施設等感染対策向上 加算(Ⅰ) | 10 | 104 円 | 10 円 | 21 円 | 31 円 | 1日につき |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者施設等感染対策向上 加算(Ⅱ) | 5 | 52 円 | 5 円 | 10 円 | 16 円 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 退居時情報提供加算 | 250 | 2,612 円 | 261 円 | 522 円 | 784 円 | 1回につき |
| <input type="checkbox"/> | サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 22 | 229 円 | 23 円 | 46 円 | 69 円 | 1日につき |
| <input type="checkbox"/> | サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | 18 | 188 円 | 19 円 | 38 円 | 56 円 | |
| <input type="checkbox"/> | サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | 6 | 62 円 | 6 円 | 12 円 | 19 円 | 1月につき |
| <input type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算 | 40 | 418 円 | 42 円 | 84 円 | 125 円 | |
| <input type="checkbox"/> | ADL 維持等加算(Ⅰ) | 30 | 313 円 | 31 円 | 63 円 | 94 円 | 1月につき |
| <input type="checkbox"/> | ADL 維持等加算(Ⅱ) | 60 | 627 円 | 63 円 | 125 円 | 188 円 | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 所定 単位の 128 /1000 | 左記の単位 数 ×地域区分 | 左記の 1割 | 左記の 2割 | 左記の 3割 | 基本サービス費 に各種加算減算 を加えた総単位数 (所定単位数) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 所定 単位数の 122 /1000 | 左記の単位 数 ×地域区分 | 左記の 1割 | 左記の 2割 | 左記の 3割 | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 所定 単位数の 110 /1000 | 左記の単位 数 ×地域区分 | 左記の 1割 | 左記の 2割 | 左記の 3割 | |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(IV) | 所定 単位数の 88 /1000 | 左記の単数 ×地域区分 | 左記の 1割 | 左記の 2割 | 左記の 3割 | |

■要介護度による区分はありません。(該当する場合には、要介護度に関わらず一律加算されます)

※各種加算について

- 入居継続支援加算は、入居者や職員の割合について厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出ている場合に算定します。
- 生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設の理学療法士等が、当施設を訪問し機能訓練指導員等と共同して入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。
- 個別機能訓練加算は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。
- 夜間看護体制加算（II）は、①常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。②重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。③看護職員により、または病院、もしくは診療所、もしくは訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している、場合に算定します。
- 若年性認知症入居者受入加算は、若年性認知症（40歳から64歳まで）の入居者を対象に指定（介護予防）特定施設入居者生活介護を行った場合に算定します。
- 協力医療機関連携加算（I）は、①入居者等の病状が急変した場合において、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している。②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保している。③協力医療機関との間で、入居者等の同意を得て、当該収書者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している、場合に算定します。当施設の看護職員が入居者ごとに健康状態の状況を継続的に記録し、協力医療機関や主治医に対して入居者の健康状況について、3月に1回以上情報提供している場合に算定します。
- 口腔衛生管理体制加算は、地域密着型特定施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」を月1回以上行っている場合、かつ事業所において「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」助言及び指導に基づき利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合に算定します。
- 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに、入居者の口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い、担当する介護支援専門員に栄養状態に関する情報提供を行った場合に算定します。
- 退院・退所時連携加算は、①病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から当施設に入居した場合に、当該医療施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、地域密着型特定施設サービス計画を作成し、当該地域密着型特定施設サービスの利用に関する調整を行った場合には、入居日から30日間に限って算定します。②30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居した場合は算定します。
- 看取り介護加算（I）は、①看取りに関する指針を定め、入居の際に利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。②医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定地域密着型特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行っている。③看取りに関する職員研修を行っている場合に算定します。ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間、又は、夜間看護体制加算をしていない場合は算定しません。
- 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の入居者に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。

- 新興感染症等施設療養費は、入居者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入居者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に算定します。
- 生産性向上推進体制加算は、見守り機器の導入やテクノロジーの活用などを行うことで、介護現場における生産性向上、質の確保など業務改善の促進を図った事業所に算定します。
- 高齢者施設等感染対策向上加算は、新興感染症の発生時を想定し感染対策向上加算の届出をしている医療機関との連携を整備し、実施指導や研修などを規定回数以上受けた場合に算定します。
- 退居時情報提供加算は、医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して、入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者1人につき1回に限り算定します。
- サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して指定（介護予防）特定施設入居者生活介護を行った場合に算定します。
- 科学的介護推進体制加算は、LIFEを活用し入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、利用者の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出することにより算定します。
- ADL維持等訓練加算は、BI研修を受け適切に評価できる者が、入居者（要介護者）のADL（日常生活動作）の評価を行い、一定の条件のもと LIFEを活用し厚生労働省に提出することで算定します。
- 介護職員等処遇改善加算は、介護職員をはじめとする介護事業所で働く職員の賃金向上や職場改善の取り組みを行う事業所に認められる加算です。（I）～（IV）4区分あり、①事業所内の経験・技能ある職員を充実させ一定割合以上配置していること②総合的な職場環境改善による職員の定着促進③資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備④介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップなど、必要な要件を満たし算定します。区分支給限度基準額の対象外となります。
- 地域区分別の単価(5級地 10.45円)を含んでいます。

(3) 食費

食費は召し上がる分のみの実費負担となります。

| | 金額 | 備考 | 1ヶ月あたりの目安（30日として算定） |
|-----|-----------------|--------|------------------------|
| 朝食 | 550円（税込594円） | 軽減税率8% | |
| 昼食 | 690円（税込745円） | 軽減税率8% | |
| おやつ | 150円（税込162円） | 軽減税率8% | |
| 夕食 | 760円（税込836円） | 消費税10% | |
| 合計 | 2,150円（税2,337円） | | 64,500円 (税込70,110円) |

(4) 医療費・おむつ代・消耗品等

実費負担となります

(5) 保険外サービスリネンレンタル

リネン交換は週2回まで、3回目以降は別途500円かかります。(別添2参照)

リネン交換(洗濯・補充)の基準

| 品名 | 回数 | 洗濯・補充の基準 |
|---------|--------|----------|
| 掛布団 | 1年に1回 | 洗濯交換 |
| 毛布 | 1年に1回 | 洗濯交換 |
| ベッドパッド | 1年に1回 | 洗濯交換 |
| 枕 | 1年に1回 | 洗濯交換 |
| 掛け布団カバー | 1週間に1回 | 洗濯交換 |
| シーツ | 1週間に1回 | 洗濯交換 |
| 枕カバー | 1週間に1回 | 洗濯交換 |

上記の洗濯・補充基準以外に交換する各種品名別ご料金

| 品名 | 金額 | 品名 | 金額 | 品名 | 金額 |
|-----|--------|--------|------|-------|------|
| 掛布団 | 1,815円 | ベッドパッド | 825円 | 防水シーツ | 215円 |
| 毛布 | 990円 | 枕 | 660円 | | |

(6) 敷金

不要です