

## 登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 大阪市北区堂島2丁目2番2号  
 商号、名称又は氏名 株式会社ケア21  
 代表取締役 依田 雅

代理人 所属 尼崎市塚口本町一丁目30番1号  
 職名及び氏名 介護付有料老人ホーム  
 プレザンメゾン塚口 管理者

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条(及び老人福祉法第29条第5項)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

特定施設入居者生活介護の提供に当たって、事業所の生活相談員等は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等のそのほかの日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う事により、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来るよう援助を行う。  
 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

## 1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ぷれざんめぞんつかぐち 介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口
所在地	(住居表示※) 尼崎市塚口本町一丁目30番1号
利用交通手段	■ 1. 電車 ( 阪急 神戸線 塚口 駅から 徒歩 で 5分 ) □ 2. その他 ( )
住宅に関する 権原	□ 1. 所有権 ■ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 2016年2月1日から 2041年1月31日まで
施設に関する 権原	□ 1. 所有権 ■ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 2016年2月1日から 2041年1月31日まで
敷地に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 地上権 ■ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 期間 2016年2月1日から 2041年1月31日まで

※住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

## 2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	■ 法人 □ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃけあにじゅういち 株式会社ケア21	
住所 (法人にあっては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号 530-0003 ) 大阪市北区堂島2丁目2番2号 電話番号 06-6456-5633	
法人の役員	別添1のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	商号、名称 又は氏名 (ふりがな)	
	住所(法人に あっては主たる 事務所の所在 地)	(郵便番号 ) 電話番号
	法人の役員	別添2のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃけあにじゅういち 株式会社ケア21		
事務所の所在地	(郵便番号 530-0003 ) 大阪市北区堂島2丁目2番2号	電話番号	06-6456-5633

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	100 戸	入居定員	100 人
居住部分の規模	(最小)	21.3 m <sup>2</sup>	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	22.0 m <sup>2</sup>		
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	構造	鉄筋コンクリート 造	階数	4 階建
竣工の年月	2015 年 12 月 20 日			
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している			
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている			
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている			

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> その他		
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	利用権方式		
終身賃貸事業者の事業の認	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている		
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると市長が認める者)(「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)		
入居対象者	<input type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者		
	留意事項	<input type="checkbox"/> 原則として満65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 要介護の認定を受けている方 <input type="checkbox"/> 複数入居者における共同生活を営むことに概ね支障の無い <input type="checkbox"/> 著しい自傷他傷の恐れがない方 <input type="checkbox"/> 常時医療的処置を必要としない方 <input type="checkbox"/> 身元引受人を定められる方 <input type="checkbox"/> 当施設入居契約等をご承諾いただける方	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり		
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項	契約書第11条、第12条、第13条
		解約予告期間	1ヶ月
	入居者からの解約予告期間		

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期※	2016 年 2 月 1 日から
---------	------------------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態		提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり
	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	約 円	
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 59,070 円	
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 2,700 円	
家賃の概算額	(最低) 約	89,000 円		住戸ごとの内容は、別添3のとおり	
	(最高) 約	89,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約	31,000 円			
	(最高) 約	31,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約	円	家賃の	月分	
	(最高) 約	円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	家賃相当額・管理費を徴収				
家賃等の費用の改定	条件	経済事情の変動、公租・公課の増額、人件費等を勘案			
	手続	利用料の改訂にあたっては運営懇談会に諮ることとします。その他、法改正に伴う料金変更においては、書面による通知に代えさせていただきます。			
前払金※有無	<input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可 ] <input checked="" type="checkbox"/> なし				
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円	
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃				
	サービス提供の対価				
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等				
	入居後3箇月を超えた契約解除等				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで				
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)				
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他( )				
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号( 2873011270 ) <input type="checkbox"/> 指定を受けていない				
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号( ) <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない				
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号( 2873011270 ) <input type="checkbox"/> 指定を受けていない				
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)				

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

特定施設入居者生活介護等の費用(該当する場合のみ)

特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合) ※	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	詳細については、別添5のとおり
要支援1	7,100 円	14,200 円	21,300 円	
要支援2	11,558 円	23,116 円	34,674 円	
要介護1	19,755 円	39,510 円	59,264 円	
要介護2	22,053 円	44,106 円	66,158 円	
要介護3	24,454 円	48,908 円	73,362 円	
要介護4	26,683 円	53,366 円	80,049 円	
要介護5	29,050 円	58,100 円	87,150 円	

特定施設入居者生活介護等の加算の対象となるサービスの体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<b>自治体様式に令和6年度介護報酬改定後の内容が反映されていないため、項目や単位数は「(介護予防)特定施設入居者生活介護 重要事項説明書」記載の内容に準じます。</b>	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	介護・看護職員の配置率	:	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		上乗せ介護費(月額)	円	

利用者の個別選択によるサービスの費用 **専有部のNHK等の受信料は個人負担。**その他は別添4のとおり

※ 身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を含まない金額を記載すること。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容(契約事項)	
管理業務の委託先	
商号、名称又は氏名	(ふりがな)
住所(法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号
修繕計画	
計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	10年ごとに防水工事及び外壁改修工事 令和10年 頃実施予定
その他計画的な修繕予定	必要に応じて経年劣化によるものを取替え

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力(該当する場合のみ)

協力医療機関	
医療機関 の名称	(ふりがな) あいわびょういん アイワ病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 661-0953 ) 尼崎市東園田町4-101-4 電話番号 06-6499-0888
診療科目	内科ほか
連携又は協力 の内容	救急の受入れ
医療機関 の名称	(ふりがな) あまがさきしんとしんびょういん 尼崎新都心病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 661-0976 ) 尼崎市潮江1-3-43 電話番号 06-6493-1210
診療科目	内科ほか
連携又は協力 の内容	救急の受入れ
医療機関 の名称	(ふりがな) こんどうびょういん 近藤病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 660-0881 ) 尼崎市昭和通4-114 電話番号 06-6411-6181
診療科目	内科ほか
連携又は協力 の内容	救急の受入れ
医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんこうじゅかい なかじまホームクリニック 医療法人幸樹会 なかじまホームクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 659-0025 ) 芦屋市浜町10-5 メインステージ芦屋浜町1F 電話番号 0797-25-1985
診療科目	内科
連携又は協力 の内容	訪問診療
医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんけいしゅんかい いたみほーむくりにつく 医療法人慶春会 いたみホームクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 664-0858 ) 伊丹市西台1-1-1 伊丹阪急駅ビル リータ5階 電話番号 072-770-2525
診療科目	内科ほか
連携又は協力 の内容	訪問診療
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんきづきかいきづきしかくりにつく 医療法人社団 気づき会 西宮気づき歯科クリニック
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 662-0812 ) 兵庫県西宮市甲東園1丁目1番6-112号 電話番号 0798-54-0753
連携又は協力 の内容	訪問歯科

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

高齢者の居住安定確保に関する基本方針(平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号)に従い適切に管理します。

11.その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容( ) <input type="checkbox"/> なし			
居住部分(住戸)の変更に関する事項※  ※住み替えを行っていない場合は、記入不要	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 内容( )		
	変更をお願いする判断基準の内容			
	変更をお願いする手続の内容			
	居住部分を利用する権利の取扱い			
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更
便所の変更		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
洗面の変更		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
浴室の変更		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	内容( )	
職員体制	別添6のとおり			
入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称	介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口		
	電話番号	06-6421-6221		
	対応している時間	平日	9:00-18:00	
		土曜日	-	
		日曜・祝日	-	
	定休日	土日、国民の祝日、12/30-1/3、8/13-8/17		
	窓口の名称	株式会社ケア21 C&E支援部		
	電話番号	06-6456-5633		
	対応している時間	平日	9:00-18:00	
		土曜日	-	
		日曜・祝日	-	
	定休日	土日、国民の祝日、12/30-1/3、8/13-8/17		
	窓口の名称	尼崎市健康福祉局福祉部法人指導課		
	電話番号	06-6489-6322		
	対応している時間	平日	8:45~17:30	
		土曜日	-	
日曜・祝日		-		
定休日	土日、国民の祝日、12/29~1/3			
窓口の名称	兵庫県国民健康保険団体連合会			
電話番号	078-332-5617			
対応している時間	平日	8:45~17:15		
	土曜日	-		
	日曜・祝日	-		
定休日	土日、国民の祝日、12/29~1/3			

緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応	看護師指示による（オンコール含む）		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	カンファレンス、身元引受人への相談、行政報告		
	事故発生時の対応	看護師指示による（オンコール含む）		
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容（損害保険ジャパン株式会社：賠償責任保険(居宅介護事業者)） <input type="checkbox"/> なし		
防火体制	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	消防計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	避難訓練	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (年 2 回実施)
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日（運営懇談会） 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし		
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度（年2回） 構成員（ ） <input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況		<input type="checkbox"/> あり 実施日（ ） 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 評価機関名（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし		
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
	管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
	事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
	財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
	財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成		
尼崎市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項				

入居者の状況	(記入日： 年 月 日現在)		登録戸数(a)	戸	入居戸数(b)	戸	入居率(b/a)	%	
			入居定員(c)	人	入居者数(d)	人	充足率(d/c)	%	
	入居者の内訳	性別	男性	人	女性	人			
		年齢別	～59歳	人	60～64歳	人	65～74歳	人	
			75～84歳	人	85歳～	人	平均年齢	人	歳
		要介護等状態区分別	自立	人	要支援1	人	要支援2	人	
			要介護1	人	要介護2	人	要介護3	人	
			要介護4	人	要介護5	人			
	入居期間別	6箇月未満	人	6箇月以上1年未満	人	1年以上5年未満	人		
		5年以上10年未満	人	10年以上15年未満	人	15年以上	人		
前年度における退去者の状況	退去先別の人数		自宅	人	社会福祉施設等	人	医療機関	人	
			死亡	人	その他	人	合計	人	
	生前解約の状況	事業者側からの申し出	人	解約事由の例					
		入居者側からの申し出	人	解約事由の例					

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条(及び老人福祉法第29条第5項)に基づく書面による説明を受けました。

(説明を受けた者)

年 月 日

借主(乙) 住所  
氏名

代理人 住所  
氏名  
乙との続柄

## 役員名簿

(登録申請者が法人である場合に作成)

(ふりがな) 氏名	役名等
よだ まさし 依田 雅	代表取締役
よだ たいら 依田 平	代表取締役
はやま かつひろ 端山 勝博	取締役
いしかわ じゅんいち 石川 淳一	取締役
はなおか けんたろう 花岡 健太郎	取締役
ふかがい とおる 深貝 亨	取締役
おくだ たかし 奥田 隆司	監査役
えんどう あきお 遠藤 昭夫	監査役
おくだ たかし 奥田 隆司	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

別添3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等※1

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※2						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	21.25	×	○	○	×	×	○	96	101-103、105-108、 110-113、115-118、 201-203、205-213、 215-221、223、225- 231 301-303、305-313、 315-321、323、325- 331 401-403、405-413、 415-421、423、425- 431	89,000
1	21.96	×	○	○	×	×	○	4	109、222、322、422	89,000

※1:住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。

※2:構造及び設備欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所※	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	9	124.87	1階～4階	100	
台所兼 談話コー ナー	3	144.69	2階～3階	100	
食堂兼 機能訓練 室	1	157.20	1階	100	
共用便所	5	19.58	1階～4階	100	
収納設備					

※整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

3. 専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっての留意事項

--

別添4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する				
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号				
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等					
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人
			合計		人員	人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 <input type="checkbox"/> (所在地)					
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )					
常駐する時間	日中	6時 0分 ~ 21時 0分		人員	人	
	上記以外の時間	21時 0分 ~ 6時 0分		人員	人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	毎食事時の声掛けによる安否確認、夜間巡回による安否確認				毎日	1回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)					
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時 0分 ~ 24時 0分			
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各居室ナースコール				
	通報先	事務所及びスタッフ詰所		通報先から住宅までの到着予定時間	1分	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	円	前払金の		
	前払金	約	0円	算定方法		
備考						

※：サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input checked="" type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) <b>かぶしきがいしゃおいしいりょうり</b> <b>株式会社 美味しい料理</b>	
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 530-0003 ) <b>大阪市北区堂島2丁目2番2号近鉄堂島ビル10F</b> 電話番号 06-6456-5626	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号 661-0001 ) <b>尼崎市塚口本町1丁目30番1号</b> 電話番号 06-6421-6221	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない ( )	
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 59,070 円	内訳 朝食 378 円 昼食 889 円 夕食 702 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考	間食代108円(税抜100円)は昼食代に含み表記しています。 各部屋の配膳、下膳は無料です。 欠食及び追加の場合は、5日前までに通知が必要です。		

※: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	円
	前払金	約	0円
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)		前払金の 算定方法	
サービスの種別	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※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)	
食事介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
排泄介助・ おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
おむつ代		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 <b>実費</b> 円 /	
入浴(一般浴) 介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 <b>2,750</b> 円 / 回	
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 <b>5,500</b> 円 / 回	
身辺介助(移 動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
通院介助	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 <b>2,750</b> 円 / 月	
備考	週3回以上の入浴時には以下の料金は発生します。 一般浴:2,750円(税抜2,500円)/回 特浴:5,500円(税抜5,000円)/回 通院介助は、協力医機関を除きます。		

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号		
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号		
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の 算定方法		
	前払金	約	0円			
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)						
サービスの種別	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※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等	
調理	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
買物代行※4	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含	<input type="checkbox"/> 都度	円 /
備考						

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に利用できる範囲を記入する。

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 )	電話番号
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 円	
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)			
サービスの種別	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※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)	提供回数等
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
血圧等の測定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
定期検診	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
通院の 付き添い※4	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 2,750 円 / 月	
入退院の 付き添い※4	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
生活指導・ 栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度 実費 円 /	年1回
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /	
備考	通院介助・付添は協力医療機関を除く。		

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に付き添いの範囲を記入する。

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
		内容	書類作成補助、クリーニング取次、新聞等取次、大型ごみ収集取次		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	円	前払金の	算定方法
	前払金	約	円		
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)					
サービスの種別	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※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
備考	介護保険サービス以外で行う場合には別途実費料金になります。				

※1: サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

特定施設入居者生活介護等の月額費用算定表(介護保険給付対象分)

(特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)の指定を受けている場合で作成)

入力センター

住宅所在市町	尼崎市
地域区分	5級地
1単位の単価	10.45円

※1箇月 30 日の場合

1. 月額費用

要介護 状態区分	基本単位数		加減算 単位数の計 (注) B	介護職員処遇 改善加算単位数 C=(A+B)*加算率	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 D=(A+B)*加算率	総単位数 E=A+B+C+D	総費用額 F=E*1単位の単価	利用者負担額 (1割) G=F-F*90/100	利用者負担額 (2割) H=F-F*80/100	利用者負担額 (3割) I=F-F*70/100
要支援1	(183単位/日)	5,490単位	720単位	509単位	75単位	6,794単位	70,997円	7,100円	14,200円	21,300円
要支援2	(313単位/日)	9,390単位	720単位	829単位	121単位	11,060単位	115,577円	11,558円	23,116円	34,674円
要介護1	(542単位/日)	16,260単位	1,020単位	1,117単位	207単位	18,901単位	197,546円	19,755円	39,510円	59,264円
要介護2	(609単位/日)	18,270単位	1,020単位	1,582単位	231単位	21,103単位	220,526円	22,053円	44,106円	66,158円
要介護3	(679単位/日)	20,370単位	1,020単位	1,754単位	257単位	23,401単位	244,540円	24,454円	48,908円	73,362円
要介護4	(744単位/日)	22,320単位	1,020単位	1,914単位	280単位	25,531単位	266,830円	26,683円	53,366円	80,049円
要介護5	(813単位/日)	24,390単位	1,020単位	2,084単位	305単位	27,799単位	290,499円	29,050円	58,100円	87,150円

(注)若年性認知症入居者受入加算 栄養スクリーニング加算 退院・退所時連携加算 看取り介護加算及び78介護職員

自治体様式に令和6年度介護報酬改定後の内容が反映されていないため、  
項目や単位数は「(介護予防)特定施設入居者生活介護 重要事項説明書」記載の内容に準じます。

生活機能向上連携加算	あり	(200単位/月) または (100単位/月)	100単位	※個別機能訓練加算なしの場合は200単位/月、同加算ありの場合は100単位/月
個別機能訓練加算	あり	(12単位/日)	360単位	
夜間看護体制加算	あり	(10単位/日)	300単位	※要介護者のみ
医療機関連携加算	あり	(80単位/月)	80単位	
口腔衛生管理体制加算	なし	(30単位/月)		
認知症専門 ケア加算	(I) なし	(3単位/日)		
	(II) なし	(4単位/日)		
サービス 提供体制 強化加算	(I)イ なし	(22単位/日)		
	(I)ロ なし	(12単位/日)		
	(II) なし	(18単位/日)		
	(III) あり	(6単位/日)	180単位	

加算種別	算定	加算単位数
介護職員 処遇改善 加算	(I) あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×8.2%
	(II) なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×6.0%
	(III) なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%
	(IV) なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×90/100
	(V) なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×80/100

加算種別	算定	加算単位数
介護職員等 特定処遇 改善加算	(I) なし	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.8%
	(II) あり	(基本単位数+加減算単位数の計)×1.2%

2. 若年性認知症入居者受入加算を算定する場合の追加費用

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数 J	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 K=J*加算率	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 L=J*加算率	合計単位数 M=J+K+L	費用額 N=M*1単位の単価	利用者負担額 (1割) O=N-N*90/100	利用者負担額 (2割) P=N-N*80/100	利用者負担額 (3割) Q=N-N*70/100
若年性認知症入居者受入加算	あり	(120単位/日)	3,600単位	295単位	43単位	3,938単位	41,152円	4,116円	8,231円	12,346円

3. 栄養スクリーニング加算を算定する場合の追加費用(実施月のみ・6月に1回を限度)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数 R	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 S=R*加算率	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 T=R*加算率	合計単位数 U=R+S+T	費用額 V=U*1単位の単価	利用者負担額 (1割) W=V-V*90/100	利用者負担額 (2割) X=V-V*80/100	利用者負担額 (3割) Y=V-V*70/100
栄養スクリーニング加算	なし	(5単位/回)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

4. 退院・退所時連携加算を算定する場合の追加費用(要介護者・入居から30日以内のみ)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数 A'	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 B'=A'*加算率	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 C'=A'*加算率	合計単位数 D'=A'+B'+C'	費用額 E'=D'*1単位の単価	利用者負担額 (1割) F'=E'-E'*90/100	利用者負担額 (2割) G'=E'-E'*80/100	利用者負担額 (3割) H'=E'-E'*70/100
退院・退所時連携加算	あり	(30単位/日)	900単位	74単位	11単位	985単位	10,293円	1,030円	2,059円	3,088円

5. 看取り介護加算を算定する場合の追加費用(要介護者・死亡月のみ)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数 I'	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 J'=I'*加算率	介護職員等特定処 遇改善加算単位数 K'=I'*加算率	合計単位数 L'=I'+J'+K'	費用額 M'=L'*1単位の単価	利用者負担額 (1割) N'=M'-M'*90/100	利用者負担額 (2割) O'=M'-M'*80/100	利用者負担額 (3割) P'=M'-M'*70/100
看取り介護加算	あり	死亡日以前4日 以上30日以下 (144単位/日)	3,888単位							
		死亡日の前日 及び前々日 (680単位/日)	1,360単位							
		死亡日 (1280単位/日)	1,280単位							
		最大	6,528単位	535単位	78単位	7,141単位	74,623円	7,463円	14,925円	22,387円

### 職員体制

(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成、  
同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

#### 1. 職種別の職員数

	職員数(実人数)※1		常勤換算人数 ※1※2※3	兼務している職種及び人数
	合計	常勤		
管理者	1	1	1.0	
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
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※3			40時間	

※1:業務を委託する場合、委託先の職員についても記載。

※2: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。

※3: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。

#### 2. 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		
実務者研修修了者		
初任者研修修了者		
介護支援専門員		

#### 3. 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		
言語療法士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		
はり師		
きゅう師		

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	21時 00分 ~ 6時 00分		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)	兼務している職種及び人数
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)			
看護職員			
介護職員	4	4	

5. 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等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※	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	:
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	ホームの職員数	
	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	

※: 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

6. 職員の状況

管理者	職名・氏名	管理者					
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	業務に係る資格	<input checked="" type="checkbox"/> あり    資格の名称	<input type="checkbox"/> なし				
区分		看護職員		介護職員		生活相談員	
		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							
前年度1年間の退職者数							
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数							
1年以上3年未満の者の人数							
3年以上5年未満の者の人数							
5年以上10年未満の者の人数							
10年以上の者の人数							
区分		機能訓練指導員		計画作成担当者			
		常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数							
前年度1年間の退職者数							
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数							
1年以上3年未満の者の人数							
3年以上5年未満の者の人数							
5年以上10年未満の者の人数							
10年以上の者の人数							
職員の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

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  
重要事項説明書

1 事業者

事業者名称	株式会社 ケア21
代表者	代表取締役 依田 雅
本社所在地 (連絡先)	〒530-0003 大阪市北区堂島2丁目2番2号 Tel 06-6456-5633(代表) Fax 06-6456-5642
ホームページアドレス	https://care21.co.jp

2 事業所

事業所名称	介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口
所在地	〒661-0001 兵庫県尼崎市塚口本町一丁目30番1号
連絡先	Tel 06-6421-6221 Fax 06-6421-6521
居室・定員数	100室・100名
開設年月	2016(平成28)年2月1日
指定事業所番号	2873011270

3 事業の類型等の表示

類型	介護付有料老人ホーム 一般型特定施設入居者生活介護(混合型) サービス付高齢者向け住宅
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払い方法	前払い方式+月払い方式 口座振替※但し、入居前費用は指定口座への振込となります。
入居時の要件	要支援・要介護
居室区分	個室100室
職員体制	3:1以上 要介護者及び要支援者 3.0名に対して職員1人以上の割合で職員が介護に当たります。

4 事業の目的および運営方針

事業の理念	自分らしく、楽しく、生きる『幸せな生活』 自己選択：自ら選択できる環境づくりの提供 生活向上：やりたいことを引き出し実現するための身体づくりと環境づくりの提供 社会参加：開かれた活動行事に参加ができる環境づくりの提供
事業の目的	株式会社ケア21が設置する介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口 (以下、「事業所」という。) において実施する指定(介護予防)特定施設入居者生活介護事業 (以下、「事業」という。)

	<p>の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定めることにより、指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の円滑な運営を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供を確保することを目的とする。</p>
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 この事業所が実施する事業は、利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練、通院時及び退院後の療養上の世話を行う事により、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援します。</li> <li>2 事業の実施に当っては、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとします。</li> <li>3 事業の実施に当っては、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。</li> <li>4 サービスの提供は、個別の特定施設サービス計画を作成し、利用者の同意のもとに実行します。</li> <li>5 利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し、予め本人の同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法 の精神に立って、個人情報の管理等に努めます。</li> </ol>

## 5 職員体制と職務内容

職種	主な職種内容
管理者	事業所全体の管理・運営
生活相談員	生活、介護全般に関する相談・援助
計画作成担当者	「介護サービス計画」の作成
看護職員	健康管理
機能訓練指導員	心身機能の維持向上のための訓練実施
介護職員	介護サービス全般の提供
栄養士/外部委託	食事メニュー作成、栄養管理
調理員/外部委託	調理全般
事務職員	電話応対、庶務
清掃職員	事業所内装に係る清掃

## 6 入居条件

- (1) 契約時に 65 歳以上の介護保険被保険者である方
- (2) 要介護又は要支援の認定を受けている方
- (3) 常時又は随時介護及び支援が必要な方
- (4) 常時医療措置を必要としない方
- (5) 感染症に罹患しておらず、他利用者に感染させる恐れのない方
- (6) 自傷他害行為なく、共同生活が可能なる方
- (7) 身元引受人を定められる方

(8) 契約書、重要事項説明書を理解し同意いただける方

## 7 身元引受人の条件

- (1) 利用者全ての債務を連帯して履行の責を負う
- (2) 契約終了時の利用者の身柄引き取り
- (3) 利用者の治療等に関し、医療機関から同意を求められた際に利用者に変更手続きを行う
- (4) 利用者の退去時に伴う残置物の処理
- (5) 契約終了時に返還金が発生した際、返還金の受領に関する手続き

## 8 共用部、居室の利用方法

事業所の建物及び付帯設備を安全に管理し、良好な環境を維持するため、施設の使用にあたっては以下の事項をお守りいただきます。

### (1) 共用部

施設名	利用時間	利用方法
食堂兼 機能訓練室	7：30～8：30 朝食 11：30～12：30 昼食 17：30～18：30 夕食	食事の時間は左記の通りです。 機能訓練及びレクリエーションは左記の時間以外でもご利用いただけます。
機械浴室	10：00～17：00	各介護職員の介助により入浴できます。
個浴室	10：00～17：00	各介護職員の介助又は見守りにより、入浴できます。見守り無に入浴される際は、お申し出ください。
洗濯室	随時	家庭用洗濯機をご用意しています。
談話室	随時	日中活動時間中に他者との交流等でご活用ください。
相談室	10：00～17：00	生活相談員等により日常生活のご相談を承ります。
駐車場		来訪者等がご使用の場合は事務室スタッフにお申し出ください。

### ①火災予防

館内は禁煙です。火災等の非常時には、エレベーターは停止して使用できません。避難用として、屋外階段が設置され、各階から出ることができます。屋外階段には、私物等避難の妨げとなる物を置くことのないようお願いいたします。

年2回避難訓練を行いますのでご参加下さい。

### ②防犯

外部からの来訪者がある場合は、事務室、またはスタッフまでお申し出下さい。不審者を見かけたときは、すぐスタッフにお申し出下さい。

高額な貴重品、現金は事業所に持ち込まないでください。紛失時は事業者及び事業所は一切責任を負いません。

### (2) 居室

#### ①火災予防

施設内は冷暖房の設備を完備していますが、居室内で追加の暖房器具を必要とされている場合は、電気式の安全な暖房器具をお使いになるようお願いいたします。居室内は禁煙です。

#### ②災害時の心構え

地震発生時は、あわてて廊下、階段等に飛び出すことはかえって危険です。大きな地震のときは落ち着いて行動し、クッションなどで身体を保護するようにして下さい。

居室で出火した場合は、ナースコールでスタッフルームに通報して下さい。居室にはスプリンクラーが設置されており、火災発生の際には自動的に作動します。

また、火災発生時には、スタッフにより避難誘導をいたしますので、落ち着いて行動して下さい。消防署の指導によりバルコニー、廊下、階段等に物を置かないようお願いいたします。事業所は非常災害に備え計画を策定します。計画に基づき定期的に訓練を行います。事業所外へ避難を行う際は職員の誘導の指示に従ってください。

#### ③バルコニーの使用

バルコニーは火災時の避難用通路をかねております。物を置く、洗濯物を干す等避難の妨げとなるようなことはご遠慮下さい。

#### ④ゴミ処理

地域の定める分別方法にご協力下さい。居室及び共用施設の清掃は、スタッフにて行いますが、清潔保持にご協力をお願いします。

#### ⑤防音

大音量によるテレビ、ステレオ等の使用は他の利用者に迷惑をかける恐れがあります。お互いに他の利用者の生活を侵さないようご配慮下さい。

#### ⑥居室の修理、造作、模様替え

居室の模様替え（居室の造作の改造等を含む）を行いたい場合は、事前に事業所にご相談下さい。事業所は適否を判断します。

#### ⑦緊急時の対応等

緊急時には、居室内及び共用施設に設置してあるナースコールを押して通報して下さい。通報があり次第、職員が速やかに対応します。

### （3）建物利用の注意事項

建物設備は共同生活に使用し、賃貸借形式となっています。故意又は過失により修繕費用が必要となった場合、事業者は利用者とその費用を請求します。以下のような事例が想定されます。

- ・トイレのつまりによる修繕費用
- ・壁紙汚損による張り替え費用

### （4）衛生管理

①建物設備の衛生管理、室温管理、また、建物設備に付帯する各種備品類についても清潔保持に努め、感染症、食中毒の発生を未然に防止します。利用者のみならず、ご家族様等外部来訪者におかれましても、衛生管理にご協力いただきます。

②これらの措置を講じるにあたり、事業所内で感染症対策委員会を開催し、衛生管理、食

中毒、及び感染症に対する指針を定め、日常的な研修、訓練に努め定期的に見直します。  
また、保健所の助言、指導を求めるとともに密接な連携を保ちます。

③事業所内外の感染症、食中毒など発生状況により、建物設備の利用方法、介護サービスの内容、外部来訪者の対応を変更します。この場合は速やかにその措置を通知します。

## 9 運営懇談会

- (1) 運営懇談会は、事業所の健全な運営と、利用者の快適で心身とも充実した生活を実現するために、必要な事項について、意見を交換する場として設けます。
- (2) 運営懇談会は事業者を代表する役員等、事業所を代表する役職員及び利用者、利用者家族、身元引受人の代表者により構成されます。
- (3) 運営懇談会は、原則として年2回開催します。但し、定例ほか、事業所と利用者の双方が必要と認めた場合は、臨時懇談会を随時開催するものとします。
- (4) 議題は以下の通りとします。
  - ①事業者、事業所の運営状況、利用者の状況、要介護者等の状況、サービスの提供状況、管理費、食費の収支の内容、職員の人員配置等についての状況
  - ②管理費、食費その他のサービス費用及び利用料の改定
  - ③契約、重要事項説明書に記載する諸規則の改定
  - ④利用者の意向の確認や意見交換
  - ⑤その他特に必要と認められた事項
- (5) 懇談会の進行は事業所側にて行います。
- (6) 懇談会の議事については、開催の都度、双方の発言の記録を作成し公開します。

## 10 サービス内容と料金および利用料について

### (1) 介護保険サービス内容

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士が献立を立て食事を提供します。 (但し、食材料費は給付対象外です。)</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。</li> <li>・体調又は利用者の希望により、居室での食事を行う場合があります。</li> </ul>
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じた適切な排せつの介助、排せつの自立にむけた援助を行います。</li> <li>・おむつを使用する方に対しては適時に交換します。</li> <li>・おむつは実費負担となります。</li> </ul>
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回の入浴または清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴槽を使用した入浴も可能です。</li> <li>・体調不良等、入浴できない方について、清拭等により対応させていただきます。</li> <li>・週3回以上頻回に入浴を希望される方は別途料金を頂く場合があります</li> </ul>

	ます。
着替え等の介助	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
車椅子の移乗介助	ベッドから車椅子、車椅子から車両等、移動に制限がかからないように対応させていただきます。
巡回、安否確認	日中時間帯（6：00～21：00）に4回程、夜間時間帯（21：00～6：00）に4回程、安否確認を行います。（2時間毎） 睡眠時見守りシステムが設置されている場合、システムを活用し安否確認の代わりとします。
生活相談	日常生活における悩み事等、生活相談員が対応させていただきます。
健康管理	看護職員が主治の医師と連携し、日常の健康管理を行います。
居室内清掃	週2回程日常清掃を行います。シーツ交換は週1回程行います。年1回大掃除を行います。
洗濯	利用者の状況に応じ対応
書類作成の援助	日常生活における手紙文等、書類作成の援助をします。専門家に依頼される際は、別途実費負担となります。
機能訓練	機能訓練指導員により、身体の状態に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
レクリエーション行事	施設行事計画に沿ったレクリエーション行事を企画します。

料金は、「別表 介護保険給付費用」をご確認ください。

(2) その他付加、選択サービス

種類	内容	利用料
行政手続の代行	市、区役所での書類の申請交付、申請手続き等を代行	実費（交通費等）
理美容サービス	委託業者実施する出張理美容をご利用いただけます。	実費負担
入浴の介助	週3回目以上の一般浴での入浴の場合	2,750円(税抜2,500円)/回
	週3回目以上の機械浴での入浴の場合	5,500円(税抜5,000円)/回
付添、送迎	遠隔地の病院への通院等にかかる付添、送迎サービス。	2,750円/1時間あたり（税抜2,500円）
治療食・特別食	慢性病等のため又は一時的に治療食の必要な方には医師の指示を受けて治療食を、お祝い事等には、要望、予算に応じ特別食を提供します。	応相談
慢性疾患管理	かかりつけ医が定期的に往診し、利用者の状態に応じて必要な処置を行います。	実費負担
定期健康診断	かかりつけ医、又は自治体を実施する定期健康診断を利用して定期的に健康管理	実費負担

	を行います。	
服薬支援	提携薬局の薬剤師による服薬管理指導、事業所内で薬の保管を行います。	実費負担
文書作成	専門家による文書作成	実費負担
金銭管理	日常生活で利用する嗜好な費用の現金預かり。原則、利用者、家族等に管理して頂きますが、利用者が希望し、事業所が必要と認めた場合対応します。	徴収しない
大型、特殊ごみの収集	通常のごみ収集で対応できない大型、特殊ごみの処理費用となります。 なお、退居後、残置物を引き取らず事業者が処理をした場合、その費用は請求対象となります。	実費負担

その他の内容、費用は「別表 介護保険給付外費用」をご確認ください。

### (3) 料金の請求方法

サービスを利用していただいた場合、翌月20日までに届ける請求書により、前月分の利用料等を請求いたします

### (4) 料金の支払方法

利用料は次の何れかの方法によりお支払いいただきます。

①口座自動振替によるお支払い(振替手数料は不要です。)

※原則、請求月の28日に口座引落としさせていただきます。

②事業者指定口座への送金によるお支払い(振込手数料が必要です。)

※入居前費用は、口座自動振り替えでなく、入居日前日までに送金して下さい。振込完了後連絡願います。事業所の着金確認と共に契約が有効となります。金融機関休業日の場合、休業日前日に送金してください。

※事業者指定口座は以下のとおりです。

指定口座	金融機関	: りそな銀行
	支店名	: 天六支店
	預金種目	: 普通
	口座番号	: 1515051
	口座名	: 株式会社ケア21

(5) 利用料の改訂にあたっては運営懇談会に諮ることとします。その他、法改正に伴う料金変更においては、書面による通知に代えさせていただきます。

## 1.1 秘密の保持と個人情報の保護について

### (1) 利用者およびその家族等に関する秘密の保持について

①事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

②この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。なお、秘密を保持する義務は、従業員の退職後についても同様とします。

## (2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者およびその家族等から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者およびその家族等の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者およびその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏えいを防止するものとします。
- ③事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。
- ④当該個人情報について利用者又はその家族等から訂正・削除等の依頼があった場合には、依頼者が本人であることを確認したうえで、事業者の規定に従い、速やかに対応するものとします。

## 1.2 サービス内容に関する相談・苦情について

(1) 相談・苦情の窓口は以下のとおりです。

<b>【事業所の窓口】</b> 受付時間…9：00～18：00 休業日…土・日・祝及び 8/13～8/17、12/30～1/3	事業所名 介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口 受付窓口 管理者 Tel 06-6421-6221 Fax 06-6421-6521
<b>【事業者の窓口】</b> 受付時間…9：00～18：00 休業日…土・日・祝及び 8/13～8/17、12/30～1/3	受付窓口 株式会社ケア21 <b>C&amp;E支援部</b> 所在地 大阪市北区堂島2丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階 Tel 06-6456-5633 Fax 06-6456-5642
<b>【市町村の窓口】</b> 受付時間…8：45～17：30 休業日…土・日・祝及び 12/29～1/3	受付窓口 尼崎市健康福祉局福祉部法人指導課 所在地 尼崎市東七松町1丁目23番1号 北館3階 Tel 06-6489-6322 Fax 06-6489-7505
<b>【公的団体の窓口】</b> 受付時間…8：45～17：15 休業日…土・日・祝及び 12/29～1/3	公共団体名 兵庫県国民健康保険団体連合会 受付窓口 介護サービス苦情相談窓口 所在地 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9-1 Tel 078-332-5617

## (2) 苦情処理の体制および手順

- ①利用者は、事業者及び事業者提供するサービスに関して、いつでも苦情を申立てることができます。
- ②事業者は、利用者から苦情の申し立てがなされた場合、対応する責任者を定め、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。
- ③事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

### 1.3 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。また、利用者に対する賠償すべき事故が発生した場合には、その責任の範囲において、損害賠償を速やかに行うものとします。

### 1.4 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、家族等へ連絡いたします。

親族等	氏名①		ご関係	
	連絡先 (電話等)			
	住所			
	氏名②		ご関係	
	連絡先 (電話等)			
	住所			
主治医等	氏名①		診療所名	
	連絡先 (電話等)			
	所在地			
	氏名②		診療所名	
	連絡先 (電話等)			
	所在地			

(注) 該当者がいない場合は、空欄にせずその旨を記載してください。(「該当なし」「なし」「/」等)

## 1.5 身体的拘束等を行う際の手続き

- (1) 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。
- (2) 事業者は身体拘束防止に関し、次の方針を定めすべての従業員に周知徹底し身体拘束ゼロを目指します。
  - ①身体拘束を必要としない状態の実現を目指し、事業所が一丸となって身体拘束防止に取り組みます。
  - ②利用者の人格を尊重し、すべての従業員が身体拘束防止に関して共通の認識と行動を持つように努めます。
  - ③利用者の安全を確保する観点から、利用者の身体的・精神的自由を安易に妨げません。
  - ④万が一にやむを得ず安全を優先して、身体拘束を行う場合は、極めて限定的に行います。
- (3) 事業者は、利用者に対して適切な判断と具体的な対応を図るため、事業所内に身体拘束適正化検討委員会（以下、「委員会」という。）を設置します。
  - ①委員会は、3ヶ月に1回以上開催し、利用者に対する身体拘束廃止及び緊急やむを得ない場合の身体拘束の必要性について検討・協議し、身体拘束実施後は解除に取り組みます。ただし、必要時には委員会を随時に開催します。
  - ②委員会は、管理者、生活相談員、計画作成担当者、介護職員、看護職員、及び第三者又は専門家で構成します。
- (4) 利用者の身体拘束を行う必要性が生じた場合、委員会は、次の3要件に基づき検討します。
  - ・切迫性・非代替性・一時性
- (5) やむを得ない事由により実施した場合は、適正化に向け、解除に向けて検討、協議します
- (6) 利用者が前条の3要件をすべて満たしていると委員会が判断した場合は、遅滞なく、従業員に対し、次の内容を指示します。
  - ①身体拘束その他行動制限は、利用者又は家族に文書で詳細に説明し、同意を得て行います。
  - ②利用者に身体拘束その他行動制限を行う場合は、その内容、時間、利用者の心身の状況を記録します。
  - ③身体拘束その他行動制限は、記録に基づいて継続的にカンファレンスを行い、早期に解除すべく努力します。
- (7) 事業者は、新規採用時及び採用後は年間研修計画に沿って年2回身体拘束防止研修を実施します。
- (8) 事業者は、身体拘束等の適正化のための指針を整備し、掲示等の方法により内外に周知します。

## 1.6 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、人権教育及び虐待防止に関する研修を実施、受講させることや、内部通報制度を設けるなど、必要な体制の整備及び、

措置を講じます。また、事業者は虐待等の事実を発見した場合は、速やかに行政窓口等へ報告します。

- ①虐待防止に関する責任者は管理者とし設置しています。
- ②成年後見制度の利用を支援します。
- ③苦情解決体制を整備しています。
- ④従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ⑤介護サービス相談員を受け入れます。
- ⑥サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報します。
- ⑦虐待防止委員会を設置し、虐待防止のための計画づくり、虐待防止のチェックとモニタリング、虐待発生後の検証と再発防止策の検討を行います。また、併せて虐待防止委員会の中でも身体拘束適正化委員会も実施し、同様の措置を図ります。
- ⑧新規採用時及び採用後は年間研修計画に沿って年1回虐待防止研修を実施します。
- ⑨高齢者虐待防止のための指針を整備し、掲示等の方法により内外に周知します。

#### 1.7 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等

業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的開催します。

#### 1.8 面会時間及び外出・外泊等について

面会時間	原則として営業時間内（午前9時から午後6時）にお願いします。
外出・外泊等の取扱い	外出又は外泊をご希望される際には事前に事業所管理者へお申し出ください。

## 重度化対応・終末期対応に係る指針

### 1. 目的

この指針は、株式会社ケア21（以下「事業者」という。）が設置する介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口（以下「事業所」という。）において、加齢や病状による衰弱・重度化を認めたときに、利用者及びその家族が希望される「看取り」を積極的に支援していくため、関係者と協力対応するにあたり事業所の指針を定める事により、より適切な介護サービスの提供に資することを目的とします。

### 2. 理念

事業所は、医師の診断のもと、利用者が近い将来死が避けられない状態になった時に、最期の場所としての役割を果たし、利用者の意思、ならびにその家族の意向を最大限に尊重して看取り介護を行います。死を早めることも、死を遅らせることもしない、自然に訪れる死を支える方法で介護を行います。事業所における看取り介護を希望される場合、利用者及びその家族に対する支援を最後まで継続し、責任を持って行います。

### 3. 重度化した状態・終末期の判断

利用者及び家族の意思の下、主治医の判断を基本とします。

- ①老衰や癌末期、多様な疾患の重度化や積極的治療を希望しない場合、積極的治療を必要としない場合。
- ②利用者及び家族が施設における「看取り」を希望している場合。

### 4. 看取り時のケア・対応について

#### 【身体的ケア】

- ①緩和ケア（医師の指示に基づき、症状の緩和ができるよう対応する）
- ②身体の清潔保持の援助・日常生活の援助
- ③褥瘡予防

#### 【精神的ケア】

- ①不安や寂しさを緩和できるようこまめな訪室と声掛けをおこなう
- ②安心感を持って頂けるような対応をする
- ③家族や親しい人との時間がもてるような環境の配慮をする

#### 【家族への支援】

- ①コミュニケーションを密にとり、利用者・家族の意向に沿った支援をする
- ②利用者の状態や経過について報告する
- ③医師の病状説明のセッティングを行う

### 5. 看取り体制

#### （1）自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ①自己決定と尊厳を守る看取り介護事業所は利用者及びその家族に対し、事業所における看取り介護の基本理念を明確にし、生前に意思確認をして同意を得ます。
- ②医師により医学的に回復の見込みがないと判断されたときに、看取り介護を開始します。
- ③看取り介護の実施にあたっては、その都度、利用者及びその家族の同意を得ます。
- ④看取り介護においてはその介護に携わる全ての職種が協働し、看取り介護計画書を作成し、利用者及びその家族への十分な説明を行い、同意を得ます。看取り介護をより適切に行うために、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更します。その際には、利

用者及びその家族に説明を行い、同意を得ます。

## (2) 事業所における看取り

- ①病状説明を家族と共に施設長（ケアマネジャー、看護師）が受ける。
- ②特に施設における医療体制の理解を得て、協力医療機関との連携を図り対応していることや看護師の体制、可能な医療行為などの説明を十分に実施する。
- ③施設での看取りを利用者及び家族が希望しているのか確認を医師と共に行う。
- ④施設及び医療機関、訪問看護（必要時）が協働して看取りケアの状況について協議する。
- ⑤施設で看取りを行うことが決定した時は、「看取り指針の」内容を再度ご家族に説明を行う。
- ⑥ケアプランの見直しを行ったうえでご本人及びご家族に看取りケアプランについて同意を得る。
- ⑦契約時に看取り同意書を得る。

## (3) 医師・看護師体制

- ①看取り介護の実施にあたっては、利用者の主治医と看護師、その他すべての職種で情報の共有化を図り、看取り介護の協力体制を築きます。
- ②看護師は利用者の主治医の指示を受け、利用者の安らかな状態を保つように状態把握に努め、介護職と共に必要な介護を行います。また、日々の状況等について利用者に対して随時説明を行い、その不安等の解消に努めます。
- ③利用者の主治医による看取り介護の開始指示を受けて、多職種により看取り介護計画書を作成し実施します。
- ④夜間は、施設看護師と訪問診療医療機関の主治医へ連絡を取り、病状の経過報告をして指示に基づき対応します。
- ⑤有料老人ホームは、医療機関ではないため、基本的に医療行為を行うことはできません。点滴等が必要な場合は、医師の指示の下により、特別指示書の範囲内で訪問看護ステーションと利用者との契約することで、点滴等の医療行為を受けることができます。

## (4) 看取り介護体制に関する記録

看取り介護に係る以下の記録等を整備します。

- ①看取り介護同意書
- ②医師の指示内容
- ③看取り介護計画書作成経過観察記録
- ④ケアカンファレンスの記録
- ⑤臨終時の記録
- ⑥看取り介護終了後のカンファレンス会議録

## (5) 看取りに関する職員教育

よりよい見取り介護を行うために、研修等により死生観教育を実施し、看取りの理解を深めることに努めます。

## 6. 重度化体制

(1) 急変時等状態悪化時は、『重要事項説明書』に記載する関係機関と連絡調整を行い、利用者に次の対応を行います。 ※DNAR 意思を確認済みの利用者を除く

- ①生命の危機状態等があると客観的に判断した時は、救急車の要請をする。
- ②救急要請時、救急対応者の指示を受けて蘇生や応急処置を行う。

③施設内従業員で利用者の家族へ連絡を行う。

④救急車にて医療機関へ搬送を行う。

(2) 生命危機とは判断しない状態で、医師又は看護師に報告を行う必要がある場合は、次の報告を行う。

①バイタルサインのデータ報告をする。

②何時頃から、どのような症状(客観的)・どのような訴え(主観的)なのかを報告する。

③いつもと違う症状や状態を簡潔に報告する。

(3) 重度化して医療行為が必要となった場合

①原則的に医療機関の対応とするが、短期間の継続的な医療処置に関しては、医療機関の特別指示書で訪問看護ステーションに依頼することがある。

②常時の高度医療の管理が必要な場合や頻回な処置が必要となった場合は、医師の判断に基づき、入院加療となる場合がある。

(4) 24時間対応の連絡体制

夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制(協力医療機関との契約)に基づき看護師、医師と連絡をとって行います。

## 急変時・終末期における医療等に関する意向確認書（入居時用）

病状の悪化や不慮の事故等により緊急に治療が必要と判断される場合には、原則的に病院搬送を行います。慢性疾患の終末期の治療方針や急変時対応について現時点でのご意向をご回答下さい。

### 【確認事項】

- ① 病状が急変した時の対応について救急搬送されますか。 希望する  
希望しない
- ② 利用者の状態の現状報告、施設での対応の限界、主治医の意見をお伝えした後どこで最期を迎えたいですか。  
施設  
自宅・親族の家  
病院
- ③ 施設で看取りを希望された場合、家族はどこまで協力が可能ですか。  
付き添いができる  
付き添いできない  
その他（                      ）
- ④ 経口での食事摂取が困難になった場合、経管栄養・胃瘻などを考えていますか。  
希望する  
希望しない
- ⑤ 食事量が徐々に低下してきた場合、点滴により栄養・水分補給することを希望しますか。  
希望する  
希望しない
- ⑥ 家族のキーパーソンが身元引受人でよろしいですか。  
はい  
その他の家族  
（                      ）

別表 1 介護保険給付外費用

金額に特に記載が無ければ、非課税となります。課税対象の金額は税抜金額を記載しています。

【前払い月額利用料】

名称	目的、用途	金額
家賃相当額	居室利用料	89,000 円
管理費	事務費、共用施設の水光熱費、建物維持管理費 (EV、消防設備点検費、植栽選定、修繕費)	31,000 円

※前払い月額利用料は入院等の不在期間も請求対象となります。

※月途中に入居退居した場合は日割り計算します。

※日割り計算方法は以下の通りです。日額 (1円未満切り捨て) = 月額 ÷ 30 日

①当該月の入居日数が 3 日以下の場合 → 当該月の料金 = 日額 × 入居日数

②当該月の入居日数が 4 日以上の場合 → 当該月の料金 = 月額 - 日額 × (当該月の暦日数 - 入居日数)

【後払い月額利用料】

名称	用途	金額
食費	食材費として徴収	59,070 円 (税抜 54,300 円) 内訳: 朝 378 円 (税抜 350 円)、昼 781 円 (税抜 710 円)、 夕 702 円 (税抜 650 円)、間食 108 円 (税抜 100 円) 1日 1,969 円 (税抜 1,810 円) × 30 日計算 一部軽減税率適用

※欠食及び追加の場合は、5 日前までにお知らせください。

【後払い一時的な介護費用】

名称	用途	金額
生活サポート費	入居後に自立 (介護専用型においては要支援も含む) となるも、なお介護が必要な方に対する一時的な介護費用。要支援 1 の単価を基本とする。	2,091 円 (税抜 1,901 円) /1日単位

【退居時の費用】

名称	用途	金額
クリーニング費	居室内の床、壁、洗面所、トイレ、介護用ベッド、マットレスの洗浄、消毒費用。	16,500 円 (税抜 15,000 円)
原状回復費	利用者の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損が発生した場合。	原状回復が必要な場合、利用者 と事業所が協議して金額を定めます。

### 【料金の計算方法】

例:4/15に入居される場合

①4月分	日割り家賃相当額	89,000円 - (( 2,966円 × 30日 - 16日))
②5月分	家賃相当額	89,000円
③4月分	日割り管理費	31,000円 - (( 1,033円 × 30日 - 16日))
④5月分	管理費	31,000円

↓

①4月分	日割り家賃相当額	47,476円
②5月分	家賃相当額	89,000円
③4月分	日割り管理費	16,538円
④5月分	管理費	31,000円
合計		184,014円

入居日前、遅くとも4/14迄に上記利用料を指定口座に振込頂きます。

例:付加的サービスを利用せず、入院や欠食されなかった場合(30日の場合)

①翌々月	家賃相当額	89,000円
②翌々月	管理費	31,000円
③当月	食費	54,300円 × 一部軽減税率適用

↓

①翌々月	家賃相当額	89,000円
②翌々月	管理費	31,000円
③当月	食費	59,070円
合計		179,070円

指定口座から毎月自動振り替えされます。

別表 2 介護保険給付費用

第1号被保険者	本人の合計所得金額が220万円以上	年金収入＋その他の合計所得金額が 単身世帯で340万円以上、または2人以上世帯で463万円以上	3割負担
		年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で280万円以上340万円未満、または2人以上世帯で 346万円以上463万円未満	2割負担
		年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で280万円未満、または2人以上世帯で346万円未満	1割負担
	本人の合計所得金額が160万円以上220万円未満	年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で280万円以上、または2人以上世帯で346万円以上	2割負担
		年金収入＋その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で280万円未満、または2人以上世帯で346万円未満	1割負担
	本人の合計所得金額が160万円未満		1割負担

※要支援・要介護認定を受けている第2号被保険者の方は一律1割負担です。

(上段:料金、下段( )内:介護給付費単位数※5級地用)

単価:10.45円

(介護予防)特定施設入居者生活介護費(1日当たり)						
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
1,912円 (183単位)	3,270円 (313単位)	5,663円 (542単位)	6,364円 (609単位)	7,095円 (679単位)	7,774円 (744単位)	8,495円 (813単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定 頻度	利用料金 (単位数)
協力医療機関 連携加算	協力医療機関と利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している場合に加算されます。 Ⅰ 協力医療機関と以下の取り決めを行っています。①急変時において、医師又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事業所から診察の求めがあった場合に、診療できる体制を常時確保している。 Ⅱ 「Ⅰ」の体制がない場合です。	月	Ⅰ 1,045円 (100単位) Ⅱ 418円 (40単位)
退院・退所時 連携加算	医療機関等を退院・退所し、特定施設に入居した場合が対象となります。30日以内。	日	313円 (30単位)
若年性認知症 利用者受入加算	65歳未満の方を対象とし、個別の担当者を決めます。	日	1,254円 (120単位)
退居時 情報提供加算	退居し医療機関に入院する際、利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供し紹介を行った場合に加算されます。	回	2,612円 (250単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定 頻度	利用料金 (単位数)
生活機能向上 連携加算(Ⅰ)	①訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション又は医療提供施設の理学療法士等又は医師の助言に基づき個別機能訓練計画作成を行い、 ②計画に基づき、機能訓練指導員等が実施し、 ③リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の状況を3ヶ月に1回評価し、見直します。	月	1,045円 (100単位)
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	上記①～③に加え、理学療法士等が事業所往訪し共同で計画作成した場合に対象となります。 個別機能訓練加算 算定時は100単位となります。		2,090円 (200単位)
個別機能 訓練加算(Ⅰ)	①常勤の機能訓練指導員を1名配置しています。 ②職員が共同で計画を作成し機能訓練を実施します。 ③3ヶ月毎に評価を行います。	日	125円 (12単位)
個別機能 訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定し、計画内容を厚生労働省に提出している場合に加算されます。		209円 (20単位)
ADL維持等加算 (Ⅰ)	①利用期間6か月以上の方は10人以上であり、 ②利用開始月と6月目に機能訓練指導員が「Barthel Index」を測定し、厚生労働省にデータを提出し、 ③6月目のADL値から利用開始月のADL値を控除して得た値を用い、一定の基準に基づき算出した値の平均値が1以上である 場合に算定できます。	月	313円 (30単位)
ADL維持等加算 (Ⅱ)	上記①～②を満たし、③の平均値が3以上である場合に算定できます。		627円 (60単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定頻度	利用料金 (単位数)
口腔・栄養 スクリーニング加算	①6ヶ月毎に口腔の健康状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供した場合、 ②6か月毎に栄養状態について確認を行い、その情報を介護支援専門員に提供した場合、 いずれも実施した場合に算定できます。	月	209円 (20単位)
科学的介護 推進体制加算	①利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況を厚生労働省にデータを提出し、 ②必要に応じて計画を見直すなど、有効にデータを活用している 場合に算定できます。	月	418円 (40単位)

○看取り等

具体的な内容は「重度化した場合における対応に係る指針」を御確認下さい。

単価:10.45円

名称	内容等	算定頻度	利用料金 (単位数)
夜間看護 体制加算(Ⅰ)	①常勤の看護師を1名配置しています。 ②夜勤を行う看護職員を1名以上配置し、健康上の管理を行う体制を確保しています。	日	188円 (18単位)
夜間看護 体制加算(Ⅱ)	①常勤の看護師を1名配置しています。 ②事業所の看護職員又は外部の医療機関等と連携し、により24時間体制を確保し、健康上の管理を行う体制を確保しています。		94円 (9単位)

※要介護1～5の方のみ対象となります

「夜間看護体制加算」と連動します。

単価:10.45円

名称	内容等	算定頻度	要件	利用料金 (単位数)
看取り介護加算 (Ⅰ)	当施設で看取り介護を行い、お亡くなりになる以前の右記期間が加算対象となります。	日	死亡日以前 31日以上45日以下	752円 (72単位)
			死亡日以前 4日以上30日以下	1,504円 (144単位)
			死亡日以前 2日又は3日	7,106円 (680単位)
			死亡日	13,376円 (1,280単位)
看取り介護加算 (Ⅱ)	上記に加え、加算算定期間に看護職員が夜勤または宿直を行った場合に算定されます。		死亡日以前 31日以上45日以下	5,977円 (572単位)
			死亡日以前 4日以上30日以下	6,729円 (644単位)
			死亡日以前 2日又は3日	12,331円 (1,180単位)
			死亡日	18,601円 (1,780単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定 頻度	利用料金 (単位数)
入居継続 支援加算(Ⅰ)	①痰吸引等が必要な利用者が15%以上、 ②尿道カテーテル留置等が必要な利用者が15%以上、 ①又は②の何れかに該当した後、 ③介護福祉士の員数が、利用者6:介護職1 以上配置の 場合に算定されます。	日	376円 (36単位)
入居継続 支援加算(Ⅱ)	上記の①又は②の利用者が5%以上であり、③を満たす 場合に算定されます。		229円 (22単位)
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	①介護職員の内、介護福祉士の割合が70%以上、又は 勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上で す。 ②介護サービスの質の向上に取り組んでいます。	日	229円 (22単位)
サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の内、介護福祉士の割合が60%以上です。		188円 (18単位)
サービス提供 体制強化加算(Ⅲ)	介護職員の内、介護福祉士の割合が50%以上、又は 看護、介護職員の内、常勤職員の割合が75%以上、又は 直接処遇職員の内、勤続年数7年以上の割合が30%以 上います。		62円 (6単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定 頻度	利用料金 (単位数)
認知症専門 ケア加算(Ⅰ)	①「認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ」以上の利用者が 100分の50以上 ②上記の対象利用者20人未満に対し、「認知症介護実践 リーダー研修」修了者が1名以上配置されている。(以降、 対象利用者が10人又はその端数を増すごとに1名) ③認知症ケアに関する留意事項、技術指導の会議を定期 的に開催 何れにも該当する体制です。	日	31円 (3単位)
認知症専門 ケア加算(Ⅱ)	上記「認知症専門ケア加算(Ⅰ)」を満たし、「認知症介護 指導者養成研修」修了者を1名配置し、認知症ケアの定 期的な研修を実施している体制です。		41円 (4単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定頻度	利用料金 (単位数)
高齢者施設等 感染対策向上加算Ⅰ	①第二種協定指定医療機関と新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保 ②協力医療機関と新興感染症以外の感染症の発生時等の対応を取り決め、発生時に協力医療機関等と連携し適切に対応 ③「感染対策向上加算」に係る届出を行った医療機関が定期的に行う感染対策に関する研修又は訓練を1年に1回以上参加 以上何れも満たす場合に加算されます。	月	104円 (10単位)
高齢者施設等 感染対策向上加算Ⅱ	「感染対策向上加算」に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上、感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を受けている場合に加算されます。		52円 (5単位)
新興感染症等 施設療養費	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利用者に対し適切な感染対策を行った上でサービス提供した場合に算定されます。※5日迄	日	2,508円 (240単位)

単価:10.45円

名称	内容等	算定頻度	利用料金 (単位数)
生産性向上 推進体制加算Ⅰ	①「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会」の開催や、必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている。 ②「①」の活動による業務改善の成果がデータにより確認されている。 ③見守り機器等のテクノロジーを複数導入している。 ④職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手活用等)取組を行っている。 ⑤1年に1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供を行っている。 以上の要件で加算されます。	月	1,045円 (100単位)
生産性向上 推進体制加算Ⅱ	①上記「生産性向上推進体制加算Ⅰ」の「①、⑤」に適合している。 ②見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している。 以上の要件で加算されます。		104円 (10単位)

○従業者の総合的な処遇改善

名称	内容等	単位数等
介護職員等 処遇改善 加算 I	<p>①介護職員等の処遇改善に関する計画を策定しています。</p> <p>①-1 加算額の 1/2 を毎月の定例払いに充当しています。</p> <p>①-2 経験技能のある介護福祉士を配置し、処遇改善後に年額 440 万円の賃金にしています。</p> <p>②介護職員等に周知したうえで、都道府県及び市区町村に届出しています。</p> <p>③処遇改善加算相当分の賃金改善を行っています。</p> <p>④年度毎に都道府県及び市区町村に処遇改善の実績報告を行っています。</p> <p>⑤労働基準法の罰金以上の刑に処せられていません。</p> <p>⑥労働保険料の納付を適正に行っています。</p> <p>⑦-1、2 介護職員の任用時の職責及び職務内容を書面に定め周知しています。</p> <p>⑦-3、4 介護職員の資質向上の研修を計画し、実施又はその機会を設け、周知しています。</p> <p>⑦-5、6 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期で昇給する仕組みを設けています。</p> <p>⑧計画期間中に実施する処遇改善の内容及び費用を全職員に周知しています。</p> <p>⑨処遇改善計画の内容をインターネット等の活用により公表しています。</p> <p>⑩入居継続支援加算 I 又は II、サービス提供体制強化加算 I 又は II を算定しています。</p>	総単位数の 128/1000
介護職員等 処遇改善 加算 II	上記「介護職員等処遇改善加算 I」の「①～⑨」の要件に該当しています。	総単位数の 122/1000

《地域区分ごとの報酬単価》	3 級地 : 10.68円	6 級地 : 10.27円
1 級地 : 10.90円	4 級地 : 10.54円	7 級地 : 10.14円
2 級地 : 10.72円	5 級地 : 10.45円	その他 : 10.00円

(注) 実際の料金は、1ヶ月間にご利用されたサービスの【介護給付費単位数】の合計に【介護給付費1単位に対する単価】を乗じ、1円未満を切り捨てた金額になります。  
詳しくは、後記の計算方法をご参照願います。



※利用者に重要事項の説明を行いました。

説明年月日	年	月	日
説明場所			

重要事項説明書の内容について変更が生じた場合、その内容を文書で通知します。

事業者

事業者名 株式会社 ケア 2 1  
所在地 大阪市北区堂島二丁目 2 番 2 号  
代表者名 代表取締役 依田 雅  
  
事業所名 介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口  
  
説明者 \_\_\_\_\_

※私は、事業者より重要事項の説明を受け、同意し受領しました。

利用者

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 ( \_\_\_\_\_ )