

有料老人ホーム重要事項説明書

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 施設名   | 有料老人ホーム サンニーライフ福生 |
| 定員・室数 | 75 人 ・ 75 室       |

有料老人ホームの類型・表示事項

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 類 型             | 介護付（一般型）         |
| サ 付 登 録 の 有 無   | 無                |
| 居 住 の 権 利 形 態   | 利用権方式            |
| 利 用 料 の 支 払 方 式 | 月払い方式            |
| 入 居 時 の 要 件     | 混合型（自立含む）        |
| 介 護 保 険 の 利 用   | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居 室 区 分         | 定員 1 人           |
| 介護に関わる職員体制      | 3：1以上            |

1 事業主体

|             |             |                                  |                 |      |       |
|-------------|-------------|----------------------------------|-----------------|------|-------|
| 名 称         | 法 人 等 の 種 別 |                                  |                 | 営利法人 |       |
|             | フリカゝナ       | カブシガイシャ カワシマコーポレーション             |                 |      |       |
|             | 名 称         | 株式会社 川島コーポレーション                  |                 |      |       |
| 主たる事務所の所在地  |             | 〒 292-1161                       | 千葉県君津市東猪原248番地2 |      |       |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号     | 0439-37-3600                     |                 |      |       |
|             | ファックス番号     | 0439-37-3603                     |                 |      |       |
| ホ ー ム ペ ー ジ |             | http://www.sunnylife-group.co.jp |                 |      |       |
| 代 表 者 職 氏 名 |             | 役職名                              | 代表取締役           | 氏名   | 川島 輝雄 |
| 設 立 年 月 日   |             | 平成2年9月17日                        |                 |      |       |
| 主 な 事 業 等   |             | 有料老人ホームの経営                       |                 |      |       |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類              | 箇所数 | 主な事業所の名称          | 所在地            |
|------------------------|-----|-------------------|----------------|
| ＜居宅サービス＞               |     |                   |                |
| 訪問介護                   | 1   | 羽村やわらぎ            | 羽村市栄町2-19-3    |
| 訪問入浴介護                 | なし  |                   |                |
| 訪問看護                   | なし  |                   |                |
| 訪問リハビリテーション            | なし  |                   |                |
| 居宅療養管理指導               | なし  |                   |                |
| 通所介護                   | 2   | サンニーライフ清瀬デイサービス   | 清瀬市松山1-40-2    |
| 通所リハビリテーション            | なし  |                   |                |
| 短期入所生活介護               | なし  |                   |                |
| 短期入所療養介護               | なし  |                   |                |
| 特定施設入居者生活介護            | 42  | 有料老人ホーム サンニーライフ東京 | 葛飾区西新小岩3-37-28 |
| 福祉用具貸与                 | なし  |                   |                |
| 特定福祉用具販売               | なし  |                   |                |
| ＜地域密着型サービス＞            |     |                   |                |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護         | なし  |                   |                |
| 夜間対応型訪問介護              | なし  |                   |                |
| 地域密着型通所介護              | なし  |                   |                |
| 認知症対応型通所介護             | なし  |                   |                |
| 小規模多機能型居宅介護            | なし  |                   |                |
| 認知症対応型共同生活介護           | なし  |                   |                |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護       | なし  |                   |                |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護   | なし  |                   |                |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし  |                   |                |

|                  |    |                   |                |
|------------------|----|-------------------|----------------|
| 居宅介護支援           | 1  | サニーライフ羽村居宅介護支援事業所 | 羽村市栄町2-19-3    |
| ＜居宅介護予防サービス＞     |    |                   |                |
| 介護予防訪問入浴介護       | なし |                   |                |
| 介護予防訪問看護         | なし |                   |                |
| 介護予防訪問リハビリテーション  | なし |                   |                |
| 介護予防居宅療養管理指導     | なし |                   |                |
| 介護予防通所リハビリテーション  | なし |                   |                |
| 介護予防短期入所生活介護     | なし |                   |                |
| 介護予防短期入所療養介護     | なし |                   |                |
| 介護予防特定施設入居者生活介護  | 33 | 有料老人ホーム サニーライフ東京  | 葛飾区西新小岩3-37-28 |
| 介護予防福祉用具貸与       | なし |                   |                |
| 介護予防特定福祉用具販売     | なし |                   |                |
| ＜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   | なし |                   |                |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | なし |                   |                |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし |                   |                |
| 介護予防支援           | なし |                   |                |
| ＜介護保険施設＞         |    |                   |                |
| 介護老人福祉施設         | なし |                   |                |
| 介護老人保健施設         | なし |                   |                |
| 介護療養型医療施設        | なし |                   |                |
| 介護医療院            | なし |                   |                |

2 事業所概要

|                     |   |                                  |                                                          |                       |                |       |         |  |
|---------------------|---|----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-------|---------|--|
| 名                   | 称 | フリカ`ナ                            | ユリヨロウジ`ンホーム サニーライフツサ                                     |                       |                |       |         |  |
|                     |   | 名 称                              | 有料老人ホーム サニーライフ福生                                         |                       |                |       |         |  |
| 所                   | 在 | 地                                | 〒 197-0003                                               |                       | 東京都福生市熊川1658-1 |       |         |  |
|                     |   |                                  |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 連                   | 絡 | 先                                | 電 話 番 号                                                  |                       | 042-539-3600   |       |         |  |
|                     |   |                                  | ファックス番号                                                  |                       | 042-539-1636   |       |         |  |
| ホ ー ム ペ ー ジ         |   | http://www.sunnylife-group.co.jp |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 介護保険事業所番号           |   | 第1374400453号                     |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 管 理 者 職 氏 名         |   | 役職名                              | 支配人                                                      |                       | 氏名             | 川野 綾子 |         |  |
| 事 業 開 始 年 月 日       |   | 平 成 16 年 12 月 1 日                |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 届 出 年 月 日           |   | 平 成 16 年 10 月 28 日               |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 届出上の開設年月日           |   | 平 成 16 年 12 月 1 日                |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 特定施設入居者生活介護         |   | 新規指定年月日（初回）                      |                                                          | 平 成 17 年 1 月 1 日      |                |       |         |  |
|                     |   | 指定の有効期間                          |                                                          | 令 和 10 年 12 月 31 日 まで |                |       |         |  |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 |   | 新規指定年月日（初回）                      |                                                          | 平 成 18 年 4 月 1 日      |                |       |         |  |
|                     |   | 指定の有効期間                          |                                                          | 令 和 10 年 12 月 31 日 まで |                |       |         |  |
| 事 業 所 へ の ア ク セ ス   |   | JR青梅線・西武拝島線 拝島駅北口より3分（240m）      |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 施設・設備等の状況           |   |                                  |                                                          |                       |                |       |         |  |
| 敷                   | 地 | 権利形態                             | －                                                        | 抵当権                   | なし             |       |         |  |
|                     |   | 面 積                              | 1406 m <sup>2</sup>                                      |                       |                |       |         |  |
| 建                   | 物 | 権利形態                             | 賃貸借                                                      | 抵当権                   | なし             |       |         |  |
|                     |   | 延床面積                             | 2147.33 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 2147.33 m <sup>2</sup> |                       |                |       |         |  |
|                     |   | 竣工日                              | 平 成 2 年 12 月 18 日                                        |                       |                |       |         |  |
|                     |   | 階 数                              | 地上 4 階                                                   |                       | 地下 0 階         |       |         |  |
|                     |   |                                  | うち有料老人ホーム分 地上 4 階                                        |                       | 地下 0 階         |       |         |  |
|                     |   | 構造                               | 耐火建築物                                                    |                       | 建築物用途区分        |       | 有料老人ホーム |  |
|                     |   | 併設施設等                            |                                                          | なし ( )                |                |       |         |  |

| 賃貸借契約の概要      | 建物                                    |    | 契約期間                      | 平成16年11月1日 |         | ～                | 令和6年10月31日     |   |          |                |                |      |    |
|---------------|---------------------------------------|----|---------------------------|------------|---------|------------------|----------------|---|----------|----------------|----------------|------|----|
|               |                                       |    | 自動更新                      | あり         |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| 居             | 室                                     | 階  | 定員                        | 室数         | 面積      |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               |                                       | 2階 | 1人                        | 25         | 13.387  |                  | m <sup>2</sup> | ～ | 13.387   |                | m <sup>2</sup> |      |    |
|               |                                       | 3階 | 1人                        | 25         | 13.387  |                  | m <sup>2</sup> | ～ | 13.387   |                | m <sup>2</sup> |      |    |
|               |                                       | 4階 | 1人                        | 25         | 13.387  |                  | m <sup>2</sup> | ～ | 13.387   |                | m <sup>2</sup> |      |    |
|               |                                       |    |                           |            |         |                  | m <sup>2</sup> | ～ |          |                | m <sup>2</sup> |      |    |
|               |                                       |    |                           |            |         |                  | m <sup>2</sup> | ～ |          |                | m <sup>2</sup> |      |    |
| 一 時 介 護 室     | 階                                     | 定員 | 室数                        | 面積         |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               |                                       |    |                           |            |         | m <sup>2</sup>   | ～              |   |          | m <sup>2</sup> |                |      |    |
|               |                                       |    |                           |            |         | m <sup>2</sup>   | ～              |   |          | m <sup>2</sup> |                |      |    |
| 居 室 内 の 設 備 等 | 便 所                                   |    |                           | なし         |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               | 洗 面                                   |    |                           | なし         |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               | 浴 室                                   |    |                           | なし         |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               | 冷暖房設備                                 |    |                           | 全室あり       |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               | 電話回線                                  |    |                           | 全室あり       |         | ( 設置各自、料金負担も各自 ) |                |   |          |                |                |      |    |
|               | テレビアンテナ端子                             |    |                           | 全室あり       |         | ( 設置各自 )         |                |   |          |                |                |      |    |
|               |                                       |    |                           |            |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| 共 同 便 所       | 5 箇所                                  |    |                           | ( 一部男女共用 ) |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| 共 同 浴 室       | 個浴： 0                                 |    |                           | 大浴槽： 1     |         | 機械浴： 1           |                |   |          |                |                |      |    |
|               | 併施設設との共用                              |    |                           | なし ( )     |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| 食 堂           | 兼用                                    |    | あり ( 機能訓練室・レクリエーションにも使用 ) |            |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
|               | 併施設設との共用                              |    |                           | なし ( )     |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| その他の共用施設      | あり ( 健康管理室 (1階) ・ 談話コーナー (2階、3階、4階) ) |    |                           |            |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| エ レ ベ ー タ ー   | あり 1 基                                |    |                           |            |         |                  |                |   |          |                |                |      |    |
| 消 防 設 備       | 自動火災報知設備：                             |    | あり                        |            | 火災通報装置： |                  | あり             |   | スプリンクラー： |                | あり             |      |    |
| 緊 急 呼 出 装 置   | 居室：                                   |    | あり                        |            | 便所：     |                  | あり             |   | 浴室：      |                | なし             | 脱衣室： | あり |

3　従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態       |     |    |     |     |     |       |            |            |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|------------|------------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態  |     |    |     |     |     |       |            |            |
| 職種                       | 実人数 | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計    | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況 等     |
|                          |     | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |       |            |            |
| 管理者（施設長）                 |     |    | 1   |     |     | 1人    | 0.5        | 生活相談員と兼務   |
| 生活相談員                    |     |    | 2   |     |     | 2人    | 1.0        | 管理者・事務員と兼務 |
| 看護職員：直接雇用                | 3   |    |     | 1   |     | 4人    | 3.8        |            |
| 看護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |            |            |
| 介護職員：直接雇用                | 17  |    |     | 7   |     | 24人   | 22.0       |            |
| 介護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |            |            |
| 機能訓練指導員                  | 1   |    |     |     |     | 1人    | 1.0        |            |
| 計画作成担当者                  |     |    |     | 1   |     | 1人    | 0.7        |            |
| 栄養士                      |     |    |     |     |     | 0人    |            |            |
| 調理員                      | 2   |    |     | 3   |     | 5人    | 3.2        |            |
| 事務員                      | 1   | 1  |     |     |     | 2人    | 1.5        | 生活相談員と兼務   |
| その他従業者                   | 2   |    |     |     |     | 2人    | 2.0        |            |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |     |    |     |     |     | 40 時間 |            |            |

|                       |          |    |     |                         |     |    |            |      |
|-----------------------|----------|----|-----|-------------------------|-----|----|------------|------|
| ③－１　介護職員の資格           |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 資格                    | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                     |     |    |            |      |
|                       |          | 専従 | 非専従 | 専従                      | 非専従 |    |            |      |
| 介護福祉士                 |          | 11 |     | 3                       |     |    |            |      |
| 実務者研修                 |          | 4  |     |                         |     |    |            |      |
| 介護職員初任者研修             |          | 1  |     | 2                       |     |    |            |      |
| 介護支援専門員               |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（不特定）          |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（特定）           |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 資格なし                  |          | 2  |     | 2                       |     |    |            |      |
| ③－２　機能訓練指導員の資格        |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 資格                    | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                     |     |    |            |      |
|                       |          | 専従 | 非専従 | 専従                      | 非専従 |    |            |      |
| 理学療法士                 |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 作業療法士                 |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 言語聴覚士                 |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 看護師又は准看護師             |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 柔道整復師                 |          | 1  |     |                         |     |    |            |      |
| あん摩マッサージ指圧師           |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| はり師又はきゅう師             |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| ③－３　管理者（施設長）の資格       |          |    |     | 介護職員初任者研修               |     |    |            |      |
| ④　夜勤・宿直体制             |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 配置職員数が最も少ない時間帯        |          |    |     | 19　時　30　分～　7　時　30　分     |     |    |            |      |
| 上記時間帯の職員配置数           |          |    |     | 介護職員　2　人以上　　　看護職員　0　人以上 |     |    |            |      |
| ⑤　特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 |          |    |     | ①と同じのため記入省略             |     |    |            |      |
| 職種                    | 実人数      | 常勤 |     | 非常勤                     |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況 |
|                       |          | 専従 | 非専従 | 専従                      | 非専従 |    |            |      |
| 生活相談員                 |          |    |     |                         |     | 0人 |            |      |
| 看護職員                  |          |    |     |                         |     | 0人 |            |      |
| 介護職員                  |          |    |     |                         |     | 0人 |            |      |
| 機能訓練指導員               |          |    |     |                         |     | 0人 |            |      |
| 計画作成担当者               |          |    |     |                         |     | 0人 |            |      |
| ⑤－１　介護職員の資格           |          |    |     | ③－１と同じのため記入省略           |     |    |            |      |
| 資格                    | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                     |     |    |            |      |
|                       |          | 専従 | 非専従 | 専従                      | 非専従 |    |            |      |
| 介護福祉士                 |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 実務者研修                 |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 介護職員初任者研修             |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 介護支援専門員               |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（不特定）          |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（特定）           |          |    |     |                         |     |    |            |      |
| 資格なし                  |          |    |     |                         |     |    |            |      |

| ⑤－２ 機能訓練指導員の資格                   |          |    |     | ③－２と同じのため記入省略 |     |  |       |
|----------------------------------|----------|----|-----|---------------|-----|--|-------|
| 資格                               | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤           |     |  |       |
|                                  |          | 専従 | 非専従 | 専従            | 非専従 |  |       |
| 理学療法士                            |          |    |     |               |     |  |       |
| 作業療法士                            |          |    |     |               |     |  |       |
| 言語聴覚士                            |          |    |     |               |     |  |       |
| 看護師又は准看護師                        |          |    |     |               |     |  |       |
| 柔道整復師                            |          |    |     |               |     |  |       |
| あん摩マッサージ指圧師                      |          |    |     |               |     |  |       |
| はり師又はきゅう師                        |          |    |     |               |     |  |       |
| ⑤－３ 看護職員及び介護職員 1 人当たり（常勤換算）の利用者数 |          |    |     |               |     |  | 2.5 人 |

| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|-------------------------------|----|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 勤続<br>年数                      | 職種 | 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 |
| 1年未満                          |    | 3    | 1   | 17   | 7   | 2     |     | 1       |     |         | 1   |
| 1年以上3年未満                      |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 3年以上5年未満                      |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 5年以上10年未満                     |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上                         |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 合計                            |    | 3    | 1   | 17   | 7   | 2     | 0   | 1       | 0   | 0       | 1   |

4 サービスの内容

| 提供するサービス              |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
|-----------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|----|--|--|--|
| 食事の提供サービス             |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり（直営）       |  |    |  |  |  |
| 食事介助サービス              |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 入浴介助サービス              |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 排せつ介助サービス             |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 口腔衛生管理サービス            |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 相談対応サービス              |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施）  |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 服薬管理サービス              |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 金銭管理サービス              |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  | あり           |  |    |  |  |  |
| 定期的な安否確認の方法           |  | 入居者の同意のもと、ヘルパーにより夜間帯は2時間毎巡回、日中は随時対応（バイタルチェック、排泄介助、水分補給、居室清掃等概ね1～2時間毎） |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      |  | 施設の看護師による服薬の管理・経管栄養対応・在宅酸素の管理・血糖測定・インスリン注射対応等。                        |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
| 医療機関との連携・協力           |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
| 協力医療機関(1)             |  | 名称                                                                    |  | 医療法人社団栄友会 多摩ゆずクリニック                                                                                                           |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  | 所在地                                                                   |  | 東京都多摩市落合1-7-12 ライティングビル6F                                                                                                     |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  | 急変時の相談対応                                                              |  | あり                                                                                                                            |  | 事業者の求めに応じた診療 |  | あり |  |  |  |
|                       |  | 協力の内容                                                                 |  | ・診療科目：内科・老年内科・皮膚科<br>・医療機関までの距離：約18Km(車で約40分)<br>・協力内容：訪問診療（月2回以上医師の来館）、入居者の受診、治療、入院協力、他病院の紹介、病状急変時の対応<br>・利用者負担：医療保険制度支給外の費用 |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
| 協力医療機関(2)             |  | 名称                                                                    |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  | 所在地                                                                   |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  | 急変時の相談対応                                                              |  |                                                                                                                               |  | 事業者の求めに応じた診療 |  |    |  |  |  |
|                       |  | 協力の内容                                                                 |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
| 協力歯科医療機関              |  | 名称                                                                    |  | 医療法人社団喜珠会 デンタルクリニックあらい                                                                                                        |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  | 所在地                                                                   |  | 東京都福生市南田園1-13-5                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  | 急変時の相談対応                                                              |  | あり                                                                                                                            |  | 事業者の求めに応じた診療 |  | あり |  |  |  |
|                       |  | 協力の内容                                                                 |  | ・診療科目：歯科・医療機関までの距離：約2.3Km（車で約5分）<br>・協力内容：訪問による口腔治療（週1回歯科医師の来館）<br>・利用者負担：医療保険制度支給外の費用                                        |  |              |  |    |  |  |  |
|                       |  |                                                                       |  |                                                                                                                               |  |              |  |    |  |  |  |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 介護保険加算サービス等       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
|                   | 個別機能訓練加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり                                                                 |
|                   | 夜間看護体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり(Ⅱ)                                                              |
|                   | 看取り介護加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり(Ⅰ)                                                              |
|                   | 協力医療機関連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり                                                                 |
|                   | 認知症専門ケア加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | なし                                                                 |
|                   | サービス提供体制強化加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | あり(Ⅲ)                                                              |
|                   | 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり(Ⅱ)                                                              |
|                   | 入居継続支援加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし                                                                 |
|                   | テクノロジーの導入(入居継続支援加算関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | なし                                                                 |
|                   | 生活機能向上連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | なし                                                                 |
|                   | 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | あり                                                                 |
|                   | A D L維持等加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | なし                                                                 |
|                   | 科学的介護推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり                                                                 |
|                   | 高齢者施設等感染対策向上加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | なし                                                                 |
|                   | 生産性向上推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり(Ⅱ)                                                              |
|                   | 口腔・栄養スクリーニング加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                                                 |
|                   | 退院・退所時連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり                                                                 |
|                   | 退去時情報提供加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | あり                                                                 |
|                   | 人員配置が手厚い介護サービスの実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | なし                                                                 |
|                   | 短期利用特定施設入居者生活介護の算定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 不可                                                                 |
|                   | 利用者の個別的な選択によるサービス提供                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | あり                                                                 |
|                   | 運営懇談会の開催                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり(年 2 回予定)                                                        |
|                   | 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |
|                   | 自費によるショートステイ事業                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | なし                                                                 |
| 入居に当たっての留意事項      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| 入居の条件             | 年齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | おおむね60歳以上、健康な方及び日常生活で介護の必要な方                                       |
|                   | 要介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自立、要支援1～2、要介護1～5                                                   |
|                   | 医療的ケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | お客さまの状態により判断                                                       |
|                   | 認知症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 受け入れ可                                                              |
|                   | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ・一部感染症の方は、状態により入居をお断りすることがあります。<br>・入居時に「要支援」または「要介護」であった方が、入居後に「自 |
| 身元引受人等の条件、義務等     | 身元引受人等は、入居者の事業者に対する債務について、月額利用料の24ヶ月分を極度額として、入居者と連帯して履行の責を負う。契約終了に伴い、身元引受人は直ちに入居者の身柄を引き取るものとする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| 体験入居              | 利用期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 利用上限：6泊7日まで                                                        |
|                   | 利用料金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1日当たり13,200円(室料、介護サービス費、食事代含む・消費税・介護保険適用外)                         |
|                   | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 満室時はご利用できません。                                                      |
| 入院時の契約の取扱い        | ・入院中は管理費、家賃相当額及び食費の基本料金が入居者の負担となります。<br>・入院が長期にわたる場合でも、解除事由とならない限り、退院後は入院前の居室に戻ることができます。<br>・病気やけがの治療は病院等で受けて頂き、入院費は入居者の負担となります                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為は、原則として行いません。<br>ただし、入居者ご本人あるいは他の入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむをえない場合に限り、身体拘束を行うことがあります。<br>身体拘束は、①生命身体の危険性が著しく高く、②身体拘束を除いてとるべき方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| 事業者からの契約解除        | ◎入居者が、次のいずれかに該当し、且つこれによって本契約を将来にわたって、これ以上維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合は、事業者は書面にて入居者に通知し、通知の翌日を起算日として、90日間の予告期間を設けて契約を解除することができます。その際、入居者は事業者に対し弁明する機会が与えら<br><br>①入居契約書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居し、事業者の求めにもかかわらずこれを訂正しないとき。<br><br>②下記手順による、管理費その他の費用の支払いの遅滞を解消しないとき。この場合は90日間の予告期間は設けないものとする。<br>・1回遅滞時は入居者より事業者に対し遅滞理由を説明し、速やかに振込により支払を行うこと。・2回遅滞時には別途定める事業者指定の支払計画書を提出するこ<br><br>③故意に居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損あるいは滅失したとき。<br><br>④施設に対してみだりに張り紙、広告掲示を行い、あるいは施設を利用して商行為をしたとき。 |                                                                    |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>⑤他の入居者に迷惑となる騒音の発生、あるいは危険物又は悪臭を発する機材、物品の持込み、又は保管を行い、事業者の求めにもかかわらず、騒音の発生を停止せず、あるいは危険物又は悪臭を発する機材、物品を撤去しないとき。</p> <p>⑥共用部分を不法に占拠若しくは占有し、あるいは物品を頻繁に放置して、事業者の求めに反して撤去しないとき。</p> <p>⑦事業者の再三の警告にもかかわらず頻繁に、居室、共用施設、敷地の利用方法に関し、その本来の用途に従って、善良な管理者の注意をもって利用しないとき。</p> <p>⑧事業者の承諾なく居室、共用施設、敷地内において動物を飼育したとき。</p> <p>⑨身元引受人、その家族あるいは第三者らを居室に同居させたとき。</p> <p>⑩故意又は過失により居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損あるいは滅失したときに、入居者あるいは入居者の身元引受人らの負担において、直ちに修繕あるいは賠償しなかったとき。</p> <p>⑪居室の全部又は一部を第三者に利用させ、若しくは居室の利用権を譲渡し、又は担保の用に供し、あるいは居室を他の入居者の居室と交換したとき。</p> <p>⑫入居者の日常行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常に提供する通常の介護でこれを防ぐことができないとき。（但し認知症、あるいは特定の疾病に基づくものであると医師に診断され、医療機関において通院又は入院等による加療中である場合を除く。）</p> <p>⑬反社会的勢力に該当したとき。</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                               |                 |                                                                            |       |    |
|-------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項         |                 |                                                                            |       |    |
| 一時介護室への移動                     |                 | なし                                                                         |       |    |
|                               | 判断基準・手続         | ・入居者の健康管理上居室の移動が必要な場合は、医師の所見を求め一定の観察期間経過後、入居者及び身元引受上の同意を得て居室の移動を行う場合があります。 |       |    |
|                               | 利用料金の変更         |                                                                            |       |    |
|                               | 前払金の調整          |                                                                            |       |    |
|                               | 従前居室との仕様の<br>変更 |                                                                            |       |    |
| その他の居室への移動                    |                 | あり                                                                         |       |    |
|                               | 判断基準・手続         | あり(居室面積が変更になる場合があります。)                                                     |       |    |
|                               | 利用料金の変更         |                                                                            |       |    |
|                               | 前払金の調整          |                                                                            |       |    |
|                               | 従前居室との仕様の<br>変更 |                                                                            |       |    |
| 提携ホーム等への転居                    |                 | なし                                                                         |       |    |
|                               | 判断基準・手続         |                                                                            |       |    |
|                               | 利用料金の変更         |                                                                            |       |    |
|                               | 前払金の調整          |                                                                            |       |    |
|                               | 従前居室との仕様の<br>変更 |                                                                            |       |    |
| 苦情対応窓口                        |                 |                                                                            |       |    |
| 窓口の名称 1                       |                 | 有料老人ホーム サニーライフ福生 生活相談員                                                     |       |    |
|                               | 電話番号            | 042-539-3600                                                               |       |    |
|                               | 対応時間            | 8:30 ～ 17:30 ( 年中無休 )                                                      |       |    |
| 窓口の名称 2                       |                 | サニーライフ東京事務所 担当 お客様相談室                                                      |       |    |
|                               | 電話番号            | 0120-17-0036 (フリーダイヤル)                                                     |       |    |
|                               | 対応時間            | 9:00 ～ 17:00 ( 土・日・祝日・年末年始を除く )                                            |       |    |
| 窓口の名称 3                       |                 | 福生市福祉保健部介護福祉課 介護保険係                                                        |       |    |
|                               | 電話番号            | 042-551-1764                                                               |       |    |
|                               | 対応時間            | 8:30 ～ 17:15 ( 日・祝日・年末年始を除く )                                              |       |    |
| 窓口の名称4                        |                 | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談                                                        |       |    |
|                               | 電話番号            | 03-6238-0177                                                               |       |    |
|                               | 対応時間            | 9:00 ～ 17:00 ( 土・日・祝日・年末年始を除く )                                            |       |    |
| 賠償責任保険の加入                     |                 | あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険                                    |       |    |
| 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 |                 |                                                                            |       |    |
| 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    |                 |                                                                            | あり    |    |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施             |                 | なし                                                                         | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施              |                 | なし                                                                         | 結果の公表 | なし |

5 入居者

|                        |      |              |              |                  |                |       |       |       |
|------------------------|------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------|-------|-------|
| 介護度別・年齢別入居者数           |      | 平均年齢：86.0 歳  |              |                  | 入居者数合計：66 人    |       |       |       |
| 年齢 \ 介護度               | 自立   | 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 |
| 6 5 歳未満                | 0    | 0            | 0            | 0                | 0              | 0     | 1     | 0     |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満        | 0    | 0            | 0            | 2                | 1              | 1     | 0     | 0     |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満        | 0    | 0            | 0            | 5                | 7              | 5     | 2     | 2     |
| 8 5 歳以上                | 0    | 0            | 0            | 7                | 5              | 13    | 12    | 3     |
| 合計                     | 0    | 0            | 0            | 14               | 13             | 19    | 15    | 5     |
| 入居継続期間別入居者数            |      |              |              |                  |                |       |       |       |
| 入居期間                   | 6月未満 | 6月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満    | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 | 合計    |       |
| 入居者数                   | 18   | 3            | 33           | 10               | 0              | 2     | 66    |       |
| 男女別入居者数                |      | 男性：21 人      |              |                  | 女性：45 人        |       |       |       |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） |      |              |              | 88 %（定員に対する入居者数） |                |       |       |       |



| 直近 1 年間に退去した者の人数と理由    |    |                    |    |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 理由                     | 人数 | 理由                 | 人数 |
| 自宅・家族同居                | 0  | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 0  |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 2  | 医療機関への入院           | 8  |
| 介護老人保健施設へ転居            | 0  | 死亡                 | 14 |
| 介護療養型医療施設へ転居           | 0  | その他                | 0  |
| 他の有料老人ホームへ転居           | 0  | 退去者数合計             | 24 |

6 利用料金

|               |                                                                                                                   |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|----------|--------|--------|------|
| 入居準備費用        |                                                                                                                   | なし                                                                                                  |          | 円      |          |        |        |      |
| 明内<br>細 訳     |                                                                                                                   |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
|               | 支払日・支払方法                                                                                                          |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
|               | 解約時の返還                                                                                                            |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
| 敷金            |                                                                                                                   | なし                                                                                                  |          |        |          |        |        |      |
| 金額            |                                                                                                                   | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。                                                                    |          |        |          |        |        |      |
| 家賃及びサービスの対価   |                                                                                                                   |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
| プランの名称        |                                                                                                                   | 前払金                                                                                                 | 月額利用料    | (内訳)   |          |        |        |      |
|               |                                                                                                                   |                                                                                                     |          | 家賃     | 管理費      | 介護費用   | 食費     | 光熱水費 |
| 自立等           |                                                                                                                   | 0円                                                                                                  | 146,845円 | 60,000 | 21,560   | 36,665 | 28,620 | 0    |
| 要支援1～2        |                                                                                                                   | 0円                                                                                                  | 110,180円 | 60,000 | 21,560   | 0      | 28,620 |      |
| 要介護1～5        |                                                                                                                   | 0円                                                                                                  | 110,180円 | 60,000 | 21,560   | 0      | 28,620 |      |
|               |                                                                                                                   | 0円                                                                                                  | 0円       |        |          |        |        |      |
| 各料金の<br>内訳・明細 | 前払金                                                                                                               | 前払金なし                                                                                               |          |        |          |        |        |      |
|               |                                                                                                                   | (月額単価の説明)                                                                                           |          |        |          |        |        |      |
|               |                                                                                                                   | (想定居住期間の説明)                                                                                         |          |        |          |        |        |      |
|               | 家賃                                                                                                                | 建物貸主への賃借料支払等、建物に係る費用。近隣相場の賃借料および高齢者が利用しやすい施設設計のコストを含めて算定。(非課税)                                      |          |        |          |        |        |      |
|               | 管理費                                                                                                               | 共用施設の維持に要する保守点検費・修理費・清掃費・衛生費、光熱水費、管理部門に係る人件費・事務費等。                                                  |          |        |          |        |        |      |
|               | 介護費用                                                                                                              | 自立等の介護保険給付対象外の方については、「介護サービス等の一覧」に記載のサービスを提供するので、生活サポート費として月額36,665円の負担あり。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |          |        |          |        |        |      |
| 食費            | 朝食 — 円・昼食 — 円・夕食 — 円 間食 — 円<br>1日当たり 180 円 × 30日で積算                                                               |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
|               | 厨房管理運営費(食費の基本料金)23,220円<br>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて)<br>2日前までの申し出により終日(3食とも)欠食した場合に限り、食材費を日割計算で翌月に返還。(食費の基本料金は返還対象外) |                                                                                                     |          |        |          |        |        |      |
|               | 光熱水費                                                                                                              | 管理費に含む                                                                                              |          |        |          |        |        |      |
| 短期利用          |                                                                                                                   | 1日当たり                                                                                               | —        | 円      | 利用料の算出方法 |        |        |      |

| 前払金の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|-----|------|-------|-------|---------|--------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----|----|----------|----|--|----------|-------|-------|---------|-------|-------|------------|----|-------|-----------|----|--|--------------|-------|--|----------|----|--|------------|----|--|---------------|----|-------|----------|----|--|-------------|----|--|----------------|----|--|-------------|-------|--|----------------|----|-------|------------|----|-------|-----------|----|-------|-------------|-------|--|
| 支払日・支払方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 償却開始日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 返還対象としない額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 位置づけ                                    |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 契約終了時の返還金の算定方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 期間： 3 か月                      起算日：入居した日 |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 返還期限                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 契約終了日から                      日以内        |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 保全措置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 保全先：                                    |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| その他留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 月額利用料の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 支払日・支払方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 翌月分を当月の 2 7 日（休日の場合は翌営業日）に口座自動振替。       |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| その他留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 家賃相当額は非課税、それ以外は総額表示。                    |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 介護保険サービスの自己負担額                      ※要介護度に応じて利用料の1割（一定以上所得の場合2～3割）を負担する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| <div>(30日換算・自己負担 1 割の場合)                      単位：円</div> <table><tr><th>介護度</th><th>介護報酬</th><th>自己負担額</th></tr><tr><td>要支援 1</td><td>72, 815</td><td>7, 282</td></tr><tr><td>要支援 2</td><td>118, 534</td><td>11, 854</td></tr><tr><td>要介護 1</td><td>202, 259</td><td>20, 226</td></tr><tr><td>要介護 2</td><td>225, 824</td><td>22, 583</td></tr><tr><td>要介護 3</td><td>250, 444</td><td>25, 045</td></tr><tr><td>要介護 4</td><td>273, 309</td><td>27, 331</td></tr><tr><td>要介護 5</td><td>297, 574</td><td>29, 758</td></tr></table> <table><tr><th>加算の種類</th><th>算定</th><th>備考</th></tr><tr><td>個別機能訓練加算</td><td>あり</td><td></td></tr><tr><td>夜間看護体制加算</td><td>あり（Ⅱ）</td><td>要介護のみ</td></tr><tr><td>看取り介護加算</td><td>あり（Ⅰ）</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>協力医療機関連携加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>認知症専門ケア加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td>あり（Ⅲ）</td><td></td></tr><tr><td>入居継続支援加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>生活機能向上連携加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>若年性認知症入居者受入加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>ADL維持等加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>科学的介護推進体制加算</td><td>あり</td><td></td></tr><tr><td>高齢者施設等感染対策向上加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>生産性向上推進体制加算</td><td>あり（Ⅱ）</td><td></td></tr><tr><td>口腔・栄養スクリーニング加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>退院・退所時連携加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>退去時情報提供加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>介護職員等処遇改善加算</td><td>あり（Ⅱ）</td><td></td></tr></table> |                                         |         | 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 | 要支援 1 | 72, 815 | 7, 282 | 要支援 2 | 118, 534 | 11, 854 | 要介護 1 | 202, 259 | 20, 226 | 要介護 2 | 225, 824 | 22, 583 | 要介護 3 | 250, 444 | 25, 045 | 要介護 4 | 273, 309 | 27, 331 | 要介護 5 | 297, 574 | 29, 758 | 加算の種類 | 算定 | 備考 | 個別機能訓練加算 | あり |  | 夜間看護体制加算 | あり（Ⅱ） | 要介護のみ | 看取り介護加算 | あり（Ⅰ） | 対象者のみ | 協力医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ | 認知症専門ケア加算 | なし |  | サービス提供体制強化加算 | あり（Ⅲ） |  | 入居継続支援加算 | なし |  | 生活機能向上連携加算 | なし |  | 若年性認知症入居者受入加算 | あり | 対象者のみ | ADL維持等加算 | なし |  | 科学的介護推進体制加算 | あり |  | 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし |  | 生産性向上推進体制加算 | あり（Ⅱ） |  | 口腔・栄養スクリーニング加算 | あり | 対象者のみ | 退院・退所時連携加算 | あり | 対象者のみ | 退去時情報提供加算 | あり | 対象者のみ | 介護職員等処遇改善加算 | あり（Ⅱ） |  |
| 介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 介護報酬                                    | 自己負担額   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要支援 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 72, 815                                 | 7, 282  |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要支援 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 118, 534                                | 11, 854 |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 202, 259                                | 20, 226 |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 225, 824                                | 22, 583 |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 250, 444                                | 25, 045 |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 273, 309                                | 27, 331 |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 297, 574                                | 29, 758 |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 加算の種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 算定                                      | 備考      |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 個別機能訓練加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 夜間看護体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり（Ⅱ）                                   | 要介護のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 看取り介護加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり（Ⅰ）                                   | 対象者のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 協力医療機関連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり                                      | 対象者のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 認知症専門ケア加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | なし                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| サービス提供体制強化加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | あり（Ⅲ）                                   |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 入居継続支援加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 生活機能向上連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | なし                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | あり                                      | 対象者のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| ADL維持等加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 科学的介護推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | なし                                      |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 生産性向上推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり（Ⅱ）                                   |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                      | 対象者のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 退院・退所時連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり                                      | 対象者のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 退去時情報提供加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | あり                                      | 対象者のみ   |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり（Ⅱ）                                   |         |     |      |       |       |         |        |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |          |         |       |    |    |          |    |  |          |       |       |         |       |       |            |    |       |           |    |  |              |       |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |

|                                                                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料                                                                | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり） |
| 料金改定の手続                                                                                 |                         |
| 当施設が所在する都道府県に係る消費者物価指数及び人件費、物価の変動などに基づき、運営懇談会にて説明し、意見を聴いたうえで管理費、食費、家賃相当額等に関する費用の額を改定する。 |                         |

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

|        |      |     |         |
|--------|------|-----|---------|
| プランの名称 | 要介護3 |     |         |
| 単位：円   |      |     |         |
| 入居準備費用 | 敷金   | 前払金 | 月額利用料   |
| 0      | 0    | 0   | 110,180 |

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

7 入居希望者等への事前の情報開示

|          |          |         |         |
|----------|----------|---------|---------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 管理規程     | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 公開していない |
| 事業収支計画書  | 公開していない  | その他開示情報 | なし      |

添付書類： 介護サービス等の一覧表  
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

|                                                                                 |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <div>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</div> <div>年 月 日</div> <div>署名</div> | <div>説明年月日</div> <div>年 月 日</div> <div>説明者職・氏名</div> <div>職</div> <div>署名</div> |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

# 介護サービス等の一覧表

SL福生

|                                                                    | (自 立)                              |              | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)                      |              |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------|
| 介護を行う場所                                                            | 居室                                 |              | 居室                                  |              |
|                                                                    | 月額利用料及び生活サポート費に含むサービス              | その都度徴収するサービス | 介護保険給付及び月額利用料に含むサービス                | その都度徴収するサービス |
| <p>&lt;介護サービス&gt;</p> <p>○巡回</p> <p>・昼間 9～17時</p> <p>・夜間 17～9時</p> | 要望時及び適宜対応                          |              | 2時間毎巡回及び適宜対応                        |              |
| ○食事介助(食堂)                                                          | 配膳・下膳                              |              | 配膳・下膳・食事毎見守り・一部介助又は全介助              |              |
| ○排泄介助                                                              | —                                  |              | トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応      |              |
| ○おむつ交換                                                             | —                                  |              | 状態により起床時・日中・就寝前・就寝中1日6回程度、及び適宜対応    |              |
| ○おむつ代                                                              |                                    | 実費           |                                     | 実費           |
| ○入浴(一般浴介助)                                                         | 週2回                                |              | 週2回及び必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部介助又は全介助 |              |
| ○特浴介助                                                              | —                                  |              | 週2回及び必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部介助又は全介助 |              |
| ○清拭                                                                | 健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応 |              | 健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週2回又は必要に応じ対応  |              |
| ○身辺介助                                                              |                                    |              |                                     |              |
| ・体位交換                                                              | —                                  |              | 適宜対応                                |              |
| ・移動介助                                                              | 必要に応じ対応                            |              | 歩行介助(杖・歩行器)車椅子誘導等、移動時に適宜対応          |              |

|                       |                    |                 |                                  |                 |
|-----------------------|--------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| ・衣類の着脱                | 必要に応じ対応            |                 | 起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応             |                 |
| ・身だしなみ介助              | —                  |                 | 洗髪・髭剃り・化粧<br>毎日・歯磨き・入歯<br>洗浄1日3回 |                 |
| ○機能訓練                 | 適時対応               |                 | 適時対応                             |                 |
| ○通院介助<br>(協力医療機関)     | 適時対応               |                 | 適時対応                             |                 |
| ○通院介助<br>(上記以外)       | —                  | 30分520円         | —                                | 30分520円         |
| ○緊急時対応<br>・ナースコール     | 24時間対応             |                 | 24時間対応                           |                 |
| <生活サービス>              |                    |                 |                                  |                 |
| ○居室清掃                 | 週3回                |                 | 週3回                              |                 |
| ○リネン交換                | 週1回及び必要に応じ<br>対応   |                 | 週1回及び必要に応じ<br>対応                 |                 |
| ○日常の洗濯                | 必要に応じ対応            |                 | 必要に応じ対応                          |                 |
| ○居室配膳・下膳              | 健康状態に応じて対<br>応     | 左記以外1回<br>520円  | 健康状態に応じて対<br>応                   |                 |
| ○嗜好に応じた<br>特別食        |                    | 無               |                                  | 無               |
| ○おやつ                  | 毎日1回対応             |                 | 毎日1回対応                           |                 |
| ○理美容                  |                    | 要望時実費           |                                  | 要望時実費           |
| ○買物代行(通常の<br>利用区域)    | 週1回指定日             | 左記以外1回<br>520円  | 週1回指定日                           | 左記以外1回<br>520円  |
| ○買物代行(上記以<br>外の区域)    | —                  | 30分520円         | —                                | 30分520円         |
| ○役所手続き代行              | 週1回指定日             | 左記以外30分<br>520円 | 週1回指定日                           | 左記以外30分<br>520円 |
| <健康管理サービス>            |                    |                 |                                  |                 |
| ○定期健康診断               | —                  | 年2回機会を提<br>供・実費 | —                                | 年2回機会を提<br>供・実費 |
| ○健康相談                 | 随時                 |                 | 随時                               |                 |
| ○生活指導・栄養指導            | 随時                 |                 | 随時                               |                 |
| ○服薬支援                 | 随時                 |                 | 随時                               |                 |
| ○生活リズムの記録<br>(排便・睡眠等) | 毎日記録を残し必要<br>に応じ対応 |                 | 毎日記録を残し必要<br>に応じ対応               |                 |

|                                                                                                                     |                                                             |                                                                                   |                                                             |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ○医師の往診                                                                                                              | 必要に応じて対応                                                    | 医療保険制度<br>で支給される<br>以外の費用                                                         | 必要に応じて対応                                                    | 医療保険制度<br>で支給される<br>以外の費用                                                         |
| <入退院時、入院中<br>のサービス><br>○移送サービス<br>○入退院時の同行<br>（協力医療機関）<br>○入退院時の同行<br>（上記以外）<br>○入院中の洗濯物交<br>換・買物<br>○入院中の見舞い訪<br>問 | 適時対応<br><br>適時対応<br><br>—<br><br>週1回又は適宜対応<br><br>週1回又は適宜対応 | <br><br>30分520円<br><br>協力医療機関<br>以外は、30分<br>520円<br><br>協力医療機関<br>以外は、30分<br>520円 | 適時対応<br><br>適時対応<br><br>—<br><br>週1回又は適宜対応<br><br>週1回又は適宜対応 | <br><br>30分520円<br><br>協力医療機関<br>以外は、30分<br>520円<br><br>協力医療機関<br>以外は、30分<br>520円 |
| <その他サービス><br>レクレーション<br>誕生会<br>季節行事                                                                                 |                                                             | 材料費実費                                                                             |                                                             | 材料費実費                                                                             |
| <その他><br>○生活預かり金<br>事務手数料                                                                                           |                                                             | 550円/月                                                                            |                                                             | 550円/月                                                                            |

基準日:令和7年3月1日

施設名:有料老人ホーム サニーライフ福生

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目                      |                                                                           | 該当に○    |   |          | 備考                                                                          |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------|---|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目       |                                                                           |         |   |          |                                                                             |
| 1                         | 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。                                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 2                         | 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を确实なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。            | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・ | 非該当                                                                         |
| 緊急時の安全確保のための項目            |                                                                           |         |   |          |                                                                             |
| 3                         | 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 4                         | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 5                         | 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。                                | 適合      | ・ | ○<br>不適合 | 浴室の緊急呼出装置なし。入浴時は常時職員が見守り、介助対応を実施。緊急時は脱衣室の緊急呼出装置を利用し対応。長期的な施設改修・改善計画の中で検討予定。 |
| 6                         | 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。                       | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・ | 非該当                                                                         |
| 7                         | 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。                           | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 |                                                                           |         |   |          |                                                                             |
| 8                         | 各居室は界壁により区分されているか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 9                         | 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 10                        | すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。                                   | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 11                        | 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 12                        | 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。                                  | ○<br>適合 | ・ | 不適合      |                                                                             |
| 入居者の財産を保全するための項目          |                                                                           |         |   |          |                                                                             |
| 13                        | 前払金について、規定された保全措置を講じているか。                                                 | 適合      | ・ | 不適合<br>・ | ○<br>非該当<br>保全先：                                                            |
| 14                        | 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)                                 | 適合      | ・ | 不適合<br>・ | ○<br>非該当<br>初期償却率：    %                                                     |
| 15                        | 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | 適合      | ・ | 不適合<br>・ | ○<br>非該当                                                                    |

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。  
※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。