

シーハーツ川口
有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等利用契約
重要事項説明書

記入者名	佐藤 宣子	記入年月日	令和3年7月1日
		所属・職名	シーハーツ川口・施設長

1. 事業者主体概要

事業者主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先				
事業者主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	営利法人
	名称	(ふりがな) ぐりんらいふひがしにほんかぶしきがいしゃ グリーンライフ東日本株式会社		
事業者主体の主たる事務所の所在地	〒	103-0028		
	東京都中央区八重洲一丁目4番16号			
事業者主体の連絡先	電話番号	03-5255-3338		
	FAX番号	03-5200-1177		
	ホームページアドレス	なし		
		<input checked="" type="radio"/> あり	http://www.greenlife-inc.co.jp/	
事業者主体の代表者の氏名及び職名	氏名	玉井 信行		
	職名	代表取締役		
事業者主体の設立年月日	平成15年7月23日			

事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
居宅サービス				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	シーハーツ越谷 グリーンライフ 蕨 (他6か所)	越谷市南越谷5-7-1 蕨市塚越1-11-4
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
地域密着型サービス				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
複合サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
居宅介護予防サービス				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	シーハーツ越谷 グリーンライフ 蕨 (他6か所)	越谷市南越谷5-7-1 蕨市塚越1-11-4
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
介護保険施設				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) シーは一つかわぐち	
	シーハーツ川口	
施設の所在地	〒 333-0844	
	埼玉県川口市上青木1丁目2-24	
施設の連絡先	電話番号	048-257-1465
	FAX番号	048-257-1467
	ホームページアドレス	なし
		あり http://www.greenlife-inc.co.jp/facilities/detail/c-heartskawaguchi/profile/
施設の開設年月日		2010年4月1日
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	佐藤 宣子
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR京浜東北線「西川口」駅 徒歩19分		
施設の類型及び表示事項	○類型	介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）
	○居室の権利形態	利用権方式
	○利用料の支払い方式	月払い方式
	○入居時の要件	入居時要支援、要介護の方
	○介護保険	埼玉県指定介護保険特定施設、埼玉県指定介護予防特定施設
	○介護居室区分	56室が個室、4室が2人部屋の合計60室
	○一般型特定施設である有料老人ホームの介護に係る職員体制	2.5 : 1 以上
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県指定第1170204414号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県指定第1170204414号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始(予定)年月日	2010年4月1日	
指定の年月日	2010年4月1日 特定施設入居者生活介護	
	2010年4月1日 介護予防特定施設入居者生活介護	
指定の更新年月日	2016年4月1日	

3. 従業者に関する事項

2021年7月1日現在

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1	0	0	0	1	1.0
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	3	0	0	0	3	3.0
介護職員	12	0	14	0	26	22.6
機能訓練指導員	1	0	0	0	1	1.0
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1.0
栄養士	0	0	0	0	0	0.0
調理員	0	0	0	0	0	0.0
事務員	1	0	0	0	1	1.0
その他従業者	0	0	5	0	5	2.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5 時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0	0	0	0		
介護福祉士	6	0	0	0		
実務者研修	1	0	0	0		
介護職員初任者研修	2	0	13	0		
訪問介護員2級	1	0	1	0		
介護支援専門員	1	0	0	0		
従業者である機能訓練指導員が有している者（看護職員が兼務）						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	0	0	0		
柔道整復士	1	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0		
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 3 人 (20時～翌7時00分)		最少時人数 3人 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	3		3			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	3	0	0	0	3	3.0
介護職員	12	0	15	0	27	23.7
機能訓練指導員	0	0	1	0	1	1.0
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1.0
その他従業者	0	0	5	0	5	2.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5 時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0	0	0	0		
介護福祉士	9	0	4	0		
実務者研修	0	0	2	0		
介護職員初任者研修	0	0	5	0		
訪問介護員2級	1	0	3	0		
介護支援専門員	1	0	0	0		
従業者である機能訓練指導員が有している資格（看護職員が兼務）						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	0	0	0		
柔道整復士	1	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0		
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称	介護福祉士・介護支援専門員		
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					2.5 : 1	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	1	1	1	2	0	0
前年度1年間の退職者数	0	2	0	3	1	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1	0	1	2	0	0
1年以上3年未満の者の人数	1	0	0	7	0	0
3年以上5年未満の者の人数	1	0	10	3	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	1	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	専従	非専従	専従	非専従		
前年度1年間の採用者数	0	0	1	0		
前年度1年間の退職者数	0	1	1	0		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1	0	1	0		
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0		
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0		
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0		
10年以上の者の人数	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある高齢者に対し、適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供する事を目的とします。		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
認知症専門ケア加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
短期利用の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	医療法人 安東病院	
住所	埼玉県川口市芝3丁目7-12	
連絡先	048-266-2611	
診療科目	内科・外科・消化器科（胃腸科）・循環器科・整形外科	
協力内容	利用者の入院治療が必要な場合の入院対応 利用者の急変時対応	
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称	医療法人社団 立靖会 ラビット歯科	
住所	埼玉県戸田市新曽1292-4	
連絡先	048-432-7245	
診療科目	歯科一般	
協力内容	希望者への隔週1回の訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
全室が介護居室（個室）のため、一時介護室は設置致しません。		
入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続きについて		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

介護居室へ移る場合		
判断基準・手続きについて		
(その内容)	全室介護居室（個室）です	
追加的費用の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
(その内容)		
その他	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
判断基準・手続きについて		
(その内容)	介護居室から他の介護居室の住み替え、入居者の身体状況の変化等による事業者が介護を合理的に実施するために必要とみなされる場合に限り居室の移動を行います。医師の意見を聴き入居者の意思を確認身元引受人等の意見を聴き同意の上、住み替えていただきます。介護居室を利用する権利は継続します。賃料は同じです。	
追加的費用の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)	住み替えをした居室を利用する権利があります。	
入居一時金償却の調整の有無	<input type="radio"/> なし	
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
(その内容)		
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
要支援の者を対象	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
要介護の者を対象	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
留意事項	原則、65歳以上で要支援・要介護の方	

契約の解除の内容	<p>(事業者による契約解除)</p> <p>1. 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約を将来にわたって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に、本契約を解除することができます。</p> <p>一 入居者が入居資格等について虚偽の申告をし、その他不正な手段により本契約を締結したとき</p> <p>二 入居者が月額利用料や契約に基づく利用料金その他の支払いを2カ月以上遅滞したとき</p> <p>三 「禁止事項」に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>※四号によって解除する場合には、医師の意見を聴き、一定の観察期間を置く</p> <p>2. 前項の規定に基づく契約の解除は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告については90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者、成年後見人及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者、成年後見人及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>(入居者による中途解約)</p> <p>入居者が、契約期間の中途において本契約を解約しようとするときは、少なくとも30日前に事業者に対し所定の解約通知書により解約を通知します。入居者が、前項の予告期間をおかないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居を知った日の翌日から起算して30日目をもって、居室は解約されたものと推定します。</p>
体験入居の内容	料金：1泊当り10,000円+消費税相当額 食事込み最長 6泊7日
入居定員	64名
その他	

入居者の状況										2021年7月1日現在
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月の末日）										
	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	合計	
65歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
65歳以上75歳未満	0	0	0	2	1	0	2	2	7	
75歳以上85歳未満	1	1	2	5	5	2	1	3	20	
85歳以上	0	4	0	7	7	5	9	2	34	
入居者の平均年齢				86.8 歳						
入居者の男女別人数				8	15	名		女性	46	名
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）							98.4 %			
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数										
	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	合計	
自宅等	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
医療機関	0	0	0	2	0	0	0	3	5	
死亡者	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
その他	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
入居者の入居期間										
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上				
入居者数	12	11	23	15	0	0				

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
居室の状況	区分			客室	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡			
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡			
	介護居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	28	28	20.4	㎡		
				28	28	20.96	㎡		
	介護居室相部屋	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	4	8	32.38 ㎡			
一時介護室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			㎡				
共用便所の設置数	6	うち男女別の対応が可能な数			0				
		うち車椅子等の対応が可能な数			5				
個室の便所の設置数	60	個室における便所の設置割合			100%				
		うち車椅子等の対応が可能な数			60				
浴室の設備状況	浴室の数 6	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		4	1	1	0				
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況	大型テレビ、洗面設備								
入居者等が調理を行う設備状況					<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
その他、共用施設の設備状況									
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) エントランスホール、食堂、浴室、脱衣室、健康管理室、相談室、事務室、共同トイレ、洗濯室、汚物処理室、駐車場、機能訓練室、ラウンジ、理美容室(有料)等							
バリアフリーの対応状況									
(その内容)	館内は、全てバリアフリーとし、廊下、階段、共用施設に手摺を設置。全館車椅子での移動が可能。								
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積			1339.34㎡						
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定		なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり					
賃借(借地)									
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	平成21年7月1日	終	令和21年7月1日			
		契約の自動更新	なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり				
施設の建物に関する事項									
建物の構造			鉄筋コンクリート造・5階建						
建物の延床面積			2672.56㎡						
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定		なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり					
賃借(借家)									
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	平成17年11月1日	終	令和7年10月31日			
		契約の自動更新	なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり				

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	シーハーツ川口 苦情相談窓口 苦情解決責任者 佐藤 宣子 (施設長) 苦情受付担当者 佐藤 宣子 (施設長)		
電話番号	048-257-1465		
対応している時間	平日	9:00~17:30	
	土曜	9:00~17:30	
	日曜・祝日	9:00~17:30	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口			
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会 (介護保険課苦情対応係)		
電話番号	048-824-2568		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜・日曜・祝日	-	
定休日等	土曜・日曜・祝日は休日		
窓口の名称	川口市福祉部長寿支援課		
電話番号	048-258-0670		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜・日曜・祝日	-	
定休日等	土曜・日曜・祝日は休日		
窓口の名称	埼玉県高齢介護		
電話番号	048-830-3254		
対応している時間		8:30~17:00	
	土曜・日曜・祝日	-	
定休日等	土曜・日曜・祝日は休日		
サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応			
損害賠償責任保険の加入状況			
なし	あり	(その内容) あいおい損害保険株式会社 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減額して払う又は支払わないことがあります。	
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること			
なし	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況			
なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料金の支払方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
-----------	-------	------------------	------

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり

契約締結日現在の状況 金額税込

月額料金	月額計	内訳		
		家賃相当額	管理費	食費
居室 個室	306,820円	104,800円	132,000円	70,020円
居室 二人部屋	573,640円	196,000円	237,600円	140,040円

※ 食費は1ヶ月を30日とした場合の金額。

※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠	家賃相当額	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し算出。
	食費	<p>人件費厨房維持費等の諸経費、食材費に基づく費用。</p> <p>【内訳】朝食657円(税込) 昼食838円(税込) 夕食838円(税込)</p> <p>※食数に応じて返金します。なお、特別食が必要となる場合には、本契約で定める食費の設定ではなく、別途定められる費用での提供となります。</p>
	管理費	平均余命等を勘案した想定居住及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する額。
	水道光熱費	各居室、共用部、入浴時等の水光熱費として徴収。

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

内容 ※ 要介護状態に応じて介護費用の1割を徴収する。

要介護者等の介護保険給付における自己負担額

区分	介護給付費の単位	月額(30日分)の目安	自己負担額
要支援1	182 単位/日	56,074 円/月	5,608 円/月
要支援2	311 単位/日	95,819 円/月	9,582 円/月
要介護1	538 単位/日	165,757 円/月	16,576 円/月
要介護2	604 単位/日	186,092 円/月	18,610 円/月
要介護3	674 単位/日	207,659 円/月	20,766 円/月
要介護4	738 単位/日	227,377 円/月	22,738 円/月
要介護5	807 単位/日	248,636 円/月	24,864 円/月
個別機能訓練加算	12 単位/日		13 円/日
夜間看護体制加算	10 単位/日		11 円/日
入居継続支援加算	36 単位/日		37 円/日
退院・退所時連携加算	30 単位/日		31 円/日
生活機能向上加算	200 単位/月		206 円/月
若年性認知症入居者受け入れ加算	120 単位/日		124 円/日
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月		31 円/月
栄養スクリーニング加算	5 単位/回		6 単位/回
看取り介護加算	死亡日前4～30日	144 単位/日	148 円/日
	死亡日前日・前々日	680 単位/日	699 円/日
	死亡日	1,280 単位/日	1,315 円/日
医療機関連携加算	80 単位/月		83 円/月
認知症専門ケア加算	I	3 単位/日	3 円/日
	II	4 単位/日	5 円/日
サービス提供体制強化加算	Iイ	18 単位/日	19 円/日
	Iロ	12 単位/日	13 円/日
	II	6 単位/日	7 円/日
	III	6 単位/日	7 円/日

介護職員処遇改善加算 介護報酬(総単位数)に8.2%を乗じた額

※1単位=10.27円

※上記加算については要件が満たされている場合に加算されます。

現在算定している加算については前章の介護サービスの内容をご確認ください。

※夜間看護体制加算、看取り介護加算は、要介護1～5の方のみが対象となります。

※夜間看護体制加算を算定し、主治医の診断及びご本人・代理人の希望及び同意により「看取り介護指針」に基づいた支援を行った場合に看取り介護加算として加算いたします。

※短期利用特定施設入居者生活介護については、要介護1から要介護5までとなります。

また加算については夜間看護体制加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算になります。

※介護保険料自己負担は介護保険負担割合証により1割又は2割又は3割となります。

人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲) なし あり

内容		
利用料		
算定根拠		
支払方法		

利用者の個別的な選択による生活支援サービス なし あり

算定根拠 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。
(介護サービス等の一覧表を参照。)

料金の改定手続き

物価、経済情勢、公共料金等の変動、その他相当の事由がある場合及び管理運営費用、人件費、環境維持費用等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で、変更します。

6. その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	なし	あり
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
	なし	
	あり	(その内容)

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

上記の通り内容の説明を致しました。

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者氏名 _____ 印

説明を受けた者 _____ 印