

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日 |
| 記入者名  | 清藤徹也      |
| 所属・職名 | 管理者       |

## 1 事業主体概要

|            |                                 |  |
|------------|---------------------------------|--|
| 名称         | (ふりがな) ゆうげんがいしゃなでしこ<br>有限会社なでしこ |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 546-0013<br>大阪市東住吉区湯里1-14-5   |  |
| 連絡先        | 電話番号/FAX番号                      | 06-6705-0200   |
|            | メールアドレス                         | <a href="mailto:info@745165.co.jp">info@745165.co.jp</a>       |
|            | ホームページアドレス                      | <a href="http://www.745165.co.jp">http:// www.745165.co.jp</a> |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 杉岡 寿一                   |  |
| 設立年月日      | 平成 平成15年1月29日                   |  |
| 主な実施事業     | ※別添1 (事業者が運営する介護サービス事業一覧表)      |  |

## 2 有料老人ホーム事業の概要

## (住まいの概要)

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| 名称                           | (ふりがな) は一とふるりびんぐなでしこくわづ<br>ハートフルリビングなでしこ桑津 |  |
| 届出・登録の区分                     | 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             |  |
| 有料老人ホームの類型                   | 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)                |  |
| 所在地                          | 〒 546-0041<br>大阪市東住吉区桑津4-6-18              |  |
| 主な利用交通手段                     | JR東部市場駅、美章園駅徒歩8分                           |  |
| 連絡先                          | 電話番号                                       | 06-6777-0087   |
|                              | FAX番号                                      | 06-6777-0027   |
|                              | ホームページアドレス                                 | <a href="http://www.745165.co.jp">http:// www.745165.co.jp</a> |
| 管理者(職名/氏名)                   | 管理者 / 清藤 徹也                                |  |
| 有料老人ホーム事業開始日/届出受理日・登録日(登録番号) | 平成 22年9月1日                                 | / 平成   |

## (特定施設入居者生活介護の指定)

|                                  |            |  |
|----------------------------------|------------|--|
| 特定施設入居者生活介護<br>介護保険事業者番号         | 2790800102 |  |
| 特定施設入居者生活介護<br>指定日               | 平成 28年9月1日 |  |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護<br>介護保険事業者番号 |            |  |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護<br>指定日       |            |  |

### 3 建物概要

|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|--------|------------------------|------------------------|---------------|------------------|------------------|----------|------------------|------|--------------------|--|
| 土地     | 権利形態                   | 所有権                    | 抵当権           | なし               | 契約の自動更新          | なし       |                  |      |                    |  |
|        | 賃貸借契約の期間               | ～                      |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 面積                     | ㎡ 平成30年4月1日            |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
| 建物     | 権利形態                   | 所有権                    | 抵当権           | なし               | 契約の自動更新          | なし       |                  |      |                    |  |
|        | 賃貸借契約の期間               | ～                      |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 延床面積                   | 1,191.4 ㎡ (うち有料老人ホーム部分 |               |                  |                  | 451.3 ㎡) |                  |      |                    |  |
|        | 竣工日                    | 平成                     | 22年1月31日      |                  |                  | 用途区分     |                  |      |                    |  |
|        | 耐火構造                   | 耐火建築物                  |               | その他の場合：          |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 構造                     | 鉄骨造                    |               | その他の場合：          |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 階数                     | 4階                     |               | (地上              |                  | 4階、地階    |                  | 階)   |                    |  |
|        | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
| 居室の状況  | 総戸数                    | 29戸                    |               | 届出又は登録(指定)をした室数  |                  |          | 29室 ( )          |      |                    |  |
|        | 部屋タイプ                  | トイレ                    | 洗面            | 浴室               | 台所               | 収納       | 面積               | 室数   | 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等) |  |
|        | 一般居室個室                 | ○                      | ○             | ×                | ×                | ○        | 18㎡              | 29   |                    |  |
|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
| 共用施設   | 共用トイレ                  | 5ヶ所                    |               | うち男女別の対応が可能なトイレ  |                  |          | 5ヶ所              |      |                    |  |
|        |                        |                        |               | うち車椅子等の対応が可能なトイレ |                  |          | 5ヶ所              |      |                    |  |
|        | 共用浴室                   | 大浴場                    | 1ヶ所           |                  | 個室               | 1ヶ所      |                  |      |                    |  |
|        | 共用浴室における介護浴槽           | 機械浴                    | 1ヶ所           |                  |                  | ヶ所       |                  | その他： |                    |  |
|        | 食堂                     | 1ヶ所                    |               | 面積               | ㎡                |          | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし   |                    |  |
|        | 機能訓練室                  | 1ヶ所                    |               | 面積               | ㎡                |          |                  |      |                    |  |
|        | エレベーター                 | あり(ストレッチャー対応)          |               |                  |                  | 1ヶ所      |                  |      |                    |  |
|        | 廊下                     | 中廊下                    | 1.64 m        |                  | 片廊下              | 1.61 m   |                  |      |                    |  |
|        | 汚物処理室                  | 3ヶ所                    |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 緊急通報装置                 | 居室                     | あり            |                  | トイレ              | あり       |                  | 浴室   | あり                 |  |
| 脱衣室    |                        | あり                     |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 通報先                    |                        |               |                  | 通報先から居室までの到着予定時間 |          |                  |      |                    |  |
| その他    |                        |                        |               |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
| 消防用設備等 | 消火器                    | あり                     | 自動火災報知設備      |                  | あり               |          | 火災通報設備           | あり   |                    |  |
|        | スプリンクラー                | あり                     | なしの場合(改善予定時期) |                  |                  |          |                  |      |                    |  |
|        | 防火管理者                  | あり                     | 消防計画          |                  | あり               |          | 避難訓練の年間回数        | 2回   |                    |  |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                   |      |  |
|-------------------|------|--|
| 運営に関する方針          |      | 利用者個々の基本的人権を尊重し、その有する能力に応じ、可能な限り自立した今迄通りの日常生活を営むことができる様に暖かくサポートすることを目的とし、都市型のホームとして文化的な生活環境を整え、家族や地域との連携を重視し、ご利用者様それぞれのライフスタイルが継続できる様応援します。  |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | 食事・入浴・排泄という基本的な生活行為を大切に考えたケアを心がけています。  |
| サービスの種類           | 提供形態 | 委託業者名等   |
| 入浴、排せつ又は食事の介護     | 自ら実施 |  |
| 食事の提供             | 自ら実施 |  |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与   | 自ら実施 |  |
| 健康管理の支援（供与）       | 自ら実施 |  |
| 状況把握・生活相談サービス     | 自ら実施 |  |
| 提供内容              |      |  |
| サ高住の場合、常駐する者      |      |  |
| 健康診断の定期検診         | 委託   | 協力医療機関により実施  |
|                   | 提供方法 |  |
| 利用者の個別的な選択によるサービス |      | ※別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供する入居者の個別選択によるサービス一覧表）   |
| 虐待防止              |      | 利用者等の人権の擁護・虐待防止などのために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。<br>1 研修などを通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。<br>2 常に人権の擁護・虐待防止を意識し適切な支援の実施に努めます。<br>3 従業者は支援にあたっての悩みや苦勞を分かち合い、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。<br>4 従業者が虐待を発見した場合には、速やかに関係機関に報告し、改善に向けた取り組みに努めます。 |
| 身体的拘束             |      | 1 事業所は利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を禁止します。<br>2 前項による身体的拘束等を行う場合はあらかじめ利用者の家族に説明を行い、同意を得た場合のみ、行うことができる。<br>3 身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びにやむを得ない理由などを記録し、保存するものとします。                 |

(介護サービスの内容)

|                                |                   |  |                                     |  |
|--------------------------------|-------------------|--|-------------------------------------|--|
| 特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成 |                   | 計画作成担当者が、利用者又は家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題に基づき、他の従業者と協議の上、サービスの目標、サービスの内容等を盛り込んだサービス計画を作成します。 |                                     |  |
| 日常生活上の世話                       | 食事の提供及び介助         | 食事の提供及び介助が必要な入居者に対して介助を行います。<br>また嚥下困難者の為にきざみ食、ソフト食、水分のとりみ付けの提供を行います。                      |                                     |  |
|                                | 入浴の提供及び介助         | 自ら入浴が困難な利用者に対し、1週間に2回以上、入浴（全身浴・部分浴）介助や清拭、洗髪などを行います。  |                                     |  |
|                                | 排泄介助              | 介助が必要な入居者に対して、トイレ誘導、排せつの介助やおむつ交換を行います。   |                                     |  |
|                                | 更衣介助              | 介助が必要な入居者に対して、上衣、下衣の更衣介助を行います。   |                                     |  |
|                                | 移動・移乗介助           | あり   | 介助が必要な入居者に対して、室内の移動、車いすへの移乗介助を行います。 |  |
|                                | 服薬介助              | あり   | 介助が必要な入居者に対して、服薬のお手伝い、服薬確認を行います。    |  |
| 機能訓練                           | 日常生活動作を通じた訓練      | 入居者の能力に応じて、食堂への移動、椅子への移乗、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。                                    |                                     |  |
|                                | レクリエーションを通じた訓練    | 入居者の能力に応じて、集団レクリエーションや歌唱、毎日の体操などを通じた訓練を行います。   |                                     |  |
|                                | 器具等を使用した訓練        | あり   |                                     |  |
| その他                            | 創作活動など            | あり   |                                     |  |
|                                | 健康管理              | 毎朝のバイタル測定をし、常に入居者の健康状態に注意するとともに健康保持の為の適切な処置を講じます。  |                                     |  |
| 施設の利用に当たっての留意事項                |                   | ①要介護認定者<br>②入居前審査で入居可能な方<br>③施設で共同生活が出来る方<br>④他人及び自身に危害を加えるおそれの無い方<br>⑤身元引受人又は成年後見人のあるかた   |                                     |  |
| その他運営に関する重要事項                  |                   |  |                                     |  |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の提供             |                   | あり   |                                     |  |
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 個別機能訓練加算          |  | あり                                  |  |
|                                | 生活機能向上連携加算        |  | あり                                  |  |
|                                | 夜間看護体制加算          |  | あり                                  |  |
|                                | 医療機関連携加算          |  | あり                                  |  |
|                                | 看取り介護加算           |  | あり                                  |  |
|                                | 口腔衛生管理体制加算        |  | あり                                  |  |
|                                | 若年認知症入居者受入加算      |  | あり                                  |  |
|                                | 退院・退所時連携加算        |  | あり                                  |  |
|                                | 入居継続支援加算          |  | なし                                  |  |
|                                | 栄養スクリーニング加算       |  | 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      |  | なし                                  |  |
|                                | 介護職員処遇改善加算        | (I)  | あり                                  |  |
|                                | 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | なし   | (介護・看護職員の配置率)<br>3 : 1 以上           |  |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

|            |        |
|------------|--------|
| 事業所名称      | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 |        |
| 事務者名       | (ふりがな) |
| 併設内容       |        |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

|            |        |
|------------|--------|
| 事業所名称      | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 |        |
| 事務者名       | (ふりがな) |
| 連携内容       |        |

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

|          |                      |                 |
|----------|----------------------|-----------------|
| 医療支援     | 救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助 |                 |
|          | その他の場合：              |                 |
| 協力医療機関   | 名称                   | 医療法人祥風会みどりクリニック |
|          | 住所                   | 大阪市住吉区万代池3-6-23 |
|          | 診療科目                 | 内科              |
|          | 協力内容                 | 訪問診療、急変時の対応     |
|          |                      | その他の場合：         |
|          | 名称                   | 医療法人社団日翔会生野愛和病院 |
|          | 住所                   | 大阪市生野区巽南5-7-64  |
|          | 診療科目                 | 内科、整形外科、精神科     |
| 協力内容     | 訪問診療、急変時の対応          |                 |
|          | その他の場合：              |                 |
| 協力歯科医療機関 | 名称                   | 野瀬歯科            |
|          | 住所                   | 大阪市東住吉区湯里6-2-23 |
|          | 協力内容                 | 訪問診療            |
| その他の場合：  |                      |                 |

**(入居後に居室を住み替える場合)【住み替えを行っていない場合は省略】**

|                |        |          |        |
|----------------|--------|----------|--------|
| 入居後に居室を住み替える場合 |        |          |        |
|                |        | その他の場合 : |        |
| 判断基準の内容        |        |          |        |
| 手続の内容          |        |          |        |
| 追加的費用の有無       |        |          | 追加費用   |
| 居室利用権の取扱い      |        |          |        |
| 前払金償却の調整の有無    |        |          | 調整後の内容 |
| 従前の居室との仕様の変更   | 面積の増減  |          | 変更の内容  |
|                | 便所の変更  |          | 変更の内容  |
|                | 浴室の変更  |          | 変更の内容  |
|                | 洗面所の変更 |          | 変更の内容  |
|                | 台所の変更  |          | 変更の内容  |
|                | その他の変更 |          | 変更の内容  |

**(入居に関する要件)**

|                |   |         |   |
|----------------|---|---------|---|
| 入居対象となる者       | 要介護   |         |   |
| 留意事項           | ① 要介護認定者<br>② 入居前審査で入居可能な方<br>③ 施設で共同生活ができる方<br>④ 他人及び自身に危害を加えるおそれのない<br>⑤ 身元引受人又は、成年後見人のある方  |         |   |
| 契約の解除の内容       | ① ご契約者本人又は身元引受人の自己都合による申し出があった場合。<br>② ご契約者が契約締結時に重大な事項（病歴・心身の状態）について故意にこれを告げず、又不実の告知を行いその結果を継続し難い重要な事情を生じさせた場合。<br>③ ご契約者による料金の支払いが遅延し、相当期間を経た勧告にも係らず支払われない場合。<br>④ ご契約者が故意又は、過失により事業者もしくは従業者、或いは利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけその結果契約をし難い重大な事情を生じさせた場合。<br>⑤ ご契約者が三ヶ月を超えて入院された場合又は見込まれる場合。<br>⑥ 事業者が解散及びやむをえない事由で施設を閉鎖した場合。<br>⑦ ご契約者が死亡した場合。<br>⑧ なんらかの理由により身元引受人を辞め、次の身元引受人を立てられない場合。 |         |   |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 契約書第14条 |   |
|                | 解約予告期間  | 2週間     |   |
| 入居者からの解約予告期間   | 1ヶ月   |         |   |
| 体験入居           | あり  | 内容      | 1日5,000円 食費別途 1,600円/日（朝食300円、昼食600円、おやつ100円、夕食600円）リネン費 100円/日 |
| 入居定員           | 29人   |         |   |
| その他            |   |         |   |

## 5 職員体制

### (職種別の職員数)

|                        | 職員数 (実人数) |    |     | 常勤換算人数 | 兼務している職種名及び人数 |
|------------------------|-----------|----|-----|--------|---------------|
|                        | 合計        | 常勤 | 非常勤 |        |               |
| 管理者                    | 1         | 1  |     | 0.6    | 生活相談員         |
| 生活相談員                  | 1         | 1  |     | 0.4    |               |
| 直接処遇職員                 | 20        |    |     | 12.5   |               |
| 介護職員                   | 19        | 8  | 11  | 11.5   |               |
| 看護職員                   | 1         | 1  |     | 1.0    |               |
| 機能訓練指導員                | 2         | 1  | 1   | 1.1    |               |
| 計画作成担当者                | 1         | 1  |     | 0.5    | 介護職員          |
| 栄養士                    | 0         |    |     |        |               |
| 調理員                    | 5         |    | 5   |        |               |
| 事務員                    | 0         |    |     |        |               |
| その他職員                  | 2         |    | 2   |        |               |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |           |    |     |        | 38 時間         |

### (資格を有している介護職員の人数)

|              | 合計 |     |   | 備考 |
|--------------|----|-----|---|----|
|              | 常勤 | 非常勤 |   |    |
| 介護福祉士        | 11 | 6   | 5 |    |
| 介護職員初任者研修修了者 | 4  |     | 4 |    |
| 介護支援専門員      | 1  | 1   |   |    |
|              |    |     |   |    |
|              |    |     |   |    |

### (資格を有している機能訓練指導員の人数)

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

**(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)**

| 夜勤帯の設定時間 (18 時～9 時) |      |                     |
|---------------------|------|---------------------|
|                     | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |
| 看護職員                | 人    | 人                   |
| 介護職員                | 2 人  | 2 人                 |
| 生活相談員               | 人    | 人                   |
|                     | 人    | 人                   |

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

|   |                                    |         |
|---|------------------------------------|---------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略)         | 契約上の職員配置比率                         | 3 : 1以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.0 : 1 |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略) | ホームの職員数                            | 人       |
|   | 訪問介護事業所の名称                         |         |
|   | 訪問看護事業所の名称                         |         |
|   | 通所介護事業所の名称                         |         |

**(職員の状況)**

|                      |           |     |      |        |               |     |         |     |         |     |
|----------------------|-----------|-----|------|--------|---------------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                  | 他の職務との兼務  |     |      |        | あり            |     |         |     |         |     |
|                      | 業務に係る資格等  |     | あり   | 資格等の名称 | 介護福祉士・介護支援専門員 |     |         |     |         |     |
|                      | 看護職員      |     | 介護職員 |        | 生活相談員         |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                      | 常勤        | 非常勤 | 常勤   | 非常勤    | 常勤            | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数          | 0         | 0   | 4    | 2      | 1             | 0   | 1       | 0   | 1       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数          | 0         | 0   | 1    | 8      | 0             | 0   | 0       | 0   | 1       | 0   |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満      |     |      |        |               |     |         |     |         |     |
|                      | 1年以上3年未満  |     |      | 1      | 4             | 1   |         |     | 1       |     |
|                      | 3年以上5年未満  |     |      | 3      | 1             |     |         | 1   |         |     |
|                      | 5年以上10年未満 |     |      | 3      | 2             |     |         |     |         |     |
|                      | 10年以上     | 1   |      | 1      | 4             |     |         |     | 1       |     |
| 備考                   |           |     |      |        |               |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況        |           | あり  |      |        |               |     |         |     |         |     |



## 6 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                            |     |   |
|----------------------------|-----|---|
| 居住の権利形態                    |     | 利用権方式   |
| 利用料金の支払い方式                 |     | 月払い方式   |
|                            |     | 選択方式の内容<br>※該当する方式を全て選択   |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | なし  |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | なし  |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い |     | あり  |
|                            |     | 内容：<br>家賃：減額なし<br>食費：欠食受付は5日前迄<br>管理費：日割りの半額<br>※管理費の日割りの半額とは、管理費を月の日数で割り小数点以下切り捨て、その金額を1/2にして小数点以下を切り上げた金額を指す。 |
| 利用料金の改定                    | 条件  | ① 土地、建物及び利用料に対する租税やその他の負担の増減により不相応になった場合。<br>② 土地又は建物の価格評価が変動し、経済事情が変わった場合。<br>③ 近傍同種の建物の賃料に比較して、不相当になった場合。     |
|                            | 手続き | 上記該当する場合、協議のうえ改定することができる。   |

### (代表的な利用料金のプラン)

|            |  | プラン1            | プラン2      |
|------------|--|-----------------|-----------|
| 入居者の状況     | 要介護度   | 要介護1～要介護5       |           |
|            | 年齢   |                 |           |
| 居室の状況      | 部屋タイプ  | 介護居室個室          |           |
|            | 床面積  | 18㎡             |           |
|            | トイレ  | あり              |           |
|            | 洗面   | あり              |           |
|            | 浴室   | なし              |           |
|            | 台所   | なし              |           |
|            | 収納   | あり              |           |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金（家賃、介護サービス費等）   |                 |           |
|            |  |                 |           |
| 月額費用の合計    |  | 148,000円        |           |
| 家賃（非課税）    |  | 60,000円         |           |
| サービス費用     | 介護保険外  | 特定施設入居者生活介護※の費用 |           |
|            |  | 食費              | 48,000円   |
|            |  | 管理費             | 40,000円   |
|            |  | 電気代             | 実費        |
|            |  | 水道代             | 管理費に含まれる  |
|            |  | 生活サポート費         | 950円      |
|            |  | 施設外サービス費        | 2,000円／時間 |
| 備考         | 介護保険費用1割又は2割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）<br>※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添3及び4のとおりです。<br>非課税と記載のないものについては、すべて税込となります。 |                 |           |

**(利用料金の算定根拠等)**

|                      |  |     |
|----------------------|--|-----|
| 家賃 (非課税)             | 周辺物価相当に準ずる   |     |
| 敷金                   | 家賃の  | ヶ月分 |
|                      | 解約時の対応   |     |
| 前払金                  | 家賃、管理費、食費  |     |
| 食費                   | 朝食300円昼食600円おやつ100円夕食600円  |     |
| 管理費                  | 居室内の水道費及び共用部分の維持管理費及び光熱水道費   |     |
| 状況把握及び生活相談サービス費      |  |     |
| 電気代                  | 実費：各居室に電気メーターを設置実測します。   |     |
| 生活サポート費              | レク材料費：300円（レクリエーションに係る材料費等）<br>生活用品費：650円（感染予防・消毒等にかかる費用、入浴及び食事提供等に使用する消耗品費、日常生活の飲料費、閲覧用新聞図書費、その他）   |     |
| 介護保険外費用              | 1 事業者は契約者との合意に基づき、以下のサービスを提供するものとします。<br>一 利用者に対する理美容サービス<br>二 教養娯楽設備等の提供あるいはレクリエーション行事<br>三 日常生活上必要となる物品などの提供<br>四 その他<br>2 前項のサービスについて、その利用料金は契約者が負担するものとします。<br>3 事業者は第1項に定める各種のサービスの提供について、必要に応じて契約者の家族等に対してもわかりやすく説明するものとします。 |     |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2  |     |
| その他のサービス利用料          | 施設内・施設外レクリエーション、退去時居室清掃・消毒、個人で購入した日用品やし好品の立替   |     |

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)**

|  |  |
|--|--|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       |  |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） |  |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |  |

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略**

|                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| 想定居住期間（償却年月数）                       |               |
| 償却の開始日                              |               |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |               |
| 初期償却額                               |               |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了  |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了 |
| 前払金の保全先                             |               |
|                                     |               |

## 7 入居者の状況

### (入居者の人数)

|                     |            |         |
|---------------------|------------|---------|
| 年齢別                 | 65歳未満      | 人       |
|                     | 65歳以上75歳未満 | 人       |
|                     | 75歳以上85歳未満 | 2人      |
|                     | 85歳以上      | 22人     |
| 要介護度別               | 自立         | 人       |
|                     | 要支援1       | 人       |
|                     | 要支援2       | 人       |
|                     | 要介護1       | 5人      |
|                     | 要介護2       | 4人      |
|                     | 要介護3       | 7人      |
|                     | 要介護4       | 6人      |
|                     | 要介護5       | 2人      |
| 入居期間別               | 6か月未満      | 4人      |
|                     | 6か月以上1年未満  | 1人      |
|                     | 1年以上5年未満   | 11人     |
|                     | 5年以上10年未満  | 8人      |
|                     | 10年以上      | 人       |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 |            | 0人 / 0人 |
| 入居者数                |            | 24人     |

### (入居者の属性)

|      |       |      |     |       |      |
|------|-------|------|-----|-------|------|
| 性別   | 男性    | 6人   | 女性  | 18人   |      |
| 男女比率 | 男性    | 25%  | 女性  | 75%   |      |
| 入居率  | 82.7% | 平均年齢 | 90歳 | 平均介護度 | 2.68 |

### (前年度における退去者の状況)

|         |          |                           |
|---------|----------|---------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 0人                        |
|         | 社会福祉施設   | 1人                        |
|         | 医療機関     | 5人                        |
|         | 死亡者      | 2人                        |
|         | その他      | 1人                        |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人<br>(解約事由の例)            |
|         | 入居者側の申し出 | 1人<br>(解約事由の例)<br>他施設への移動 |

## 8 苦情・事故等に関する体制

### (利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

|                            |       |                             |                |
|----------------------------|-------|-----------------------------|----------------|
| 窓口の名称 (設置者)                |       | ハートフルリビングなでしこ桑津             |                |
| 電話番号 / F A X               |       | 06-6777-0087                | 06-6777-0027   |
| 対応している時間                   | 平日    | 9:00～18:00                  |                |
|                            | 土曜    | 9:00～18:00                  |                |
|                            | 日曜・祝日 | 9:00～18:00                  |                |
| 定休日                        |       | 無し                          |                |
| 窓口の名称 (所在区介護保険担当)          |       | 東住吉区保健福祉センター                |                |
| 電話番号 / F A X               |       | 06-4399-9859                | /              |
| 対応している時間                   | 平日    | 9:00～17:00                  |                |
| 定休日                        |       | 土日祝                         |                |
| 窓口の名称<br>(大阪府国民健康保険団体連合会)  |       | 大阪府国民健康保険団体連合会              |                |
| 電話番号 / F A X               |       | 06-6949-5418                | / 06-6949-5417 |
| 対応している時間                   | 平日    | 9:00～17:00                  |                |
| 定休日                        |       | 土曜・日曜・祝日                    |                |
| 窓口の名称 (大阪市有料老人ホーム指導担当)     |       | 大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課 (指定・指導) |                |
| 電話番号 / F A X               |       | 06-6241-6310                | / 06-6241-6608 |
| 対応している時間                   | 平日    | 9:00～18:00                  |                |
| 定休日                        |       | 土曜・日曜・祝日                    |                |
| 窓口の名称 (大阪市サービス付き高齢者向け住宅担当) |       | おおさか介護サービス相談センター            |                |
| 電話番号 / F A X               |       | 06-6766-3800・3855           | / 06-6766-3822 |
| 対応している時間                   | 平日    | 9:00～17:00                  |                |
| 定休日                        |       | 土曜・日曜・祝日                    |                |
| 窓口の名称 (虐待の場合)              |       | 東住吉区北地域包括支援センター             |                |
| 電話番号 / F A X               |       | 06-6719-7100                | / 06-6719-7110 |
| 対応している時間                   | 平日    | 9:00～18:00                  |                |
| 定休日                        |       | 日曜・祝日                       |                |

### (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     | 加入先                       | あいおいニッセイ同和損保株式会社 |
|                   | 加入内容                      | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
|                   | その他                       |                  |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応いたします |                  |
| 事故対応及びその予防のための指針  | あり                        | 事故対応マニュアル        |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |        |        |          |  |
|----------------------------------|--------|--------|----------|--|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | あり     | ありの場合  | 家族様アンケート |  |
|                                  |        | 実施日    | 平成 29年9月 |  |
|                                  |        | 結果の開示  | あり       |  |
| 開示の方法                            | 文書にて配布 |        |          |  |
| 第三者による評価の実施状況                    | なし     | ありの場合  |          |  |
|                                  |        | 実施日    |          |  |
|                                  |        | 評価機関名称 |          |  |
|                                  |        | 結果の開示  |          |  |
| 開示の方法                            |        |        |          |  |

9 入居希望者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 |
| 管理規程     | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | 公開していない  |
| 財務諸表の原本  | 公開していない  |

10 その他

|                                      |                                  |               |                          |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|
| 運営推進会議                               |                                  | ありの場合         |                          |
|                                      |                                  | 開催頻度          | 年 6回                     |
|                                      |                                  | 構成員           | 地域代表、地域包括、利用者・家族代表、事業所代表 |
|                                      |                                  | なしの場合の代替措置の内容 |                          |
| 提携ホームへの移行                            |                                  | ありの場合の提携ホーム名  |                          |
| 個人情報の保護                              | 入居契約書第10条                        |               |                          |
| 緊急時等における対応方法                         | 市町村、当該入居者の家族等に連絡するとともに必要な措置を講じる。 |               |                          |
| 大阪市ひとにやさしいまちづくり整備要綱等に定める基準の適合性       | 適合                               | 不適合の場合の内容     |                          |
| 大阪市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | なし                               |               |                          |
| 合致しない事項がある場合の内容                      |                                  |               |                          |
| 「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性           | 適合している                           |               |                          |
|                                      | 代替措置等の内容                         |               |                          |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明                   |                                  |               |                          |
| 上記項目以外で合致しない事項                       | なし                               |               |                          |
| 合致しない事項の内容                           |                                  |               |                          |
| 代替措置等の内容                             |                                  |               |                          |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明                   |                                  |               |                          |

- 添付書類：別添1（事業者が運営する介護サービス事業一覧表）  
別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）  
別添3（介護保険自己負担額（特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表））  
別添4（介護保険自己負担額（介護報酬額の自己負担基準表））

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日

平成

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業者が運営する介護サービス事業一覧表

| 介護保険サービスの種類          |    | 事業所の名称                               | 所在地                                |
|----------------------|----|--------------------------------------|------------------------------------|
| <居宅サービス>             |    |                                      |                                    |
| 訪問介護                 |    |                                      |                                    |
| 訪問入浴介護               |    |                                      |                                    |
| 訪問看護                 |    |                                      |                                    |
| 訪問リハビリテーション          |    |                                      |                                    |
| 居宅療養管理指導             |    |                                      |                                    |
| 通所介護                 |    |                                      |                                    |
| 通所リハビリテーション          |    |                                      |                                    |
| 短期入所生活介護             |    |                                      |                                    |
| 短期入所療養介護             |    |                                      |                                    |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | ハートフルリビングなでしこ<br>ハートフルリビングなでしこ<br>都島 | 大阪市東住吉区湯里1-1-8<br>大阪市都島区友渕町3-8-10  |
| 福祉用具貸与               |    |                                      |                                    |
| 特定福祉用具販売             |    |                                      |                                    |
| <地域密着型サービス>          |    |                                      |                                    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     |    |                                      |                                    |
| 夜間対応型訪問介護            |    |                                      |                                    |
| 地域密着型通所介護            |    |                                      |                                    |
| 認知症対応型通所介護           |    |                                      |                                    |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | 私の家なでしこ                              | 大阪市東住吉区中野4-15-23                   |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なでしこの家<br>なでしこの家友渕町                  | 大阪市東住吉区中野2-5-11<br>大阪市都島区友渕町3-8-14 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     |    |                                      |                                    |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |    |                                      |                                    |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | 私の家なでしこ南田辺                           | 大阪市東住吉区南田辺5-7-17                   |
| 居宅介護支援               |    |                                      |                                    |
| <居宅介護予防サービス>         |    |                                      |                                    |
| 介護予防訪問介護             |    |                                      |                                    |
| 介護予防訪問入浴介護           |    |                                      |                                    |
| 介護予防訪問看護             |    |                                      |                                    |
| 介護予防訪問リハビリテーション      |    |                                      |                                    |
| 介護予防居宅療養管理指導         |    |                                      |                                    |
| 介護予防通所介護             |    |                                      |                                    |
| 介護予防通所リハビリテーション      |    |                                      |                                    |
| 介護予防短期入所生活介護         |    |                                      |                                    |
| 介護予防短期入所療養介護         |    |                                      |                                    |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | ハートフルリビングなでしこ<br>ハートフルリビングなでしこ<br>都島 | 大阪市東住吉区湯里1-1-8<br>大阪市都島区友渕町3-8-10  |
| 介護予防福祉用具貸与           |    |                                      |                                    |
| 特定介護予防福祉用具販売         |    |                                      |                                    |
| <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       |    |                                      |                                    |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | 私の家なでしこ                              | 大阪市東住吉区中野4-15-23                   |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なでしこの家<br>なでしこの家友渕町                  | 大阪市東住吉区中野2-5-11<br>大阪市都島区友渕町3-8-14 |
| 介護予防支援               |    |                                      |                                    |
| <介護保険施設>             |    |                                      |                                    |
| 介護老人福祉施設             |    |                                      |                                    |
| 介護老人保健施設             |    |                                      |                                    |
| 介護療養型医療施設            |    |                                      |                                    |



(別添2)

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供する入居者の個別選択によるサービス一覧表

|          |                  | 個別の利用料で実施するサービス |   | 備 考            |
|----------|------------------|-----------------|---|----------------|
|          |                  |                 | 料金※(税抜)                                   |                |
| 介護サービス   | 食事介助             | なし              |   | 必要時            |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | なし              |   | 必要時            |
|          | おむつ代             | あり              | 尿取りパッド 411円/袋 リハパン 1,481円/袋 紙おむつ 2,520円/袋 |                |
|          | 入浴(一般浴) 介助・清拭    | なし              |   | 必要時            |
|          | 特浴介助             | なし              |   | 必要時            |
|          | 身辺介助(移動・着替え等)    | なし              |   | 必要時            |
|          | 機能訓練             | なし              |   | 必要時            |
|          | 通院介助             | あり              | 2,000円/時間・30分増毎1,000円                     | 協力医療機関以外の通院の場合 |
| 生活サービス   | 居室清掃             | なし              |   | 2回/週           |
|          | リネン交換            | なし              |   | 2回/月           |
|          | 日常の洗濯            | なし              |   | 3回/週又は適宜       |
|          | 居室配膳・下膳          | なし              |   | 必要時            |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | あり              |   | 必要時場合によって実費    |
|          | おやつ              | なし              |   | 1回/日           |
|          | 理美容師による理美容サービス   | あり              | 実費  | 1回/月(税込)       |
|          | 買い物代行            | なし              |   |                |
|          | 役所手続代行           | なし              |   |                |
|          | 金銭・貯金管理          | なし              |   | 実施なし           |
| 健康管理サービス | 定期健康診断           | あり              |   | 1回/年希望者のみ      |
|          | 健康相談             | なし              |   | 必要時            |
|          | 生活指導・栄養指導        | なし              |   | 必要時            |
|          | 服薬支援             | なし              |   | 必要時            |
|          | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし              |   | 随時             |
| 入退院のサービス | 移送サービス           | あり              | 2,000円/時間・30分増毎1,000円                     |                |
|          | 入退院時の同行          | なし              |   | 必要時            |
|          | 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし              |   | 必要時            |
|          | 入院中の見舞い訪問        | なし              |   | 必要時            |

平成30年4月1日

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。

※2「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。

**(別添3)介護保険自己負担額(自動計算)(非課税)**

当施設の地域区分単価 2級地 10.72円

利用者負担額は、1割を表示しています。但し、法令で平成30年4月1日

| 基本費用          |        | 1日あたり (円)                  |        | 30日あたり (円) |        | 備考     |            |
|---------------|--------|----------------------------|--------|------------|--------|--------|------------|
| 要介護度          | 単位数    | 利用料                        | 利用者負担額 | 利用料        | 利用者負担額 |        |            |
| 要支援 1         |        | 0                          | 0      | 0          | 0      |        |            |
| 要支援 2         |        | 0                          | 0      | 0          | 0      |        |            |
| 要介護 1         | 534    | 5,724                      | 573    | 171,734    | 17,174 |        |            |
| 要介護 2         | 599    | 6,421                      | 643    | 192,638    | 19,264 |        |            |
| 要介護 3         | 668    | 7,160                      | 716    | 214,828    | 21,483 |        |            |
| 要介護 4         | 732    | 7,847                      | 785    | 235,411    | 23,542 |        |            |
| 要介護 5         | 800    | 8,576                      | 858    | 257,280    | 25,728 |        |            |
|               |        | 1日あたり (円)                  |        | 30日あたり (円) |        |        |            |
| 加算費用          | 算定の有無等 | 単位数                        | 利用料    | 利用者負担額     | 利用料    | 利用者負担額 | 算定回数等      |
| 個別機能訓練加算      | あり     | 12                         | 128    | 13         | 3,859  | 386    |            |
| 生活機能向上連携加算    | あり     | 200                        |        |            | 2,144  | 215    | 月単位        |
| 退院・退所時連携加算    | あり     | 30                         | 321    | 33         | 9,648  | 965    | 入居から30日以内  |
| 入居継続支援加算      | なし     |                            |        |            |        |        |            |
| 若年性認知症入居者受入加算 | あり     | 120                        |        |            | 1,286  | 129    | 月単位        |
| 口腔衛生管理体制加算    | あり     | 30                         |        |            | 321    | 33     | 月単位        |
| 栄養スクリーニング加算   | あり     | 5                          |        |            | 53     | 6      | 6ヶ月に1回を限度  |
| 夜間看護体制加算      | あり     | 10                         | 107    | 11         | 3,216  | 322    |            |
| 医療機関連携加算      | あり     | 80                         | -      | -          | 857    | 86     |            |
| 看取り介護加算       | あり     | 144                        | 1,543  | 155        | -      | -      | 死亡日以前4~30日 |
|               |        | 680                        | 7,289  | 729        | -      | -      | 死亡日前日及び前々日 |
|               |        | 1,280                      | 13,721 | 1,373      | -      | -      | 死亡日        |
| 認知症専門ケア加算     | なし     |                            |        |            |        |        |            |
| サービス提供体制強化加算  | なし     |                            |        |            |        |        |            |
| 介護職員処遇改善加算    | (I)    | (特定施設入居者生活介護+加算単位数) × 8.2% |        |            |        |        |            |

**(短期利用特定施設入居者生活介護の概要：以下の要件全てに該当すること)【要支援は除く】**

- ・指定特定施設入居者生活介護の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について3年以上の経験を有すること。
- ・指定特定施設の入居定員の範囲内で、空いている居室等(定員が1人であるものに限る。)を利用するものであること。ただし、短期利用特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者(利用者)の数は、当該指定特定施設の入居定員の100分の10以下であること。
- ・利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めること。
- ・家賃、敷金、介護等その他の日常生活に必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除き、権利金その他の金品を受領しないこと。
- ・介護保険法等に基づく勧告、命令、指示を受けたことがある場合にあっては、当該勧告等を受けた日から起算して5年以上の期間が経過していること。

## (加算の概要)

- ・退院・退所時連携加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れること。※入居日から30日以内
- ・入居継続支援加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・介護福祉士の数が、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。
  - ・たんの吸引等必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。
- ・個別機能訓練加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置していること。  
（理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師）
  - ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のもの共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。
- ・生活機能向上連携加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・訪問リハ若しくは通所リハを実施している事業所又は、リハを実施している医療提供施設のPT・OT・ST、Drが、特定施設を訪問し、特定施設の職員と共同で、個別機能訓練計画を作成。機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施。
- ・若年認知症入居者受入加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定める。
- ・口腔衛生管理体制加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行う。
- ・栄養スクリーニング加算【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・サービ利用者に対し、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む）をCMに文書で共有。
- ・看取り介護加算【要支援と短期利用（地域密着含む）は除く】指針は入居の際に説明し、同意を得る。  
医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、利用者等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後を迎えられるよう支援していること。
- ・認知症専門ケア加算（Ⅰ）【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・利用者の総数のうち、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方が50%以上であること。
  - ・「認知症介護実践リーダー研修」を終了している者を、対象者の数が20人未満の場合は1名以上、20人以上の場合は対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1名を加えた数以上配置し、チームとして認知症ケアを実施していること。
  - ・事業所従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催していること。
- ・認知症専門ケア加算（Ⅱ）【短期利用（地域密着含む）は除く】
  - ・認知症専門ケア加算（Ⅰ）での内容をいずれも満たすこと。
  - ・「認知症介護指導者研修」を終了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
  - ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施をしていること。
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ  
前年度(3月を除く)における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ  
前年度(3月を除く)における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  
前年度(3月を除く)における看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること。
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  
前年度(3月を除く)における利用者に直接サービス提供を行う職員の総数（生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員）のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上。
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅳ）  
別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出ている場合。

(別添4) 介護保険自己負担額(参考:加算項目別報酬金額: 2 級地(地域加算 9%))(非課税)

① 介護報酬額の自己負担基準表(介護保険報酬額の1割又は2割を負担していただきます。)

|                             | 単位         | 介護報酬額/月  | 自己負担分/月<br>(1割負担の場合) | 自己負担分/月<br>(2割負担の場合) | 自己負担分/月<br>(3割負担の場合) |
|-----------------------------|------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 要支援1                        |            |          |                      |                      |                      |
| 要支援2                        |            |          |                      |                      |                      |
| 要介護1                        | 534        | 171,734円 | 17,174円              | 34,347円              | 51,521円              |
| 要介護2                        | 599        | 192,638円 | 19,264円              | 38,528円              | 57,792円              |
| 要介護3                        | 668        | 214,828円 | 21,483円              | 42,966円              | 64,449円              |
| 要介護4                        | 732        | 235,411円 | 23,542円              | 47,083円              | 70,624円              |
| 要介護5                        | 800        | 257,280円 | 25,728円              | 51,456円              | 77,184円              |
| 退院・退所時連携加算                  | 30         | 9,648円   | 965円                 | 1,930円               | 2,895円               |
| 入居継続支援加算                    | 36         | 11,577円  | 1,158円               | 2,316円               | 3,474円               |
| 個別機能訓練加算                    | 12         | 3,859円   | 386円                 | 772円                 | 1,158円               |
| 生活機能向上連携加算                  | 200        | 2,144円   | 215円                 | 429円                 | 644円                 |
| 若年性認知症入居者受入加算               | 120        | 1,286円   | 129円                 | 258円                 | 386円                 |
| 口腔衛生管理体制加算                  | 30         | 321円     | 33円                  | 65円                  | 97円                  |
| 栄養スクリーニング加算                 | 5          | 53円      | 6円                   | 11円                  | 16円                  |
| 夜間看護体制加算                    | 10         | 3,216円   | 322円                 | 644円                 | 965円                 |
| 医療機関連携加算                    | 80         | 857円     | 86円                  | 172円                 | 258円                 |
| 看取り介護加算<br>(死亡日以前4日以上30日以下) | 144        | 1,543円   | 155円                 | 310円                 | 463円                 |
| 看取り介護加算<br>(死亡日以前2日又は3日)    | 680        | 7,289円   | 729円                 | 1,458円               | 2,187円               |
| 看取り介護加算<br>(死亡日)            | 1280       | 13,721円  | 1,373円               | 2,746円               | 4,117円               |
| 看取り介護加算<br>(看取り介護一人当たり)     | 上記         |          |                      |                      |                      |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)                | 3          | 964      | 97                   | 193                  | 290                  |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                | 4          | 1,286    | 129                  | 258                  | 386                  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ            | 18         | 5,788    | 579                  | 1,158                | 1,737                |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ            | 12         | 3,859    | 386                  | 772                  | 1,158                |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)             | 6          | 1,929    | 193                  | 386                  | 579                  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)             | 6          | 1,929    | 193                  | 386                  | 579                  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)           | 所定単位数に定率乗算 | —        | —                    | —                    | —                    |

・1ヶ月は30日で計算しています。

② 要支援・要介護別介護報酬と自己負担

| 介護報酬 |         | 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 |
|------|---------|------|------|------|------|------|------|------|
|      |         |      |      | 円    | 円    | 円    | 円    | 円    |
| 自己負担 | (1割の場合) |      |      | 円    | 円    | 円    | 円    | 円    |
|      | (2割の場合) |      |      | 円    | 円    | 円    | 円    | 円    |
|      | (3割の場合) |      |      | 円    | 円    | 円    | 円    | 円    |

・本表は、を算定の場合の例です(1ヶ月は30日計算)。