

重要事項説明書

記入年月日	令和4年12月1日
記入者名	井阪 雅子
所属・職名	介護事業部 施設長

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) かぶしきが いしやびすかす 株式会社BISCUSS		
主たる事務所の所在地	〒 542-0081 大阪府大阪市中央区南船場一丁目11番9号長堀安田ビル6階		
連絡先	電話番号／FAX番号	06-4705-1020 / 06-4705-1021	
	メールアドレス	biscuss.kaigo@gmail.com	
	ホームページアドレス	http:// biscuss.co.jp/	
代表者（職名／氏名）	代表取締役 / 森屋 和紀		
設立年月日	平成 27年9月27日		
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）		

2 有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	(ふりがな)じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむはいびすいずみさの 住宅型有料老人ホームHIBISU泉佐野		
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	住宅型		
所在地	〒 598-0002 大阪府泉佐野市中庄792番1		
主な利用交通手段	南海本線井原の里駅下車徒歩7分		
連絡先	電話番号	072-493-6288	
	FAX番号	072-493-6289	
	ホームページアドレス	http:// biscuss.co.jp/	
管理者（職名／氏名）	施設長 / 井阪 雅子		
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号）	令和 3年9月1日 / 令和 3年9月1日		

（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 介護保険事業者番号		所管している自治体名	
特定施設入居者生活介護 指定日			
介護予防 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号		所管している自治体名	
介護予防 特定施設入居者生活介護 指定日			

3 建物概要

土地	権利形態	賃借権	抵当権	なし	契約の自動更新	あり			
	賃貸借契約の期間	令和	3年8月31日	～	令和	33年7月31日			
	面積	1,079.5 m ²							
建物	権利形態	賃借権	抵当権	なし	契約の自動更新	あり			
	賃貸借契約の期間	令和	3年8月31日	～	令和	33年7月31日			
	延床面積	1,176.5 m ² (うち有料老人ホーム部分 948.4 m ²)							
	竣工日	令和	3年8月31日	用途区分	有料老人ホーム (住宅型)				
	耐火構造	準耐火建築物		その他の場合：					
	構造	木造		その他の場合：					
	階数	2 階 (地上 2 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	48 戸		届出又は登録 (指定) をした室数			47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		○	○				11.55	45	
一般居室個室		○	○				15.79	1	2人部屋
一般居室個室		○	○				16.55	1	2人部屋
一時介護室		○	○				11.55	1	
共用施設	共用トイレ	2 ヶ所		うち男女別の対応が可能なトイレ 1 ヶ所				うち車椅子等の対応が可能なトイレ 1 ヶ所	
	共用浴室	個室	4 ヶ所		0 ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽	0 ヶ所			0 ヶ所		その他：		
	食堂	1 ヶ所		面積 135.6 m ²		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 135.6 m ²					
	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 1.6 m		片廊下 1.6 m					
	汚物処理室	2 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	事務所			通報先から居室までの到着予定時間 1～2分			
	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		近隣地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。
サービスの提供内容に関する特色		安心した日常生活を過ごしていただくよう、介護と医療と連携したサービスで安らぐ生活環境を提供する。
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	委託	株式会社アトミック
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	入居者宅へ1日最低1回訪問し、相談等状況確認する。
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	医療法人海心会コーラルメディカルクリニック
	提供方法	適時実施
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サービスの一覧表）
虐待防止		①虐待防止に関する責任者は、管理者の井阪 雅子です。 ②従業員に対し、虐待防止研修を実施している。 ③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ④職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。
身体的拘束		①身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1ヵ月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1ヵ月毎行う。） ②経過観察及び記録をする。 ③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。 ④1ヵ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。

(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			
日 常 生 活 上 の 世 話	食事の提供及び介助		
	入浴の提供及び介助		
	排泄介助		
	更衣介助		
	移動・移乗介助		
	服薬介助		
機 能 訓 練	日常生活動作を通じた訓練		
	レクリエーションを通じた 訓練		
	器具等を使用した訓練		
そ 他	創作活動など		
	健康管理		
施設の利用に当たっての留意事 項			
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			
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		
	夜間看護体制加算		
	医療機関連携加算		
	看取り介護加算		
	認知症専門ケア 加算		
	サービス提供体 制強化加算		
	介護職員処遇改 善加算		
	介護職員等特定 処遇改善加算		
	入居継続支援加算		
	生活機能向上連携加算		
	若年性認知症入居者受入加算		
	口腔衛生管理体制加算		
	栄養スクリーニング加算		
	退院・退所時連携加算		
	人員配置が手厚い介護サービス の実施		(介護・看護職員の配置率) : 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) ほうもんかいごすてーしょんはいびすいずみさの 訪問介護ステーションHIBISU泉佐野
主たる事務所の所在地	〒 598-0002 大阪府泉佐野市中庄792番1-1階
事務者名	(ふりがな) かぶしきがいしゃびすかす 株式会社BISCUSS
併設内容	入居者に対する訪問介護業務

(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	
	その他の場合：	
協力医療機関	名称	医療法人海心会コーラルメディカルクリニック
	住所	大阪府岸和田市上松町3024番地
	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	
	住所	
	診療科目	
	協力内容	
		その他の場合：
協力歯科医療機関	名称	たまご歯科
	住所	大阪府岸和田市上松町3024番地岸和田市土生町2丁目32-5
	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		一時介護室へ移る場合		
		その他の場合：		
判断基準の内容		医師の判断による		
手続の内容		入居者または代理人の承諾		
追加的費用の有無		なし	追加費用	
居室利用権の取扱い		なし		
前払金償却の調整の有無		なし	調整後の内容	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	なし	変更の内容	
	便所の変更	なし	変更の内容	
	浴室の変更	なし	変更の内容	
	洗面所の変更	なし	変更の内容	
	台所の変更	なし	変更の内容	
	その他の変更	なし	変更の内容	

(入居に関する要件)

入居対象となる者	要支援、要介護		
留意事項	自傷・他傷行為のない方		
契約の解除の内容	社会通念上著しく困難、死亡、利用料の遅滞		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間		30日
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居	あり	内容	1日につき5500円（食事代込み）
入居定員	49 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	1	訪問介護事業所管理者
生活相談員	0	0	0	0	
直接処遇職員	5	5	0	5	
介護職員	5	3	4	5	
看護職員	0	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	0	
栄養士	0	0	0	0	
調理員	0	0	0	0	
事務員	0	0	0	0	
その他職員	0	0	0	0	
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40 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	4	2	2	
介護福祉士実務者研修修了者	2	2		
介護職員初任者研修修了者	2		2	

(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	0		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		
はり師	0		
きゅう師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間（17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	1	人	1人
生活相談員		人	人
	1	人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略)	契約上の職員配置比率		
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)		: 1
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		介護福祉士実務者研修				
	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	6	3	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
業務に従事した職員の人数 （経験年数に応じた区分）	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	4	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	2	0	0	0	0	0	0
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		建物質貸借方式	
利用料金の支払い方式		月払い方式	
		選択方式の内容 ※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： 入院された場合、翌月より家賃のみ請求	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇により改定する場合がある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

(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		4		
	年齢		76歳		
居室の状況	部屋タイプ		一般居室個室		
	床面積		11.55㎡		
	トイレ		あり		
	洗面		あり		
	浴室		なし		
	台所		なし		
	収納		なし		
入居時点で必要な費用	敷金		50,000円		
月額費用の合計			117,700円		
家賃			48,000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		44,400円	
		管理費		20,000円	
		リネン費		2,000円	
		光熱水費		3,300円	
備考 介護保険費用1割、2割又は3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。） ※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。					

(利用料金の算定根拠等)

家賃	建物の賃借料、設備備品等、借入利息等を基準として算出	
敷金	家賃の 1.25 ヶ月分	
	解約時の対応	原状回復費と相殺
前払金	なし	
食費	厨房維持費及び1日3食を提供するための費用	
管理費	建物の管理費	
リネン費	各種リネン（シーツ・枕・枕カバー・布団等）	
光熱水費	光熱水負担分	
介護保険外費用		
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		

(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（上乗せサービス）	
※ 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	2人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	18人
	85歳以上	19人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	5人
	要介護3	16人
	要介護4	10人
	要介護5	10人
入居期間別	6か月未満	4人
	6か月以上1年未満	12人
	1年以上5年未満	26人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上	0人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		2人 / 3人
入居者数		42人

(入居者の属性)

性別	男性	19 人		女性	23 人	
男女比率	男性	%		女性	%	
入居率	94 %		平均年齢	83.1 歳		平均介護度 3.5

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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)		住宅型有料老人ホームHIBISU泉佐野
電話番号 / F A X		072-493-6288 / 072-493-6289
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	午前9時～午後6時
	日曜・祝日	午前9時～午後6時
定休日		年中無休
窓口の名称 (所在市町村 (保険者))		泉佐野市役所 介護保険課
電話番号 / F A X		072-463-1212 / 072-464-9314
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
定休日		土・日・祝日・年末年始
窓口の名称 (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 介護保険課
電話番号 / F A X		06-6949-5244 / 06-6949-5417
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
定休日		土・日・祝日・年末年始
窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)		泉佐野広域福祉課
電話番号 / F A X		072-493-2023 / 072-462-7780
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
定休日		土・日・祝日・年末年始
窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁)		
電話番号 / F A X		/
対応している時間	平日	
定休日		
窓口の名称 (虐待の場合)		泉佐野市地域共生推進課
電話番号 / F A X		072-463-1212 / 072-463-8600
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
定休日		土・日・祝日・年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	加入先	東京海上日動保険会社
	加入内容	介護従業者等の業務を包括的に保障
	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。
事故対応及びその予防のための指針		あり

(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		意見箱の設置	
		実施日			
		結果の開示		なし	
				開示の方法	
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

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 1 回
		構成員	施設長・家族・入居者
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	マニュアルを作成して、職員に周知する。		
緊急時等における対応方法	マニュアルを作成して、職員に周知する。		
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容	
指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	あり		
合致しない事項がある場合の内容	・居室の有効面積が13㎡無・二人部屋設置しているが一時介護室が無・廊下幅1.8m以上必要な所全体的に足りていない・浴室が10名で1台のところ4台の設置となっている。		
「8. 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	
		居室を1室一時介護室として利用・車いすの巡回等特に問題無です。入浴スケジュールを調整し対応致します。	
不適合事項がある場合の入居者への説明	重要事項説明書に記載の上説明		
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（別に実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

別添 3（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

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業主体が所在市町で実施する他の介護サービス

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	あり	訪問介護ステーションEIBISU泉佐野	大阪府泉佐野市中庄792-1
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			
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			
認知症対応型共同生活介護			
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			
居宅介護支援			
<居宅介護予防サービス>			
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			
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			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
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			
介護医療院			

(別添2) 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

	個別の利用料で実施するサービス	料金※(税抜)	備	考
介護サービス	食事介助	あり		
	排せつ介助・おむつ交換	あり		
	おむつ代	あり		
	入浴(一般浴) 介助・清拭	あり		
	特浴介助	なし		
	身辺介助(移動・着替え等)	あり		
	機能訓練	なし		
	通院介助	あり		
生活サービス	居室清掃	あり		
	リネン交換	あり		
	日常の洗濯	あり		
	居室配膳・下膳	あり		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	なし		
	理美容師による理美容サービス	なし		
	買い物代行	あり		
	役所手続代行	あり		
	金銭・貯金管理	あり	1500円/月・2500円/月	お小遣い預かり費 1500円/月・通帳管理費 2500円/月
	定期健康診断	あり	実費	コーラルメデイカルクリニックへ委託
	健康相談	あり	実費	コーラルメデイカルクリニックへ委託
健康管理サービス	生活指導・栄養指導	あり	実費	コーラルメデイカルクリニックへ委託
	服薬支援	あり	実費	
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	実費	
	移送サービス	なし		
入退院のサービス	入退院時の同行	なし		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし		
	入院中の見舞い訪問	なし		

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。ケアプランに定められた回数を超過す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、月額の利用料に含まれる場合と、サービスの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)

当施設の地域区分単価

選択→

利用者負担額は、1割を表示しています。但し、法令で定める額以上の所得のある方は、2割又は3割負担となります。

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						
要支援 2						
要介護 1						
要介護 2						
要介護 3						
要介護 4						
要介護 5						
		1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
個別機能訓練加算						
夜間看護体制加算						
医療機関連携加算						
看取り介護加算						
認知症専門ケア加算						
サービス提供体制強化加算						
介護職員処遇改善加算						1月につき
介護職員等特定処遇改善加算						1月につき
入居継続支援加算						
身体拘束廃止未実施減算						
生活機能向上連携加算						
若年性認知症入居者受入加算						
口腔衛生管理体制加算						
栄養スクリーニング加算						
退院・退所時連携加算						

(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上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)

・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、はり師、きゅう師)
※はり師・きゅう師については理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上昨日訓練指導に従事した経験を有するものに限る。

・夜間看護体制加算【要支援は除く】

- ・常勤看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めている場合。
- ・看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ・重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

・医療機関連携加算【短期利用(地域密着含む)は除く】

- ・看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録していること。
- ・利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治医の医師に対して、利用者の健康状況について月1回以上情報を提供したこと。

・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に開催していること。

・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）～（Ⅴ）
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。
- ・特定介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）
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。
- ・入居継続支援加算
 - ・社会福祉士及び介護福祉法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が利用者の100分の15以上であること。
 - ・介護福祉士の数が、常勤換算方法で、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
 - ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成12年厚生省告示第27号）第5号に規定する基準に該当していないこと
- ・生活機能向上連携加算
別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合しているものとして大阪府に届け出た指定特定施設において、利用者に対して機能訓練を行った場合。ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき100単位を所定単位数に加算する。
- ・若年性認知症入居者受入加算
別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合しているものとして大阪府に届け出た指定特定施設において、若年性認知症入居者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった入居者をいう。）に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合。
- ・口腔衛生管理体制加算
別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合する指定特定施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対し口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
- ・栄養スクリーニング加算
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。
- ・退院・退所時連携加算
病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院・退所時連携加算として、1日につき所定単位するを加算する。30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に該当指定特定施設に再び入居した場合も、同様とする。

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

① 介護報酬額の自己負担基準表(介護保険報酬額の1割、2割又は3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 (1割負担の場合)	自己負担分/月 (2割負担の場合)	自己負担分/月 (3割負担の場合)
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					
個別機能訓練加算					
夜間看護体制加算					
医療機関連携加算					
看取り介護加算 (死亡日以前4日以上30日以下)					
看取り介護加算 (死亡前日及び前々日)					
看取り介護加算 (死亡日)					
看取り介護加算 (看取り介護一人当たり)					
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)					
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)					
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ					
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ					
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)					
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)					
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) ~ (Ⅴ)					
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ) ~ (Ⅱ)					
入居継続支援加算					
生活機能向上連携加算 (個別機能訓練加算を算定する場合は 1月につき100単位)					
若年性認知症入居者受入加算					
口腔衛生管理体制加算					
栄養スクリーニング加算					
退院・退所時連携加算 (入居後30日以内)					

・1か月は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
自己負担	(1割の場合)							
	(2割の場合)							
	(3割の場合)							

・上記は、 を算定の場合の例です。