

重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名  | 森本 健誠    |
| 所属・職名 | あさなぎ・施設長 |

1 事業主体概要

|            |                                 |                                  |  |
|------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ もりもと<br>株式会社 森本 |                                  |  |
| 法人番号       | 2120101044452                   |                                  |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 590-0503<br>大阪府泉南市新家1811番地    |                                  |  |
| 連絡先        | 電話番号／FAX番号                      | 072-483-2588/072-483-2587        |  |
|            | メールアドレス                         | home.asanagi@gmail.com           |  |
|            | ホームページアドレス                      | https://asanagi.wixsite.com/home |  |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 森本 健誠                   |                                  |  |
| 設立年月日      | 昭和                              | 25年3月17日                         |  |
| 主な実施事業     | ※別添1（別を実施する介護サービス一覧表）<br>介護保険事業 |                                  |  |

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)かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あさなぎ<br>介護付有料老人ホーム あさなぎ |                                   |   |             |
| 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                          | 〒 590-0503<br>大阪府泉南市新家1811番地                    |                                   |   |             |
| 主な利用交通手段                     | J R阪和線「新家駅」より約300m（徒歩約5分）                       |                                   |   |             |
| 連絡先                          | 電話番号                                            | 072-483-2588                      |   |             |
|                              | F A X 番号                                        | 072-483-2587                      |   |             |
|                              | メールアドレス                                         | home.asanagi@gmail.com            |   |             |
|                              | ホームページアドレス                                      | https:// asanagi.wixsite.com/home |   |             |
| 管理者（職名／氏名）                   | 施設長 / 森本 健誠                                     |                                   |   |             |
| 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                                              | 17年9月1日                           | / | 平成 17年2月15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<br>介護保険事業者番号         | 2775600774 | 所管している自治体名 | 泉南市    |
| 特定施設入居者生活介護<br>指定日・指定の更新日（直近）    | 指定日        | 指定の更新日（直近） |        |
|                                  | 平成 17年9月1日 | 令和         | 5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 | 2775600774 | 所管している自治体名 | 泉南市    |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護              | 指定日        | 指定の更新日（直近） |        |

|                               |            |           |
|-------------------------------|------------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護<br>指定日・指定の更新日（直近） | 平成 18年7月1日 | 令和 5年9月1日 |
|-------------------------------|------------|-----------|

### 3 建物概要

|        |                        |                                         |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
|--------|------------------------|-----------------------------------------|---------------|------------------|------------------|--------------------------|---------------------|-----------|--------------------|
| 土地     | 権利形態                   | 賃借権                                     | 抵当権           | あり               | 契約の自動更新          | あり                       |                     |           |                    |
|        | 賃貸借契約の期間               | 平成                                      | 17年1月1日       |                  |                  |                          | ～                   | 平成        | 40年12月31日          |
|        | 面積                     | 1,600.7 m <sup>2</sup>                  |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
| 建物     | 権利形態                   | 所有権                                     | 抵当権           | あり               | 契約の自動更新          | あり                       |                     |           |                    |
|        | 賃貸借契約の期間               |                                         | ～             |                  |                  |                          |                     |           |                    |
|        | 延床面積                   | 1,642.5 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム部分     |               |                  |                  | 1,642.5 m <sup>2</sup> ) |                     |           |                    |
|        | 竣工日                    | 平成                                      | 17年8月1日       |                  |                  | 用途区分                     | 有料老人ホーム             |           |                    |
|        | 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                    | 32 戸                                    |               | 届出又は登録（指定）をした室数  |                  |                          |                     | 32室 (32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） |
|        | 介護居室個室                 | ○                                       | ○             | ×                | ○                | ○                        | 19.07m <sup>2</sup> | 25        | 1人部屋               |
|        | 介護居室相部屋（夫婦・親族）         | ○                                       | ○             | ×                | ○                | ○                        | 22.04m <sup>2</sup> | 4         | 2人部屋               |
|        | 介護居室相部屋（夫婦・親族）         | ○                                       | ○             | ×                | ○                | ○                        | 28.24m <sup>2</sup> | 3         | 2人部屋               |
|        |                        |                                         |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
|        |                        |                                         |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
|        |                        |                                         |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
|        |                        |                                         |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
|        |                        |                                         |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
| 共用施設   | 共用トイレ                  | 6 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 |                  |                          |                     | 6 ヶ所      |                    |
|        | 共用浴室                   | 大浴場                                     | 1 ヶ所          |                  | 個室               | 3 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               | m <sup>2</sup>   |                          | 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               | m <sup>2</sup>   |                          |                     |           |                    |
|        | 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                                     | 1.8 m         |                  | 片廊下              | 1.8 m                    |                     |           |                    |
|        | 汚物処理室                  | 4 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 事務室                                 |               |                  | 通報先から居室までの到着予定時間 |                          |                     |           | 1～3分               |
|        | その他                    | エントランス、応接・相談室、ヘルパーステーション、看護室、洗濯室、談話コーナー |               |                  |                  |                          |                     |           |                    |
| 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          |      | <p>1. 介護は、特定施設サービス並びに介護予防特定施設サービス計画に基づき、入居者が当該施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活が営めるよう、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活、機能訓練等の世話をを行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。</p> <p>2. 事業所は、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。</p> <p>3. 入居者の家族との連携を常に図り、できる限り入居者と家族との交流の機会を確保するよう努める。</p> <p>4. 安定的かつ継続的な事業運営に努める。</p> <p>5. 事業の実施に当たっては、協力医療機関、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | <p>ご入居者様一人ひとりの意思、人権、プライバシーを尊重し、安全で質の高い個別的なサービスを提供します。また、ご入居者様の自立支援、健康管理、事故防止に努め、ゆとり・喜び・安心感のある環境と、ご入居者様、ご家族様、スタッフが和やかに過ごせる家庭的な環境づくりを目指します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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 テスティパル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 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   | 医療法人白卯会 白井病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                   | 提供方法 | 年1回健康診断の機会付与                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 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              |      | <p>①虐待防止に関する責任者は、管理者の森本健誠です。</p> <p>②従業員に対し、虐待防止研修を実施している。</p> <p>③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>                                                                                                                                                                                                                  |
| 身体的拘束             |      | <p>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。）</p> <p>②経過観察及び記録をする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>                                                                                                    |

（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 |                | <p>①計画作成担当者は、指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供開始前に、入居者の意向や心身の状況等のアセスメント等を行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容、サービス提供期間等を記載した特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画（以下、「計画」という。）を作成する。</p> <p>②計画の作成にあたっては、多様なサービスの提供及び利用に努め、入居者及び家族等に対して、その内容を理解しやすいよう説明し、同意を得たうえで交付するものとする。</p> <p>③計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、入居者の状況やサービスの提供状況について、計画作成担当者に報告する。</p> <p>④計画に記載しているサービス提供期間が終了するまでに、少なくとも1回は、計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行う。</p> <p>⑤計画作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行う。</p> |                                                  |
| 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利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                  |
|                                | 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）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |
|                                | 排泄介助           | 介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、排泄の介助やおむつ交換を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                | 更衣介助           | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |
|                                | 移動・移乗介助        | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子へ移乗の介助を行います。              |
|                                | 服薬介助           | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。      |
| 機能訓練                           | 日常生活動作を通じた訓練   | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、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 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。 |
| その他                            | 創作活動など         | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。               |
|                                | 健康管理           | 常に利用者の健康状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |
| 施設の利用に当たっての留意事項                |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出又は外泊しようとするときは、その都度外出外泊先、用件、施設へ帰着する予定日時などを管理者に届け出ること。</li> <li>・身上に関する重要な事項に変更が生じたときは、速やかに管理者に届け出ること。</li> <li>・喧嘩、口論、泥酔等により、その他、他人に迷惑をかけないこと。</li> <li>・施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害しないこと。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                           |                                                  |
| その他運営に関する重要事項                  |                | サービス向上のため、職員に対し、初任者、人権、身体拘束、虐待、感染症、食中毒、事故対応、認知症ケア、介護技術等の研修を実施している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                  |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の提供             |                | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                  |
| 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整備 |                | 個別機能訓練加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | なし                                               |
|                                |                | 夜間看護体制加                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | （Ⅱ）あり                                            |
|                                |                | 医療機関連携加                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | （2）あり                                            |
|                                |                | ADL維持等加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | なし                                               |
|                                |                | 看取り介護加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | なし                                               |
|                                |                | 認知症専門ケア加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし                                               |
|                                |                | サービス提供体制強化加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | （Ⅲ）あり                                            |
|                                |                | 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | （Ⅱ）あり                                            |

|                       |                |                             |    |
|-----------------------|----------------|-----------------------------|----|
| 有無                    |                |                             |    |
|                       | 入居継続支援加算       |                             | なし |
|                       | 生活機能向上<br>連携加算 |                             | なし |
|                       | 若年性認知症入居者受入加算  | あり                          |    |
|                       | 口腔衛生管理体制加算     | なし                          |    |
|                       | 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし                          |    |
|                       | 科学的介護推進体制加算    | なし                          |    |
|                       | 退院・退所時連携加算     | あり                          |    |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施 | なし             | (介護・看護職員の配置率)<br>2.3 : 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 |                                                             |
|          | その他の場合：             |                                                             |
| 協力医療機関   | 名称                  | 医療法人白卯会 白井病院                                                |
|          | 住所                  | 大阪府泉南市新家2776番地                                              |
|          | 診療科目                | 一般内科・呼吸器科・循環器科・消化器科・老年内科・神経内科・心療内科・精神科・整形外科・リハビリテーション科・放射線科 |
|          | 協力科目                |                                                             |
|          | 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                |                                                             |
|          | 協力科目                |                                                             |
| 協力歯科医療機関 | 協力内容                |                                                             |
|          |                     | その他の場合                                                      |
|          | 名称                  | 医療法人優社会 坂本歯科クリニック                                           |
|          | 住所                  | 大阪府泉南市新家2965-1                                              |
|          | 協力内容                | 訪問診療、急変時の対応                                                 |
|          |                     | 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       | 自立、要支援、要介護                       |    |                                                                                                                         |
| 留意事項           | 満60歳以上（2人で入居される場合はどちらかが満60歳以上）の方 |    |                                                                                                                         |
| 契約の解除の内容       | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合   |    |                                                                                                                         |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                             |    | 1. 不正手段により入居したとき<br>2. 費用の支払いを2ヶ月以上滞納したとき<br>3. 建物、付属設備等を故意に破損したとき<br>4. 入居者の行動が他の入居者に重大な影響を及ぼすとき<br>5. その他、契約内容に違反したとき |
|                | 解約予告期間                           |    | 1ヶ月                                                                                                                     |
| 入居者からの解約予告期間   | 0.5 ヶ月                           |    |                                                                                                                         |
| 体験入居           | あり                               | 内容 | 空室がある場合<br>1泊5,000円（食事代別途）                                                                                              |
| 入居定員           | 39 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  |     | 1      |               |
| 生活相談員                  | 1        | 1  |     | 1      |               |
| 直接処遇職員                 | 24       | 8  | 16  | 16.1   |               |
| 介護職員                   | 18       | 6  | 12  | 13.1   |               |
| 看護職員                   | 5        | 1  | 4   | 2.2    | 機能訓練指導員1名     |
| 機能訓練指導員                | 1        | 1  |     | 0.1    | 看護職員1名        |
| 計画作成担当者                | 1        | 1  |     | 1      |               |
| 栄養士                    |          |    |     |        |               |
| 調理員                    |          |    |     |        |               |
| 事務員                    | 2        | 2  |     | 2      |               |
| その他職員                  |          |    |     |        |               |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |          |    |     |        | 35 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        | 6  | 3  | 3   |    |
| 介護職員初任者研修修了者 | 8  | 3  | 5   |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |

### (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  |     |
| 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 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間（ 時～ 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  | 1 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<br>の利用者に対する看護・<br>介護職員の割合<br>（一般型特定施設以外の<br>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><br>（記入日時点での利用者数：常勤換算職員数） |   | <br><br>2.3 : 1 |
| 外部サービス利用型特定施設である<br>有料老人ホームの介護サービス<br>提供体制（外部サービス利用型特<br>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 |     |      |     |        |     | なし      |     |         |     |
|                      |               | 業務に係る資格等 |     | なし   |     | 資格等の名称 |     |         |     |         |     |
|                      |               | 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          |               | 1        | 1   |      | 3   |        |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数          |               | 1        | 1   | 1    | 3   |        |     |         |     |         |     |
| 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   |        |     |         |     |         |     |
|                      | 1年以上<br>3年未満  |          |     |      |     |        |     |         |     |         |     |
|                      | 3年以上<br>5年未満  |          |     |      |     |        |     |         |     |         |     |
|                      | 5年以上<br>10年未満 |          |     | 1    | 6   | 1      |     |         |     |         |     |
|                      | 10年以上         | 1        | 4   | 5    | 5   |        |     | 1       |     | 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                    |     | 建物賃貸借方式                  |                |
| 利用料金の支払い方式                 |     | 月払い方式                    |                |
|                            |     | 選択方式の内容<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：                      | 管理費のみ日割×50%を減額 |
| 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       |                 | 要介護           | 要介護            |
|                                                                                                | 年齢         |                 | 60歳以上         | 60歳以上          |
| 居室の状況                                                                                          | 部屋タイプ      |                 | 介護居室個室        | 一般居室相部屋（夫婦・親族） |
|                                                                                                | 床面積        |                 | 19.07㎡        | 29.24㎡         |
|                                                                                                | トイレ        |                 | あり            | あり             |
|                                                                                                | 洗面         |                 | あり            | あり             |
|                                                                                                | 浴室         |                 | なし            | なし             |
|                                                                                                | 台所         |                 | あり            | あり             |
|                                                                                                | 収納         |                 | あり            | あり             |
|                                                                                                | 入居時点で必要な費用 |                 |               | なし             |
|                                                                                                |            |                 |               |                |
| 月額費用の合計                                                                                        |            |                 | 159,971円      | 253,942円（2人分）  |
| 家賃                                                                                             |            |                 | 54,000円       | 77,000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 | （要介護1）19,371円 | （要介護1）19,371円  |
|                                                                                                |            | 食費              | 51,600円       | 51,600円        |
|                                                                                                |            | 管理費             | 35,000円       | 35,000円        |
|                                                                                                |            | 状況把握及び生活相談サービス費 |               |                |
|                                                                                                |            | 電気代             | 実費            | 実費             |
|                                                                                                |            |                 |               |                |
|                                                                                                |            |                 | （別添2）のとおり     | （別添2）のとおり      |
| 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。）<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。 |            |                 |               |                |

**（利用料金の算定根拠等）**

|                      |                                                 |     |
|----------------------|-------------------------------------------------|-----|
| 家賃                   | 建物の貸借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算定            |     |
| 敷金                   | 家賃の                                             | ヶ月分 |
|                      | 解約時の対応                                          |     |
| 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                  | 各居室の水道代、共用部の水道光熱費、衛生・車両維持管理費、消耗品費、事務管理部門に関する経費等 |     |
| 状況把握及び生活相談サービス費      |                                                 |     |
| 電気代                  | 実費                                              |     |
|                      |                                                 |     |
| 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          | アメニティセット 200円/日（税込）                             |     |

**（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                       | 基本報酬、加算の利用者負担分。 |
| 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      | 0人    |
|                     | 65歳以上75歳未満 | 0人    |
|                     | 75歳以上85歳未満 | 4人    |
|                     | 85歳以上      | 27人   |
| 要介護度別               | 自立         | 0人    |
|                     | 要支援1       | 1人    |
|                     | 要支援2       | 2人    |
|                     | 要介護1       | 9人    |
|                     | 要介護2       | 6人    |
|                     | 要介護3       | 4人    |
|                     | 要介護4       | 5人    |
|                     | 要介護5       | 4人    |
| 入居期間別               | 6か月未満      | 4人    |
|                     | 6か月以上1年未満  | 2人    |
|                     | 1年以上5年未満   | 18人   |
|                     | 5年以上10年未満  | 6人    |
|                     | 10年以上15年未満 | 0人    |
|                     | 15年以上      | 1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                |            | 31人   |

### (入居者の属性)

|      |        |        |      |        |        |           |
|------|--------|--------|------|--------|--------|-----------|
| 性別   | 男性     | 8 人    |      | 女性     | 27 人   |           |
| 男女比率 | 男性     | 22.9 % |      | 女性     | 77.1 % |           |
| 入居率  | 89.7 % |        | 平均年齢 | 89.8 歳 |        | 平均介護度 2.3 |

### (前年度における退去者の状況)

|         |          |                         |
|---------|----------|-------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 1人                      |
|         | 社会福祉施設   | 0人                      |
|         | 医療機関     | 10人                     |
|         | 死亡者      | 1人                      |
|         | その他      | 0人                      |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人                      |
|         |          | (解約事由の例)                |
|         | 入居者側の申し出 | 1人                      |
|         |          | (解約事由の例)<br>自宅に戻って生活したい |

## 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)                 |       | 株式会社 森本                      |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-483-2588 / 072-483-2587  |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00～17:00                   |
|                             | 土曜    | 9:00～17:00                   |
|                             | 日曜・祝日 | 9:00～17:00                   |
| 定休日                         |       | なし                           |
| 窓口の名称 (所在市町村 (保険者))         |       | 泉南市福祉保険部長寿社会推進課高齢福祉係         |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-483-8253 / 072-4480-2134 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00～17:00                   |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日                        |
| 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 苦情相談窓口        |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-6949-5418 / —             |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00～17:00                   |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日                        |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)          |       | 泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町広域福祉  |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-493-2023 / 072-462-7780  |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00～17:00                   |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日                        |
| 窓口の名称<br>(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)               |       | 泉南市福祉保険部長寿社会推進課              |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-483-8253 / 072-483-6477  |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00～17:00                   |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日                        |

(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                      | 損害保険ジャパン株式会社  |
|                   | 加入内容                     | 介護付きホーム賠償責任保険 |
|                   | 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、速やかに対応します。 |               |
| 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 |  | ありの場合  |  |            |  |
|                                  |  | 実施日    |  | 平成 30年4月1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                    |  | 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・入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 入居希望者に公開・入居希望者に交付 |
| 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                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ありの場合         |               |  |  |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 開催頻度          | 年 1 回         |  |  |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 構成員           | 入居者、家族、施設長、職員 |  |  |
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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                        | <p>①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |               |               |  |  |
| 緊急時等における対応方法                   | <p>・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく）</p> <p>（例）</p> <p>・病気、発熱（38度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族、後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。</p> <p>・連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。</p> <p>・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。</p> <p>・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。</p>                                                                          |               |               |  |  |
| 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           | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |               |  |  |
| 合致しない事項がある場合の内容                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |  |  |
| 「8. 既存建築物等の活用<br>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（事業主体が所在市町で実施する他の介護サービス）

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）

別添３（介護保険自己負担額（自動計算））

別添４（介護保険自己負担額）

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                 | なし |        |                |
| 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                 | なし |        |                |
| 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          | あり | あさなぎ   | 大阪府泉南市新家1811番地 |
| 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・随時対応型訪問介護看護     | 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 |        |                |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | なし |        |                |
| 居宅介護支援               | なし |        |                |
| <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      | あり | あさなぎ   | 大阪府泉南市新家1811番地 |
| 介護予防福祉用具貸与           | なし |        |                |
| 特定介護予防福祉用具販売         | 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 |        |                |

(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 |               | 備 考                                                    |
|----------|------------------|-----------------|---------------|--------------------------------------------------------|
|          |                  |                 | 料金※(税抜)       |                                                        |
| 介護サービス   | 食事介助             | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | おむつ代             | あり              | 商品単位で購入       | 自己負担、持ち込みも可                                            |
|          | 入浴（一般浴） 介助・清拭    | あり              | 週3回までは月額費に含む  | 週4回以上の場合：550円/回                                        |
|          | 特浴介助             | あり              | 週3回までは月額費に含む  | 週4回以上の場合：550円/回                                        |
|          | 身辺介助（移動・着替え等）    | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 機能訓練             | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 通院介助             | あり              | 協力医療機関は月額費に含む | 協力医療機関以外への通院介助：550円/30分毎<br>協力医療機関以外への移送サービス：550円/15分毎 |
| 生活サービス   | 居室清掃             | あり              | 週2回までは月額費に含む  | 週3回以上の場合：550円/回                                        |
|          | リネン交換            | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 日常の洗濯            | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 居室配膳・下膳          | あり              | 月額費に含む        | 食堂へ出られない場合に限る                                          |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | なし              |               |                                                        |
|          | おやつ              | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 理美容師による理美容サービス   | あり              | 1,900円/回      | 外部からの訪問理美容                                             |
|          | 買い物代行            | あり              | 週1回までは月額費に含む  | 週2回以上の場合：550円/回                                        |
|          | 役所手続代行           | あり              | 月額費に含む        | 介護保険に関する手続きに限る                                         |
|          | 金銭・貯金管理          | なし              |               |                                                        |
| 健康管理サービス | 定期健康診断           | あり              |               |                                                        |
|          | 健康相談             | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 生活指導・栄養指導        | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 服薬支援             | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
|          | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり              | 月額費に含む        |                                                        |
| 入退院のサービス | 移送サービス           | あり              | 協力医療機関は月額費に含む | 協力医療機関以外への移送サービス：550円/15分毎                             |
|          | 入退院時の同行          | あり              | 協力医療機関は月額費に含む | 協力医療機関以外への同行：550円/30分毎                                 |
|          | 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし              |               |                                                        |
|          | 入院中の見舞い訪問        | あり              | 月額費に含む        |                                                        |

※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)

当施設の地域区分単価      選択→ 6級地 10.27円

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               |        | 183                                          | 1,879    | 188    | 56,382    | 5,639  |          |
| 要支援 2               |        | 313                                          | 3,214    | 322    | 96,435    | 9,644  |          |
| 要介護 1               |        | 542                                          | 5,566    | 557    | 166,990   | 16,699 |          |
| 要介護 2               |        | 609                                          | 6,254    | 626    | 187,632   | 18,764 |          |
| 要介護 3               |        | 679                                          | 6,973    | 698    | 209,199   | 20,920 |          |
| 要介護 4               |        | 744                                          | 7,640    | 764    | 229,226   | 22,923 |          |
| 要介護 5               |        | 813                                          | 8,349    | 835    | 250,485   | 25,049 |          |
|                     |        |                                              | 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（Ⅰ）         | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）         | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ）         | あり     | 9                                            | 92       | 10     | 2,772     | 278    |          |
| 医療機関連携加算（Ⅰ）         | あり     | 100                                          | -        | -      | 1,027     | 103    | 1月につき    |
| A D L維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）    | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 看取り介護加算（Ⅰ）（Ⅱ）       | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
|                     |        |                                              |          |        |           |        |          |
|                     |        |                                              |          |        |           |        |          |
|                     |        |                                              |          |        |           |        |          |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）     | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）～（Ⅲ） | （Ⅲ）    | 6                                            | 61       | 7      | 1,848     | 185    |          |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ）  | （Ⅱ）    | （（介護予防）特定施設入居者生活介護＋加算単位数（特定処遇改善加算を除く））×12.2% |          |        |           |        | 1月につき    |
|                     |        |                                              |          |        |           |        |          |
| 入居継続支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）      | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 身体拘束廃止未実施減算         | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）    | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 若年性認知症入居者受入加算       | あり     | 120                                          | 1,232    | 124    | 36,972    | 3,698  |          |
| 口腔衛生管理体制加算          | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算      | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 科学的介護推進体制加算         | なし     |                                              |          |        |           |        |          |
| 退院・退所時連携加算          | あり     | 30                                           | 308      | 31     | 9,243     | 925    | 入居後30日以内 |

**（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（Ⅰ）【短期利用（地域密着含む）は除く】

専ら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もの※として指定権者に届け出た特定施設において、利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員等が共同して、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場合。  
※利用者の数が100を超える指定特定施設にあっては、専ら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、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置

・個別機能訓練加算（Ⅱ）【短期利用（地域密着含む）は除く】

（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合

・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。

・ADL維持等加算（Ⅰ）

- ①評価対象者（当該事業所又は当該施設の利用期間（②において「評価対象利用期間」という。）が6月を超える者をいう。以下この号において同じ。）の総数が10人以上であること。
- ②評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月（以下「評価対象利用開始月」という。）と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合については当該サービスの利用があった最終の月）においてADLを評価し、その評価に基づく値（以下「ADL値」という。）を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。
- ③評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値（以下「ADL利得」という。）の平均値が一以上であること。

・ADL維持等加算（Ⅱ）

- ①（Ⅰ）の①及び②の基準に適合するものであること。
- ② 評価対象者のADL利得の平均値が二以上であること。

・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い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）
 

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70%以上であること又は勤務年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%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（Ⅲ）
 

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%以上であること又は介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること又は利用者に直接サービス提供を行う職員の総数のうち、勤続年数7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、指定権者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、指定権者に届け出ている場合。
- ・入居継続支援加算（Ⅰ）
  - ①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。
  - ②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
  - ③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
- ・入居継続支援加算（Ⅱ）
  - 1. 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5以上であること。
  - 2. 入居継続支援加算（Ⅰ）の②及び③に該当するものであること。
- ・生活機能向上連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）
 

外部との連携により、利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合。（Ⅰ）については、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き3月に1回を限度。
- ・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指定権者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、介護職員に対す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
- ・口腔・栄養スクリーニング加算
 

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定できない。
- ・科学的介護推進体制加算
  - ①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状態等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
  - ②必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、指定特定施設入居者生活介護の提供に当たって、①に規定する情報その他指定特定施設入居者生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
- ・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:6級地 (地域加算2.7%))

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<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                            | 183単位／日 | 56,383円  | 5,639円               | 11,277円              | 16,915円              |
| 要支援2                            | 313単位／日 | 96,436円  | 9,644円               | 19,288円              | 28,931円              |
| 要介護1                            | 542単位／日 | 166,991円 | 16,700円              | 33,399円              | 50,098円              |
| 要介護2                            | 609単位／日 | 187,633円 | 18,764円              | 37,527円              | 56,290円              |
| 要介護3                            | 679単位／日 | 209,200円 | 20,920円              | 41,840円              | 62,760円              |
| 要介護4                            | 744単位／日 | 229,227円 | 22,923円              | 45,846円              | 68,769円              |
| 要介護5                            | 813単位／日 | 250,486円 | 25,049円              | 50,098円              | 75,146円              |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)                     |         |          |                      |                      |                      |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)                     |         |          |                      |                      |                      |
| 夜間看護体制加算(Ⅱ)                     | 9単位／日   | 2,773円   | 277円                 | 555円                 | 832円                 |
| 医療機関連携加算(Ⅰ)                     | 100単位   | 1,027円   | 103円                 | 205円                 | 308円                 |
| ADL維持等加算(Ⅰ)                     |         |          |                      |                      |                      |
| ADL維持等加算(Ⅱ)                     |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前31日以上45日以下) |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前4日以上30日以下)  |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡前日及び前々日)       |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日)             |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前31日以上45日以下) |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前4日以上30日以下)  |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡前日及び前々日)       |         |          |                      |                      |                      |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日)             |         |          |                      |                      |                      |
| 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)                 |         |          |                      |                      |                      |
| 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)                 | 6単位／日   | 1,849円   | 185円                 | 370円                 | 555円                 |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅰ)～(Ⅴ)          |         |          |                      |                      |                      |
|                                 |         |          |                      |                      |                      |
| 入居継続支援加算(Ⅰ)                     |         |          |                      |                      |                      |
| 入居継続支援加算(Ⅱ)                     |         |          |                      |                      |                      |
| 身体拘束廃止未実施減算                     |         |          |                      |                      |                      |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)                   |         |          |                      |                      |                      |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                   |         |          |                      |                      |                      |
| 若年性認知症入居者受入加算                   | 120単位／日 | 36,972円  | 3,697円               | 7,394円               | 11,092円              |
| 口腔衛生管理体制加算                      |         |          |                      |                      |                      |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                  |         |          |                      |                      |                      |
| 科学的介護推進体制加算                     |         |          |                      |                      |                      |
| 退院・退所時連携加算<br>(入居後30日以内)        | 30単位／日  | 9,243円   | 924円                 | 1,849円               | 2,773円               |

・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     |
|------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|      |         | 66,488円 | 111,430円 | 193,703円 | 216,862円 | 241,058円 | 263,529円 | 287,386円 |
| 自己負担 | (1割の場合) | 6,649円  | 11,143円  | 19,370円  | 21,687円  | 24,106円  | 26,353円  | 28,739円  |
|      | (2割の場合) | 13,298円 | 22,286円  | 38,741円  | 43,373円  | 48,212円  | 52,706円  | 57,478円  |
|      | (3割の場合) | 19,947円 | 33,429円  | 58,111円  | 65,059円  | 72,318円  | 79,059円  | 86,216円  |

・上記は、夜間看護体制加算(Ⅱ)(要介護のみ)、医療機関連携加算1、サービス提供体制強化加算(Ⅲ)、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を算定した場合です。