

重要事項説明書

記入年月日	令和6年12月4日
記入者名	竹下 明里
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あいりす 株式会社アイリス		
法人番号			
主たる事務所の所在地	〒 592-8335 大阪府堺市西区浜寺石津町東2-5-27		
連絡先	電話番号／FAX番号	072-421-2555	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	http://	
代表者（職名／氏名）	中川 久維 ／		
設立年月日		令和3年4月21日	
主な実施事業	※別添1（別に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) 住宅型有料老人ホーム飛翔園貝塚		
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	〒 597-0105 大阪府貝塚市三ツ松2188-1		
主な利用交通手段	水間鉄道 三ツ松駅 徒歩10分		
連絡先	電話番号	072-421-2555	
	FAX番号	072-421-2556	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	http://	
管理者（職名／氏名）	／ 施設長 竹下 明里		
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12月24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・指定の更新日 （直近）	指定日	指定の更新日（直近）	
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・指定の更新日（直近）	指定日	指定の更新日（直近）	

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	4年2月23日				～			
	面積	1,369,65 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	4年2月9日				～	令和		
	延床面積	1247,77 m ² （うち有料老人ホーム部分							1,247,77 m ² ）	
	竣工日	令和	2年12月21日			用途区分	住宅型有料老人ホーム			
	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	3階		（地上	3階、地階		なし階）			
	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	42戸		届出又は登録（指定）をした室数				42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	○	○	×	×	○	14.80m ²	8	個室	
	介護居室個室	○	○	×	×	○	14,05m ²	32	個室	
	介護居室個室	○	○	×	×	○	14,22m ²	2	個室	
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		4ヶ所			0ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽		1ヶ所			1ヶ所		その他：		
	食堂	1ヶ所		面積	99,26 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	0ヶ所		面積	0.0 m ²					
	エレベーター	あり（車椅子対応）				1ヶ所				
	廊下	中廊下	2.1 m		片廊下	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	事務室			通報先から居室までの到着予定時間				1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	防災計画		あり	避難訓練の年間回数		回		

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針		私たちは介護や支援が必要になった高齢の皆様が安心した毎日を送る事ができるように様々な取り組みや環境の整備を行っています
サービスの提供内容に関する特色		常に最も新しい介護・福祉の姿を追求し必要に応じて医療機関と連携してまいります
サービスの種類	提供形態	
入浴、排せつ又は食事の介護		
食事の提供		
調理、洗濯、掃除等の家事の供与		
健康管理の支援（供与）		
状況把握・生活相談サービス		
提供内容		日中・夜間の見守りと外出先の把握。生活支援サービスは生活面に開する相談対応と各種サービス
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診		
	提供方法	
利用者の個別的な選択によるサービス		※別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）
虐待防止		研修等を通じ積極的に取り組みます。
身体的拘束		緊急やむを得ない場合を除き行いません。

(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				
その他	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 ※「 <u>地域密着型特定施設入居者生活介護</u> 」の指定を受けている場合。	個別機能訓練加算				
	夜間看護体制加算				
	協力医療機関連携加算				
	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				
	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 (※)				
	口腔・栄養スクリーニング加算				
	退院・退所時連携加算				
	退居時情報提供加算				
	高齢者施設等感染対策向上加算				
	新興感染症等施設療養費				
	生産性向上推進体制加算				
	A D L維持等加算				
	科学的介護推進体制加算				
	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 訪問介護事業所 飛翔園貝塚
主たる事務所の所在地	〒597-0105 大阪府貝塚市三ツ松2188-1
事務者名	(ふりがな) なか 中川 久維
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		
	その他の場合：	
協力医療機関	名称	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
	診療科目	総合内科
	協力科目	訪問診療・急変時の対応
	協力内容	診療体制、急変時の対応（常時確
		その他の場合： 月2回程度の訪問診療・外来診療棟
	名称	社会医療法人 三和会 永山病院
	住所	大阪府泉南郡熊取町大久保東1-1-10
	診療科目	内科・整形外科・外科
	協力科目	
新興感染症発生時に連携する医療機関		
	名称	
	住所	
協力歯科医療機関	名称	湯川歯科医院
	住所	大阪府堺市西区津久野町1-4-7
	協力内容	
		その他の場合：

（入居後に居室を住み替える場合）【住み替えを行っていない場合は省略】

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

（入居に関する要件）

入居対象となる者	要支援、要介護		
留意事項	なし		
契約の解除の内容	事業所からの契約解除及び入居者からの解約		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条	
	解約予告期間	90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泊2日 5000円【食費込み】
入居定員	42 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		
生活相談員	0	0	0		
直接処遇職員	6	2	4		
介護職員	6	2	4		
看護職員	0	0	0		
機能訓練指導員	0	0	0		
計画作成担当者	0	0	0		
栄養士	0	0	0		
調理員	3	0	3		
事務員	1	0	1		
その他職員	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	常勤	非常勤	備考
介護福祉士	6	1	5	
介護職員初任者研修修了者	3	1	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	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間 (時 分～ 時 分)		
	平均人数	最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	2 人
生活相談員	0 人	0 人
	人	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (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									
	業務に係る資格等			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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	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	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
備考										
従業員の健康診断の実施状況			あり							

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	利用権方式	
利用料金の支払い方式	月払い方式	
	選択方式の内容	
	※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：	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会の意見を聴取

(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				
	年齢				
居室の状況	部屋タイプ		一般居室個室		
	床面積		14, 05㎡		
	トイレ		あり		
	洗面		あり		
	浴室		なし		
	台所		なし		
	収納		あり		
	入居時点で必要な費用	敷金			100, 000円
火災保険料【2年更新】			12, 300円		
月額費用の合計			127, 800円		
家賃			42, 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		49, 500円	
				18, 150円	
		状況把握及び生活相談サービス費		15, 400円	
				2, 750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	市場調査をもとに算出	
敷金	家賃の	2.39ヶ月分
	解約時の対応	
前払金	なし	
食費	朝食550円昼食550円×夕食550円×30日	
共益費	共有部の設備等の管理	
状況把握及び生活相談サービス費		
光熱水費	共益費に含む	
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（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

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

7 入居者の状況

(入居者の人数)

年齢別	6 5 歳未満	1 人
	6 5 歳以上 7 5 歳未満	3 人
	7 5 歳以上 8 5 歳未満	6 人
	8 5 歳以上	8 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 か月未満	8 人
	6 か月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	0 人
	5 年以上 1 0 年未満	0 人
	1 0 年以上 1 5 年未満	0 人
	1 5 年以上	0 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		人

(入居者の属性)

性別	男性	2 人		女性	9 人		
男女比率	男性	18.1 %		女性	81.8 %		
入居率	42.8 %		平均年齢	84 歳		平均介護度	2, 6

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 人
	その他	0 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	0 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飛翔園貝塚 中川 久維
電話番号 / F A X		072-421-2555 / 072-421-2556
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		土曜日・日曜日
窓口の名称（所在市町村（保険者））		岸和田市広域事業者指導係【介護事業者担当】
電話番号 / F A X		072-493-6132 / 072-493-6134
対応している時間	平日	9:00～17:00
定休日		土曜日・日曜日・祝日
窓口の名称 （大阪府国民健康保険団体連合会）		貝塚市福祉部高齢介護課
電話番号 / F A X		072-433-7040 / 072-430-4775
対応している時間	平日	9:00～17:00
定休日		土曜日・日曜日・祝日
窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）		貝塚市福祉部広域事業者指導課
電話番号 / F A X		072-433-7040 / 072-430-4775
対応している時間	平日	9:00～17:00
定休日		土曜日・日曜日・祝日
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）		
電話番号 / F A X		/
対応している時間	平日	
定休日		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	加入先	東京海上日動火災保険株式会社
	加入内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険
	その他	
賠償すべき事故が発生したときの対応		事故対応マニュアルに基づき罪やカニ対応します
事故対応及びその予防のための指針		

(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		
		結果の開示		
		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
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		ありの場合	
		開催頻度	年 回
		構成員	事業者・入居者・身元引受人・家族
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行		ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	入居契約書に入居者の権利として明確に規定		
緊急時等における対応方法	連絡経路を確保【施設長の滞在時不在時に分けてマニュアル化】		
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性		不適合の場合の内容	
所管庁有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	なし		
合致しない事項がある場合の内容			
「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性			
	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			
合致しない事項の内容	貝塚市有料老人ホーム設置運営指導指針に定める。夜間の介護及び救急時に対応できる職員体制及び勤務ローテーション【昼夜を問わず1名異常の職員が常駐している		
代替措置等の内容	株式会社アイリスが運営する飛翔園貝塚の訪問介護員が常駐し緊急時には訪問介護員が施設長に連絡して対応する体制を整備。不適合解消の具体的計画【入居者数・時期】		
不適合事項がある場合の入居者への説明	入居前及び契約時において不適合事項及び代替措置等について明確に提示す		

添付書類：別添１（事業主体が大阪府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)事業主体が大阪府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	なし		
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	なし		
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※ <u>(税込)</u>	
介護サービス	食事介助			
	排せつ介助・おむつ交換			
	おむつ代			
	入浴（一般浴） 介助・清拭			
	特浴介助			
	身辺介助（移動・着替え等）			
	機能訓練			
	通院介助			
	<u>口腔衛生管理</u>			
生活サービス	居室清掃			
	リネン交換			
	日常の洗濯			
	居室配膳・下膳			
	入居者の嗜好に応じた特別な食事			
	おやつ			
	理美容師による理美容サービス			
	買い物代行			
	役所手続代行			
健康管理サービス	金銭・貯金管理			
	定期健康診断			
	健康相談			
	生活指導・栄養指導			
	服薬支援			
入退院のサービス	生活リズムの記録（排便・睡眠等）			
	移送サービス			
	入退院時の同行			
	入院中の洗濯物交換・買い物			
	入院中の見舞い訪問			

※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、月額の利用料に含まれる場合と、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			0	0	0	0	
要支援 2			0	0	0	0	
要介護 1			0	0	0	0	
要介護 2			0	0	0	0	
要介護 3			0	0	0	0	
要介護 4			0	0	0	0	
要介護 5			0	0	0	0	
			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)	12	123	13	3,697	370	
夜間看護体制加算	(Ⅱ)	9	92	10	2,772	278	
協力医療機関連携加算	(Ⅱ)	40	－	－	410	41	1月につき
看取り介護加算	(Ⅱ)	572	5,874	588	－	－	死亡日以前31日以上45日以下(最大15日間)
		644	6,613	662	－	－	死亡日以前4日以上30日以下(最大27日間)
		1,180	12,118	1,212	－	－	死亡日以前2日又は3日(最大2日間)
		1,780	18,280	1,828	－	－	死亡日
認知症専門ケア加算	(Ⅱ)	4	41	5	1,232	124	
サービス提供体制強化加算	(Ⅲ)	6	61	7	1,848	185	
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	((介護予防) 特定施設入居者生活介護費+加算単位数) × 12.8%					
入居継続支援加算	(Ⅱ)	22	225	23	6,778	678	
身体拘束廃止未実施減算	あり	(要介護度に応じた1日の単位数から10%減算)					
生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	100	－	－	1,027	103	
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 <u>※</u>	あり	30	－	－	308	31	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	20	205	21	－	－	1回につき
退院・退所時連携加算	あり	30	308	31	9,243	925	
退居時情報提供加算	あり	250	2,567	257	－	－	
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅱ)	5	51	6	1,540	154	
新興感染症等施設療養費	あり	240	2,464	247	－	－	
生産性向上推進体制加算	(Ⅱ)	10	－	－	102	11	
ADL維持等加算	(Ⅱ)	60	－	－	616	62	1月につき
科学的介護推進体制加算	あり	40	－	－	410	41	1月につき

※「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。

〔別添4〕介護保険自己負担額(参考:加算項目別報酬金額: 各地(地域加算 96))

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(Ⅰ)					
個別機能訓練加算(Ⅱ)					
夜間看護体制加算(Ⅰ)					
夜間看護体制加算(Ⅱ)					
協力医療機関連携加算(Ⅰ)					
協力医療機関連携加算(Ⅱ)					
看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前31日以上45日以下)					
看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前4日以上30日以下)					
看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前2日又は3日)					
看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日)					
看取り介護加算(Ⅰ) (看取り介護一人当り)					
看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前31日以上45日以下)					
看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前4日以上30日以下)					
看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前2日又は3日)					
看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日)					
看取り介護加算(Ⅱ) (看取り介護一人当り)					
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)					
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)					
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)					
入居継続支援加算(Ⅰ)					
入居継続支援加算(Ⅱ)					
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					
口腔・栄養スクリーニング加算					
退院・退所時連携加算					
退居時情報提供加算					
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)					
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)					
新興感染症等施設療養費(月1回連続5日を限度)					
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)					
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)					
ADL維持等加算(Ⅰ)					
ADL維持等加算(Ⅱ)					
科学的介護推進体制加算					

※生活機能向上連携加算

個別機能訓練加算を算定している場合、(Ⅰ)は算定できず、(Ⅱ)を算定する場合は100単位を算定する。

・1ヶ月は30日で計算しています。

②要支援・要介護別介護報酬と自己負担

介護報酬		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		0円	0円	0円	0円	0円	0円	0円
自己負担	(1割の場合)	円	円	円	円	円	円	円
	(2割の場合)	円	円	円	円	円	円	円
	(3割の場合)	円	円	円	円	円	円	円

・本表は、
を算定する場合の例です。
介護職員等処遇改善加算の加算額の自己負担分については別途必要となります。