様式第1号

# 重要事項説明書

| | |
|---|---|
| 記入年月日 | 令和８年７月１日 |
| 記入者名 | 内藤　順子 |
| 所属・職名 | 課長補佐 |

## １ 事業主体概要

| | | |
|---|---|---|
| 名称 | （ふりがな）かぶしきがいしゃ　えーてぃえすぷらんにんぐ<br>株式会社　A・T・Sプランニング | |
| 法人番号 | 6120101039192 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　596-0076<br>大阪府岸和田市野田町3-6-30　新川第7ビル1階 | |
| 連絡先 | 電話番号／ＦＡＸ番号 | 072-479-3377　／　072-447-8789 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://www.k-helios.co.jp |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役　／　坂口　克史 | |
| 設立年月日 | 平成　１８年５月１１日 | |
| 主な実施事業 | ※別添１（事業主体が大阪府内で実施する他の介護サービス） | |

## 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）てぃえら　ことぶき<br>ティエラ　ことぶき | | | |
| 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 | 〒　595-0014<br>大阪府泉大津市寿町８－１６ | | | |
| 主な利用交通手段 | 南海線「泉大津駅」より徒歩約１５分 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0725-39-8787 | | |
| | ＦＡＸ番号 | 0725-39-8786 | | |
| | メールアドレス | | | |
| | ホームページアドレス | http://www.k-helios.co.jp/facilities.html | | |
| 管理者（職名／氏名） | 課長補佐　／　内藤　順子 | | | |
| 有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号） | 平成 | ２５年５月１日　／ | 平成 | ２３年３月２日<br>（高施第１８０５号） |

### （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 | 2770601348 | 所管している自治体名 | 泉大津市 |
| 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　２５年５月１日 | 令和　７年５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 | 2770601348 | 所管している自治体名 | 泉大津市 |
| 介護予防<br>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　２５年５月１日 | 令和　７年５月１日 | |

## ３ 建物概要

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | ２５年５月１日 | ～ | | 令和 | ２３年４月３０日 | | |
| | 面積 | 1,142.0 ㎡ | | | | | | | |
| 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 | 平成 | ２５年５月１日 | ～ | | 令和 | ２３年４月３０日 | | |
| | 延床面積 | 1,408.9 ㎡（うち有料老人ホーム部分 | | | 1,368.7 ㎡） | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | ２３年６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 | 3 階 | （地上 | 3 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 | 39 戸 | | 届出又は登録（指定）をした室数 | | | 39室 （ ３０室 ） | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考（部屋タイプ、相部屋の定員数等） |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.03㎡ | 29 | １人部屋 |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.09㎡ | 10 | １人部屋 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 | | | 2 ヶ所 | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 2 ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 3 ヶ所 | | | 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 | 124.6 ㎡ | | 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 | 124.6 ㎡ | | | | |
| | 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 | 2.1 m | 片廊下 | m | | | | |
| | 汚物処理室 | 3 ヶ所 | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 | あり |
| | | 通報先 | 事務所 | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | 1～3分 | |
| | その他 | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | あり | 火災通報設備 | | あり | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合（改善予定時期） | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 消防計画 | あり | 避難訓練の年間回数 | | 2 回 | | |

**4 サービスの内容**

**（全体の方針）**

| | | |
|---|---|---|
| 運営に関する方針 | | ティエラことぶきでは、ご入居の方々が自らの意思に基づき、質の高い生活を送っていただけるようにご支援いたします。<br>1. ご入居者お一人お一人が主役であることを宣言します。<br>2.「自立支援」「利用者本位」に基づいたサービスを提供することを宣言します。<br>3. ご入居の方々があんしんできる生活環境を提供することを宣言します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 和を基調とした落ち着いた造りの施設です。「ほっとする」そんな思いを感じてもらえる施設サービスを提供致します。 |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | | |
| 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 | | 状況把握：毎日１回以上（２時間毎）の安否確認の実施。 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | | 医療法人けやき　こもれびクリニック |
| | 提供方法 | 年２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 | | ①虐待防止に関する責任者は、管理者の内藤　順子です。<br>②従業員に対し、虐待防止研修を定期に実施しています。<br>③入居者及び家族に対し苦情解決体制を整備しています。<br>④職員会議で定期的に虐待防止のための啓発・周知等に努めています。<br>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します。 |
| ハラスメント防止 | | ①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として容赦しません。<br>（１）身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為　（２）個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為（３）意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。<br>②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。<br>③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。<br>④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約棟の措置を講じます。 |
| 身体的拘束 | | ①身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1ヶ月）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。（継続する場合は概ね3ヶ月毎行う。）<br>②経過観察及び生活記録に記載する。<br>③1週間に1回、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束廃止及び改善取組等について検討する。<br>④1ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。 |

**（介護サービスの内容）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成 | | 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。<br>②計画作成にあたっては、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。<br>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。<br>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。<br>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。 | |
| 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、摂取介助を行います。<br>また嚥下困難者のためのきざみ食、ムース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、車いす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、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 | |
| | レクリエーションを通じた訓練 | 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 | | ・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出ること。<br>・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出ること。<br>・ケンカ、口論、泥酔等により、その他、他人に迷惑をかけないこと。<br>・施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害しないこと。 | |
| 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 | | あり | |

| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 入居継続支援加算 | | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | | なし | |
| | ＡＤＬ維持等加 | | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | （Ⅰ） | あり | |
| | 夜間看護体制加算 | | なし | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | あり | |
| | 協力医療機関連携加算（※１） | （Ⅰ） | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算（※２） | | なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | | なし | |
| | 退居時情報提供加算 | | あり | |
| | 看取り介護加算 | | なし | |

※１「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。

※２「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。

※法改正により変更が生じた場合、別紙にてお知らせ、確認いたします。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 認知症専門ケア加算 | | なし | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | （Ⅰ） | あり | |
| | 新興感染症等施設療養費 | | あり | |
| | 生産性向上推進体制加算 | | なし | |
| | サービス提供体制強化加算 | | なし | |
| | 介護職員処遇改善加算 | （Ⅱイ） | あり | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | なし | （介護・看護職員の配置率）<br>：　1　　以上 | | |

**（併設している高齢者居宅生活支援事業者）**

**【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】**

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

**（連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者）**

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

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

**（医療連携の内容）※治療費は自己負担**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療支援 | 救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助 | | |
| | その他の場合： | | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人けやき　こもれびクリニック | |
| | 住所 | 大阪府岸和田市野田町3-6-30　新川第7ビル411号室 | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力科目 | | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | あり |
| | | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保 | あり |
| | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | 協力科目 | | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | |
| | | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保 | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | あり | | |
| | 名称 | 医療法人けやき　こもれびクリニック | |
| | 住所 | 大阪府岸和田市野田町3-6-30　新川第7ビル411号室 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 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 | 自立、要支援、要介護 | | |
| 留意事項 | ・６０歳以上で共同生活を営むことが支障なく維持できるもの<br>・特定疾患 | | |
| 契約の解除の内容 | 1. 要介護（支援）認定を受けられなかったとき<br>2. 契約期間満了日の３０日前までに利用者から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了した時<br>3. ７日間以上の予告期間をもって、利用者が契約を解除したとき<br>4. 事業所は以下の場合、３０日以上の予告期間をもって契約を解除できる<br>〇正当な理由なく利用料その他自己の支払う費用を2ヶ月以上滞納した場合<br>〇法令違反の又は、サービス提供を阻害する行為をなし、事業所側の再三の申し出にもかかわらず改善の見込みがなく、サービス利用契約の目的を達することが困難になったとき<br>5. 介護保険施設等へ入所したとき<br>6. 利用者と事業所間で、入居・利用契約が終了したとき<br>7. 死亡したとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | | |
| | 解約予告期間 | | |
| 入居者からの解約予告期間 | ３ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 空室がある場合<br>1泊2日食事つき12,650円（税込） |
| 入居定員 | 39 人 | | |
| その他 | 内、３０名は特定施設入居者生活介護となります。 | | |

## ５ 職員体制

**（職種別の職員数）**

| | 職員数（実人数） | | | 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 | | 生活相談員1名 |
| 生活相談員 | 1 | | | 管理者1名 |
| 直接処遇職員 | 22 | | | |
| 介護職員 | 20 | 4 | 16 | |
| 看護職員 | 2 | 1 | 2 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | | 1 | |
| その他職員 | | | | |

**（資格を有している介護職員の人数）**

| | 合計 | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 0 | |
| 看護師 | 3 | 1 | 2 | |
| 介護福祉士 | 5 | 1 | 4 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 5 | 3 | 2 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 4 | 0 | 4 | |

**（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 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| 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（ 16 時 00 分～ 10 時 00 分） | | |
|---|---|---|
| | 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 |

**（職員の状況）**

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 業務に係る資格等 | あり | 資格等の名称 | 介護福祉士実務者研修修了者 |

| | | 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 | 5 | 1 | | 1 | | | |
| 前年度１年間の退職者数 | | 1 | | 2 | 2 | 1 | | 1 | | | |
| 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 | 3 | 1 | | 1 | | | |
| | １年以上３年未満 | | | 3 | 3 | | | | | | |
| | ３年以上５年未満 | | | | 7 | | | | | | |
| | ５年以上１０年未満 | | 2 | | 3 | | | | | 1 | |
| | １０年以上 | | | | | | | | | | |

| 備考 | |
|---|---|
| 従業者の健康診断の実施状況 | あり |

## ６ 利用料金

### （利用料金の支払い方法）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 居住の権利形態 | | 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | | 月払い方式 | |
| | | 選択方式の内容<br>※該当する方式を全て選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | あり | |
| 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： | 家賃・管理費・生活支援サービス費は徴収 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価変動、人件費上昇等により、改定する場合がある | |
| | 手続き | 1か月前までに文章により通知し、利用サービス変更合意書を交わす | |

### （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 | 自立 | 要支援・要介護 |
| | | | | 年齢 | ６０歳以上 | ６０歳以上 |
| 居室の状況 | | | | 部屋タイプ | 一般居室個室 | 一般居室個室 |
| | | | | 床面積 | 18.03㎡～18.09㎡ | 18.03㎡～18.09㎡ |
| | | | | トイレ | あり | あり |
| | | | | 洗面 | あり | あり |
| | | | | 浴室 | なし | なし |
| | | | | 台所 | なし | なし |
| | | | | 収納 | あり | あり |
| 入居時点で必要な費用 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 月額費用の合計 | | | | | 147,500円 | 147,500円 |
| | 家賃 | | | | 50,000円 | 50,000円 |
| | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※の費用 | | | 0円 | 0円 |
| | | 介護保険外 | 食費 | | 61,500円（税抜） | 61,500円（税抜） |
| | | | 管理費 | | 25,000円 | 25,000円 |
| | | | 状況把握及び生活相談サービス費 | | 11,000（税込） | 11,000（税込） |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

備考　介護保険費用１割、２割又は３割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添３及び４のとおりです。

**（利用料金の算定根拠等）**

| | | |
|---|---|---|
| 家賃 | 建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、１室あたりの家賃を算定 | |
| 入居一時金 | ２４０，０００円 | |
| | 解約時の対応 | 退所時、返金なし |
| 前払金 | 老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定 | |
| 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 | 共用部分の維持管理するための費用 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| 光熱水費 | １００円（税抜）/日 | |
| | | |
| 介護保険外費用 | 医療費・薬代・おむつ代 | |
| 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 | 食事の配膳、下膳、施設サービスなど | |

**（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） | （上掲） |
| ※　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 | 3(うち住宅型1人) 人 |
| | ７５歳以上８５歳未満 | 10(うち住宅型3人) 人 |
| | ８５歳以上 | 21(うち住宅型3人) 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援１ | 0 人 |
| | 要支援２ | 4(うち住宅型1人) 人 |
| | 要介護１ | 2 人 |
| | 要介護２ | 5 人 |
| | 要介護３ | 7(うち住宅型2人) 人 |
| | 要介護４ | 8(うち住宅型2人) 人 |
| | 要介護５ | 8(うち住宅型2人) 人 |
| 入居期間別 | ６か月未満 | 5 人 |
| | ６か月以上１年未満 | 2(うち住宅型1人) 人 |
| | １年以上５年未満 | 18(うち住宅型4人) 人 |
| | ５年以上１０年未満 | 9(うち住宅型2人) 人 |
| | １０年以上１５年未満 | 0 人 |
| | １５年以上 | |
| 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 | | 34 人 |

### （入居者の属性）

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 12 人 | | 女性 | 22 人 | |
| 男女比率 | 男性 | 35 % | | 女性 | 65 % | |
| 入居率 | 87 % | 平均年齢 | 87.7 歳 | 平均介護度 | 3.2 | |

### （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 | 4 人 |
| | 死亡者 | 6 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）<br>なし |
| | 入居者側の申し出 | 4 人 |
| | | （解約事由の例）<br>長期入院療養のため |

## 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） | | ティエラことぶき |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 0725-39-8787　／　0725-39-8786 |
| 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 | | なし |
| 窓口の名称（所在市町村（保険者）） | | 泉大津市役所　高齢介護課 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 0725-33-9104　／　0725-20-3129 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：45～17：15 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始等 |
| 窓口の名称<br>（大阪府国民健康保険団体連合会） | | 大阪府国民保険団体連合会 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 06-6949-5309　／　06-6949-5313 |
| 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・年末年始等 |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁） | | 泉大津市広域事業者指導課　介護事業者担当 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 072-493-6132　／　072-493-6134 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～17：30 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始等 |
| 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　/　ＦＡＸ | | ／ |
| 対応している時間 | 平日 | |
| 定休日 | | |
| 窓口の名称（虐待の場合） | | 泉大津市役所　高齢介護課 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 0725-33-9104　／　0725-20-3129 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：45～17：15 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始等 |

**（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 | 入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合に賠償する。但し、入居者に重大な過失がある場合や不可抗力の場合を除く。 |
| | 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く（介護保険サービス・介護保険外サービス） | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | |

**（利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等）**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | あり | ありの場合 | | | |
| | | | 実施日 | 通年 | |
| | | | 結果の開示 | あり | |
| | | | | 開示の方法 | 館内掲示 |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | | | |
| | | | 実施日 | | |
| | | | 評価機関名称 | | |
| | | | 結果の開示 | | |
| | | | | 開示の方法 | |

## ９ 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|---|---|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |

## 10 その他

<table>
<tr><td rowspan="4">運営懇談会</td><td rowspan="4">あり</td><td colspan="3">ありの場合</td></tr>
<tr><td>開催頻度</td><td colspan="2">年　　1回</td></tr>
<tr><td>構成員</td><td colspan="2">入居者・家族・施設長・職員・介護支援専門員</td></tr>
<tr><td>なしの場合の代替措置の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">高齢者虐待防止のための取組の状況</td><td>あり</td><td colspan="3">虐待防止対策検討委員会の定期的な開催</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">指針の整備</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な研修の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">担当者の配置</td></tr>
<tr><td rowspan="5">身体的拘束等の適正化のための取組の状況</td><td>あり</td><td colspan="3">身体的拘束等適正化検討委員会の開催</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">指針の整備</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な研修の実施</td></tr>
<tr><td rowspan="3">あり</td><td colspan="3">緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと</td></tr>
<tr><td colspan="3">ありの場合</td></tr>
<tr><td>身体的拘束等を行う場合の態様及び時、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録</td><td>あり</td></tr>
<tr><td rowspan="6">業務継続計画（ＢＣＰ）の策定状況等</td><td>あり</td><td colspan="3">感染症に関する業務継続計画</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">災害に関する業務継続計画</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">職員に対する周知の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な研修の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な訓練の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な業務継続計画の見直し</td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行</td><td>なし</td><td>ありの場合の提携ホーム名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人情報の保護</td><td colspan="4">・入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。<br>・事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。<br>・事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。<br>・事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。</td></tr>
<tr><td>緊急時等における対応方法</td><td colspan="4">・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）<br>・病気、発熱（37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。<br>・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。<br>・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。<br>・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。</td></tr>
<tr><td>大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性</td><td>適合</td><td>不適合の場合の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 該当しない | |
| | | 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 | | |
| | 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 | 訪問介護わが家 | 和泉市肥子町2-4-100 |
| 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 | 料金※（税込） | 備　　考 |
|---|---|---|---|---|
| 介護サービス | 食事介助 | | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | | | |
| | おむつ代 | あり | 右記参照 | 紙おむつ：３，３８８円/袋　　紙パンツ：S～LL２，４０６円/袋、ビック２，７５０円/袋　　尿パット：レギュラー：1,０３７円/袋　ワイド：１，７２４円/袋　ビッグ：２，１８２円/袋　ハイパープレミアム：３，５４２円/袋 |
| | 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 | | | |
| | 口腔衛生管理 | | | |
| 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 | あり | 実費 | |
| | 買い物代行 | | | |
| | 役所手続代行 | | | |
| | 金銭・貯金管理 | | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | | | |
| | 健康相談 | | | |
| | 生活指導・栄養指導 | | | |
| | 服薬支援 | あり | 11,000円/月 | 生活支援サービス費として |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | | | |
| 入退院のサービス | 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、月額のサービス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） | 12 | 123 | 13 | 3,697 | 370 | |
| 夜間看護体制加算 | なし | | | | | | |
| 協力医療機関連携加算 | （Ⅰ） | 100 | － | － | 1,027 | 103 | 1月につき |
| 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 | なし | | | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 | （Ⅱイ） | （（介護予防）特定施設入居者生活介護費+加算単位数）× 14.2% | | | | | |
| 入居継続支援加算 | 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 | 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 | | | | | | |
| 退院・退所時連携加算 | なし | | | | | | |
| 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 | （Ⅰ） | 10 | 102 | 11 | 3,081 | 309 | |
| 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 | なし | | | | | | |
| ＡＤＬ維持等加算 | なし | | | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | なし | | | | | | |

※「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。

**（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）【短期利用は除く】

・機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置していること。
（理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（6月以上の機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。））
・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のものが共同して、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こと。

・協力医療機関連携加算【短期利用は除く】

・協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合
（Ⅰ） 当該協力医療機関が指定居宅サービス基準第191条第2項各号に掲げる要件を満たしている場合
（Ⅱ） （Ⅰ)以外の場合

・介護職員等処遇改善加算（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等の賃金の改善等を実施しているものとして、所管庁長に届け出ている場合。

・若年性認知症入居者受入加算

・若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めていること。

・退居時情報提供加算【短期利用は除く】

・利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合

・高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)

・第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること
・協力医療機関等との間で、感染症（新興感染症を除く。）の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること
・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に１年に１回以上参加していること。

・新興感染症等施設療養費

・利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、指定特定施設入居者生活介護を行った場合

**（別添4） 介護保険自己負担額（参考：加算項目別報酬金額： 6級地（地域加算 10.27%））**

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 | 56,382円 | 5,639円 | 11,277円 | 16,915円 |
| 要支援2 | 313単位/日 | 96,435円 | 9,644円 | 19,287円 | 28,931円 |
| 要介護1 | 542単位/日 | 166,990円 | 16,699円 | 33,398円 | 50,097円 |
| 要介護2 | 609単位/日 | 187,632円 | 18,764円 | 37,527円 | 56,290円 |
| 要介護3 | 679単位/日 | 209,199円 | 20,920円 | 41,840円 | 62,760円 |
| 要介護4 | 744単位/日 | 229,226円 | 22,923円 | 45,846円 | 68,768円 |
| 要介護5 | 813単位/日 | 250,485円 | 25,049円 | 50,097円 | 75,146円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 12単位/日 | 3,697円 | 370円 | 740円 | 1,110円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20単位/月 | | | | |
| 夜間看護体制加算（Ⅰ） | 18単位/日 | | | | |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ） | 9単位/日 | | | | |
| 協力医療機関連携加算（Ⅰ） | 100単位/月 | 1,027円 | 103円 | 206円 | 309円 |
| 協力医療機関連携加算（Ⅱ） | 40単位/月 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>（死亡日以前31日以上45日以下） | 72単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>（死亡日以前4日以上30日以下） | 144単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>（死亡日以前2日又は3日） | 680単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>（死亡日） | 1,280単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>（看取り介護一人当り） | （最大7,608単位/円） | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅱ）<br>（死亡日以前31日以上45日以下） | 572単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅱ）<br>（死亡日以前4日以上30日以下） | 644単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅱ）<br>（死亡日以前2日又は3日） | 1,180単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅱ）<br>（死亡日） | 1,780単位/日 | | | | |
| 看取り介護加算（Ⅱ）<br>（看取り介護一人当り） | （最大30,108単位/円） | | | | |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 3単位/日 | | | | |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 4単位/日 | | | | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22単位/日 | | | | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 18単位/日 | | | | |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6単位/日 | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ） | （Ⅱ）イ | （介護予防）特定施設入居者生活介護費+加算単位数） | | × | 14.2% |
| 入居継続支援加算（Ⅰ） | 36単位/日 | | | | |
| 入居継続支援加算（Ⅱ） | 22単位/日 | | | | |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 100単位/月 | | | | |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 200単位/月 | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 120単位/日 | 36,972円 | 3,698円 | 7,395円 | 11,092円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位/回 | | | | |
| 退院・退所時連携加算 | 30単位/日 | | | | |
| 退居時情報提供加算 | 250単位/回 | 2,567円 | 257円 | 514円 | 771円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 10単位/月 | 102円 | 11円 | 21円 | 31円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 5単位/月 | | | | |
| 新興感染症等施設療養費<br>（月1回連続5日を限度） | 240単位/日 | 2,464円 | 247円 | 493円 | 740円 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 100単位/月 | | | | |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 10単位/月 | | | | |
| ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ） | 30単位/月 | | | | |
| ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ） | 60単位/月 | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 | | | | |

※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。

※法改正により変更が生じた場合、別紙にてお知らせ、確認いたします。

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 61,106円 | 101,159円 | 171,714円 | 192,356円 | 213,923円 | 233,950円 | 255,209円 |
| 自己負担 | (1割の場合) | 6,112円 | 10,117円 | 17,172円 | 19,237円 | 21,393円 | 23,396円 | 25,522円 |
| | (2割の場合) | 12,223円 | 16,699円 | 34,344円 | 38,473円 | 42,786円 | 46,792円 | 51,043円 |
| | (3割の場合) | 18,334円 | 30,350円 | 51,516円 | 57,709円 | 64,179円 | 70,187円 | 76,565円 |

・本表は、個別機能訓練加算(Ⅰ)及び協力医療機関連携加算(Ⅰ)を算定の場合の例です。
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。