

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2025年7月1日 |
| 記入者名 | 湯田 智 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 名称 | (ふりがな)かぶしきかいしゃ ことほぎ 株式会社 ことほぎ | |
| 法人番号 | 2775505817 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 581-0020 大阪府八尾市曙川東8-120-1 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 072-990-3333/072-990-4333 |
| | メールアドレス | jyujyuen@dream.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http://jyujyuen.webcrow.jp |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 浅井 寿徳 | |
| 設立年月日 | 令和 5年12月1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)じゅじゅえん 寿樹苑 | |
| 届出・登録の区分 | 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | |
| 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 | 〒 581-0020 大阪府八尾市曙川東8-120-1 | |
| 主な利用交通手段 | JR志紀駅～徒歩10分程 近鉄恩智駅～徒歩10分程 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-990-3333 |
| | FAX番号 | 072-990-4333 |
| | メールアドレス | jyujyuen@dream.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http://jyujyuen.webcrow.jp |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長 / 湯田 智 | |
| 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 28年6月1日 | / |

(特定施設入居者生活介護の指定)

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------------|-----|
| 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号 | 2775505817 | 所管している自治体名 | 八尾市 |
| 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 平成 28年6月1日 | 指定の更新日（直近） 令和 4年6月1日 | |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号 | 2775505817 | 所管している自治体名 | 八尾市 |
| 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 平成 28年6月1日 | 指定の更新日（直近） 令和 4年6月1日 | |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------|-------------------------------------|------------------|---------------------|------------------|---------|---------------------|-----|--|--|--|--|--|--|
| 土地 | 権利形態 | 所有権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | なし | | | | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | | | | ～ | | | | | | | | | |
| | 面積 | 1,869.2 m ² | | | | | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 所有権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | なし | | | | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | | | | ～ | | | | | | | | | |
| | 延床面積 | 1,778.5 m ² (うち有料老人ホーム部分 | | | | | m ²) | | | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 24年11月15日 | | 用途区分 | | 有料老人ホーム | | | | | | | | |
| | 耐火構造 | 準耐火建築物 | その他の場合：増築部分耐火建造物 | | | | | | | | | | | |
| | 構造 | 木造 | その他の場合：増築部分鉄骨造 | | | | | | | | | | | |
| | 階数 | 2 階 | (地上 | 2 階、地階 | 階) | | | | | | | | | |
| サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | 適合している | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 49 戸 | | 届出又は登録(指定)をした室数 | | | (49室) | | | | | | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積(m ²) | 室数 | | | | | | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.18 | 28 | | | | | | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.02 | 13 | | | | | | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.09 | 4 | | | | | | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 19.44 | 2 | | | | | | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.06 | 1 | | | | | | |
| | 介護居室相部屋(夫婦・親族) | ○ | ○ | × | × | ○ | 26.86 | 1 | | | | | | |
| | 一時介護室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 16.5 | 1 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 5ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | 5ヶ所 | | | | | | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 5ヶ所 | | | | | | | |
| | 共用浴室 | | 1ヶ所 | | 3ヶ所 | | | | | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | | 1ヶ所 | | 1ヶ所 | | その他：ストレッチャー | | | | | | | |
| | 食堂 | 1ヶ所 | 面積 | 89.3 m ² | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | | | | | |
| | 機能訓練室 | 1ヶ所 | 面積 | 58.4 m ² | | | | | | | | | | |
| | エレベーター | あり(ストレッチャー対応) | | | 2ヶ所 | | | | | | | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 41.3 m | 片廊下 | なし | m | | | | | | | | |
| | 汚物処理室 | 2ヶ所 | | | | | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 | | | | | | |
| | | 通報先 | 事務所 | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | 2~3分程 | | | | | | | |
| | その他 | 医務室・相談室・菜園スペース・談話コーナー・洗濯室 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 5月・10月 | | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| 運営に関する方針 | 指定特定施設入居者生活介護の提供にあたって、利用者様に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行う事により、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。又、要支援状態の方も同じサービスを提供する。目的は、自立した日常生活を営むことができるよう支援するのは勿論、さらに心身機能の維持回復を図り生活機能の維持、向上を目指していく。 | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービスの提供内容に関する特色 | 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）寿樹苑の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、計画作成責任者その他の従業者が要介護状態（要支援状態）の利用者様に対し、適切な指定特定施設入居者生活介護（予防特定）を提供することを目的とする。 | |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施 | 入浴は週2回。一般浴・機械浴3種類（ボランテ・リフト・ストレッチャー）利用者様の状態・安全面を含め入浴方法を考えます。自立した利用者様に対しても見守りは行わせて頂きます。排泄に関しては、排泄の自立を目的として行い、残存能力・安全面に配慮し排泄方法を決めています。食事の介護に対しては、全利用者様の状況に合わせて見守り・一部介助・全介助の対応とさせて頂いています。 |
| 食事の提供 | 自ら実施 | 当施設職員が配膳・下膳を行い、食事摂取量・水分摂取量を把握していきます。 |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施・委託 | 調理は委託会社（浅田給食）可能な限り温かい状態で提供、季節に合わせた行事食等をご用意しております。又、利用者様の食事形態（普通・一口大・キザミ・ミキサー）対応可能。洗濯（週2回）、居室清掃（週2回）を提供しています。 |
| 健康管理の支援（供与） | 自ら実施 | バイタル測定、皮膚状況については保湿や褥瘡予防の処置等、服薬準備・確認、点滴施行・管理（時間制限あり）、注射の施行（インスリン、骨粗鬆症予防）（時間制限有り）、胃管の施行・管理（時間制限あり）、往診医への情報提供・付き添い、血糖値測定等。 |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | 状況把握サービス（食事や外出等の生活場面での機会、または緊急通報システムの利用を通じて少なくとも1日1回、本人の状況を把握し又は突発的な事故、体調の急変等の場合には必要な措置を講じるとともに、状況により協力医療機関及び家族様等への連絡を行う）生活相談サービス（生活・介護・健康等の本建物内での日常生活に関する相談に王子、助言を行う） | |
| サ高住の場合、常駐する者 | 介護職員初任者研修・実務者研修・介護福祉士・認知症基礎研修者 | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 藤井寺敬仁会クリニック（藤井寺市）・きたむら内科（柏原市） |
| | 提供方法 | 年2回以上（状態により適宜検診行う） |
| 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、施設長の湯田智です。②従事者に対し、理解を深める為虐待防止研修を年2回取り組んでおります。③施設玄関先やいつでも閲覧できるように苦情解決体制を整備しております。④定期的に現状の施設での虐待防止の為の啓発・実態調査を行い職員一同に周知を図っております。⑤従事者から虐待を受けたと思われる事案が発生した場合、速やかに市町村へ通報等とるべき対応を迅速に行います。 | |
| 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、緊急やむ負え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1か月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。又、家族様への説明を行い、同意書を頂く。（継続して行う場合は、概ね1か月毎行う）その後は継続して経過観察記録行い、2週間に一度は検討会議を開催し入居者の状況・身体拘束廃止及び改善取り組みについて検討する。②3カ月に1回は、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み周知していく。 | |

(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に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を作成する。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、同意を得た上で交付するものとする。③計画に基づくサービスの提供開始から、少なくとも1ヶ月に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。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）を行う。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 | 利用者様へ食事の提供及び一部必要な方、全てが必要な方に介助を提供します。又、嚥下状態に合わせて主食は、普通→軟飯→粥→ペースト 副食は、一口大→キザミ→極キザミ→ペーストをご用意できます。できる限り自分で食べる喜びを感じて頂けるように残存能力を生かした介助方法を選ばせて頂きます。 | | | | |
| | 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・機械浴）の介助（見守り・洗髪・洗身一部or全部）を行います。又、体調不良や入浴拒否等あれば清拭（身体を拭く）で対応することもあります。 | | | | |
| | 排泄介助 | 利用者には、排泄の自立を念頭に介助を行います。利用者の状況に合わせてトイレ誘導・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、室内的移動、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 | なし | 現在は、行っていないが今後クラブ活動などの事を取り入れていきたい。 | | | |
| | 健康管理 | 常に利用者の健康状況に注意するとともに、健康保持の為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 | | ①外出又は外泊しようとする際は、その都度届を出して頂き、外出先、用件、施設へ帰着する予定日時などを管理者に届けであること②身上に関する重要な事項に変更が生じた時は、速やかに管理者に届けであること③喧嘩・口論・過剰なスキシップ・泥酔等により、他人に迷惑かけないこと④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 | | サービス向上の為、職員に対し、人権（プライバシー）、ハラスマント、感染症や自然災害のBCP、身体拘束、高齢者虐待、感染予防、食中毒、事故対応、緊急時対応、認知症、要介護状態進行予防、接遇、介護技術等の研修を行い理解を深めております。 | | | | |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の提供 | | 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。 | 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 個別機能訓練加算 | | なし | | |
| | 協力医療機関連携加算（※） | 夜間看護体制加算 | (II) | | | |
| | | 協力医療機関連携加算（※） | (I) | | | |
| | | 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 | | |
| | | 介護職員待遇改善加算 | (I) | | | |
| | | 入居継続支援加算 | | 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 | | なし | | |
| | | 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 | あり |
| | 退居時情報連携加算 | あり |
| | A D L 維持等加算 | なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | なし |
| 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) 2 : 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 | | |
| | 入退院は病院到着後30分経過後より費用発生します。通院は、協力医療機関以外は費用発生致します。費用としましては、15分600円とさせて頂きます。 | | |
| 協力医療機関 | 名称 | 藤井寺敬任会クリニック | |
| | 住所 | 藤井寺市恵美坂1-2-3 | |
| | 診療科目 | 内科・循環器内科 | |
| | 協力科目 | 総合内科 | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において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診療を行う体制を常時確保 | なし |
| | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | 協力科目 | | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 名称 | 入所者の病状の急変時等において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診療を行う体制を常時確保 | なし |
| | 住所 | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | あさい歯科クリニック・口腔外科 | |
| | 住所 | 八尾市八尾木北6-39 | |
| | 協力内容 | 訪問診療 週2回歯科衛生士が訪問し口腔状態確認し清掃を行う。 | |

(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 | 介護居室へ移る場合 | | |
| | その他の場合 : | | |
| 判断基準の内容 | 1. 日常生活の維持及び運営上、特に支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合には利用者の居室を変更することがあるものとします。この場合は、追加費用は発生しないものとします。2. 夫婦部屋の利用者が一人になった場合、個室へと変更となります。夫婦部屋から個室へ変更すると構造・仕様・面積が変更となります。 | | |
| 手続の内容 | 居室変更判断に際しては、次に掲げる手続きをとります。①緊急止むを得ない場合を除いて一定期間観察を設ける②主治医に意見を聞きます③利用者及び家族等に同意を得、居室変更届を記入して頂きます。 | | |
| 追加的費用の有無 | なし | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | 利用権の対象居室は、当初の居室から変更後の居室に変更となります。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | なし | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 |
| | 便所の変更 | なし | 変更の内容 |
| | 浴室の変更 | なし | 変更の内容 |
| | 洗面所の変更 | なし | 変更の内容 |
| | 台所の変更 | なし | 変更の内容 |
| | その他の変更 | あり | 変更の内容 構造もしくは仕様に変更あり |

(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 | 年齢は65歳以上。介護保険の認定を受けている方。40歳以上で介護保険の認定を受けてい る方は要相談とさせて頂きます。施設看護師の勤務時間が9~18の為医療行為が重度の利 用者の受け入れは要相談となります。夜間帯に医療行為が必要な利用者の受け入れは不 可となります。(例 痰吸引常時必要な方等) | | |
| 契約の解除の内容 | ①利用者が死亡した場合②利用者又は事業所から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 利用者の行動・言動が、他の利用者・職員の生命 に危害を及ぼすなどの恐れがあり通常の介護・接 遇では防止できない場合(自傷行為・他害行為・ 過度な接触(セクハラ行為等)) | |
| | 解約预告期間 | 3ヶ月 | |
| 入居者からの解約预告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 空室がある場合 1泊入浴・食事付5000円 |
| 入居定員 | 50人 | | |
| その他 | 身元引受人が設定できない場合は要相談 | | |
| 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 | 管理者兼生活相談員 | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 1 | | | |
| 直接処遇職員 | 28 | 19 | 9 | 23.5 | | |
| 介護職員 | 21 | 16 | 5 | 介護職員兼機能訓練指導員 | | |
| 看護職員 | 7 | 3 | 4 | | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0.1 | | | |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | 0.8 | | |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | 1 | | 1 | | | |
| その他職員 | | | 6 | 清掃・送迎職員 | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | 40 時間 | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|---------------|----|----|-----|----------|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 介護福祉士 | 7 | 5 | 2 | 管理者、CM含む |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 2 | 2 | | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 4 | 3 | 1 | |
| 看護師 | 4 | 2 | 2 | |
| 准看護師 | 1 | 1 | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | | |
|-------------|----|----|-----|--|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | 7 | 3 | 4 | |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 柔道整復師 | 1 | 1 | | |
| 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（ 21時00分～ 09時30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 | 2 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略) | 契約上の職員配置比率 | 3:1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | 2 : 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)

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 | 一部前払い・一部月払い方式 ※該当する方式を全て選択 | 初回、入居翌月が初回お支払い日その際家賃・共益費は前払いにて頂きます。 |
| 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 | 要支援1～要介護5に一日設定された金額あり |
| 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： | 入院中、契約解除なければ家賃・共益費発生致します。 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 消費税増税や経済事情の変動により利用料が不相当となった場合 |
| | 手続き | 各入居者様に報告、説明を頂き同意を得る。 |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | プラン 1 | プラン 2 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援2 | 要介護1 同士の夫婦 |
| | 年齢 | 75歳以上 | 75歳以上 |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 介護居室個室 | 介護居室相部屋（夫婦・親族） |
| | 床面積 | 18.18m ² | 26.86m ² |
| | 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 |
| 入居時点での必要な費用 | 敷金 | なし | なし |
| | 注意事項 | 初回請求時、入居当月はお支払いなし。翌月28日引き落としになります。前払い家賃・共益費を請求している為初回のみ家賃・共益費3カ月請求します。 | 初回請求時、入居当月はお支払いなし。翌月28日引き落としになります。前払い家賃・共益費を請求している為初回のみ家賃・共益費3カ月請求します。 |
| 月額費用の合計 | | 148813円+その他費用 | 307984円+その他費用 |
| 家賃 | | 47,000円 | 90000円（2人で） |
| 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 30日計算 | 9,813円 | 16992円×2=33984円 |
| | 食費（30日での計算）1日／1800円 | 54,000円 | 108,000円 |
| | 共益費 | 38,000円 | 76,000円 |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | 特定施設入居者生活介護費に含む | 特定施設入居者生活介護費に含む |
| | 光熱水費 | 共益費に含む | 共益費に含む |
| | その他 | 往診費、選択制費用、日用品等 | 往診費、選択制費用、日用品等×2 |
| 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こと）※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 | |
| 敷金 | 家賃の 解約時の対応 | ヶ月分 |
| 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 | |
| 共益費 | 共有部分設備維持費、談話スペース維持費、機能訓練室及び設備の維持費、医務室維持費、一時介護室維持費、菜園スペース維持費、駐車場維持費、水道、光熱費等 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | 状況把握サービス（安否確認、緊急通報への対応）・生活相談サービス（一般的な相談・助言、専門家や専門機関の紹介） | |
| 光热水費 | 共益費に含まれています | |
| 生活サポート費 | 特定施設入居者生活介護費に含まれています | |
| 介護保険外費用 | 往診費（医療費）・おむつ代・日用品代・選択制費用ある場合 | |
| 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 | 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

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| 算定根拠 | |
| 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ヶ月以内の契約終了 |
| | 入居後3ヶ月を超えた契約終了 |
| 前払金の保全先 | |
| | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|-------|---------------------|------|
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 9人 |
| | 85歳以上 | 41人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 8人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 6人 |
| | 要介護4 | 14人 |
| 入居期間別 | 要介護5 | 9人 |
| | 6か月未満 | 11人 |
| | 6か月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 30人 |
| | 5年以上10年未満 | 6人 |
| | 10年以上15年未満 | 人 |
| | 15年以上 | 人 |
| | 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | 人／1人 |
| 入居者数 | | 50人 |

(入居者の属性)

| | | | | |
|------|------|------|-----|-----------|
| 性別 | 男性 | 11人 | 女性 | 39人 |
| 男女比率 | 男性 | 22% | 女性 | 78% |
| 入居率 | 100% | 平均年齢 | 88歳 | 平均介護度 2.8 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|-----------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 4人 |
| | 死亡者 | 6人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 認知症悪化にて施設での対応が難しくなった為 |
| | 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） | 寿樹苑 苦情担当責任者 湯田 智 | |
| 電話番号 / FAX | 072-990-3333 / 072-990-4333 | |
| 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 | いつでも対応致します。 | |
| 窓口の名称（所在市町村（保険者）） | 八尾市健康福祉部高齢課 | |
| 電話番号 / FAX | 072-924-9360 / 072-924-1005 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45～17:45 |
| 定休日 | 土日祝祭日、年末年始 | |
| 窓口の名称 (大阪府国民健康保険団体連合会) | 大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 | |
| 電話番号 / FAX | 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、年末年始 | |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁） | 八尾市健康福祉部福祉指導監査課 | |
| 電話番号 / FAX | 072-924-3012 / 072-922-3786 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45～17:15 |
| 定休日 | 土日祝祭日、年末年始 | |
| 窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁) | 八尾市建築部住宅政策課 八尾市健康福祉部福祉指導監査課 | |
| 電話番号 / FAX | 072-924-3783 / 072-924-2301 072-924-3012 / 072-922-3786 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45～17:15 |
| 定休日 | 土日祝祭日、年末年始 | |
| 窓口の名称（虐待の場合） | 八尾市健康福祉部高齢介護課 | |
| 電話番号 / FAX | 072-924-9360 / 072-924-1005 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45～17:15 |
| 定休日 | 土日祝祭日、年末年始 | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------|---------------------------|----------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 加入先 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| | 加入内容 | 1事故につき上限 |
| | その他 | 保険名：超ビジネス保険 |
| 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、速やかに対応致します。 | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | 事故発生防止指針は玄関に掲示 |

(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 | いつでも受け付けれる玄関先に設置 | |
| | | 実施日 | 随時 | |
| | | 結果の開示 | あり | |
| | | | 開示の方法 | 資料配布 |
| 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 | 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

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----|--|--|
| 運営懇談会 | | ありの場合 | | | | |
| | | 開催頻度 | 年 | 1回 | | |
| | | 構成員 | 入居者様・ご家族様・施設長・CM・介護主任・看護リーダー・機能訓練指導員 | | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | なしの場合の代替措置の内容 | 実際行う予定であった資料を希望者に配布致します。又、アンケートも同封し疑問点ある方等はその都度対応致します。 | | | | |
| | あり | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | | | | |
| | あり | 指針の整備 | | | | |
| | あり | 定期定期な研修の実施 | | | | |
| 身体的拘束の適正化等の取組の状況 | あり | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | | | | |
| | あり | 指針の整備 | | | | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | | | | |
| | なし | 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 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、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 | | なし | | |
| 業務継続計画（B C P）の策定状況等 | あり | 感染症に関する業務継続計画 | | | | |
| | あり | 災害に関する業務継続計画 | | | | |
| | あり | 職員に対する周知の実施 | | | | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | | | | |
| | あり | 定期的な訓練の実施 | | | | |
| | あり | 定期的な業務継続計画の見直し | | | | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | | | | |
| 個人情報の保護 | ①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り扱いのためのガイドライン」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。②事業者及び職員は、サービスを提供するうえで知り得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。又、サービス提供契約完了後のおいても、上記の秘密は保持します。③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。④事業者は定期的な会議をもって入居者及び家族の個人情報を利用する際に、入居する前に個人情報同意書をとっておく。⑤施設での個人情報の取り扱いに関しては玄関先に掲示していくつでも閲覧可能である。 | | | | | |
| 緊急時等における対応方法 | ①事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族様及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応します。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく） 例①病気、発熱（37.5以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（キーパーソン）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。・重大事故（骨折等）に際は八尾市高齢介護課にも共有行う。・賠償すべき問題が発生した場合も同様の対応を図る | | | | | |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | | | | |
| 八尾市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | なし | | | | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | | | | |
| 「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 | 適合している | | | | |

| | |
|--------------------|----|
| 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（事業主体が八尾市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)事業主体が八尾市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 | | |
| 訪問入浴介護 | | |
| 訪問看護 | | |
| 訪問リハビリテーション | | |
| 居宅療養管理指導 | | |
| 通所介護 | | |
| 通所リハビリテーション | | |
| 短期入所生活介護 | | |
| 短期入所療養介護 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | 寿樹苑 |
| 福祉用具貸与 | | |
| 特定福祉用具販売 | | |
| <地域密着型サービス> | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | |
| 地域密着型通所介護 | | |
| 認知症対応型通所介護 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | |
| 居宅介護支援 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | | |
| 介護予防訪問看護 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | 寿樹苑 |
| 介護予防福祉用具貸与 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | |
| 介護予防支援 | | |
| <介護保険施設> | | |
| 介護老人福祉施設 | | |
| 介護老人保健施設 | | |
| 介護療養型医療施設 | | |
| 介護医療院 | | |

(別添2)

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| | | 個別の利用料で実施するサービス | | 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 | 別紙に値段表あり | 家族様持参してもよい |
| | 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | 週2回サービス | |
| | 特浴介助 | あり | 週2回サービス | ボランテ・リフト・ストレッチャー浴完備 |
| | 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 | 週1～2回程度 約20分～25分程。 |
| | 通院介助 | あり | 通院付き添い料15分600円 | |
| | 口腔衛生管理 | あり | 月額費に含む | |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 週2回サービス | |
| | リネン交換 | あり | 週1回交換 | |
| | 日常の洗濯 | あり | 週2回サービス | |
| | 居室配膳・下膳 | なし | | 感染等不測の事態が行った場合は居室配膳となることがある |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | 朝400円昼600円夕800円 日／1800円 | キザミ食、極キザミ食・ミキサー（ペースト）食対応可能 |
| | おやつ | あり | 1食100円 選択制サービス | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 月1回 希望者のみ | カット2200円、パーマ、カラー4000円 顔剃り700円等 |
| | 買い物代行 | あり | 週1回水曜or木曜無料代行 | ※利用できる範囲を明確化すること |
| | 役所手続代行 | あり | | |
| 健康管理サービス | 金銭・貯金管理 | なし | | |
| | 定期健康診断 | あり | 訪問診療にて | 年2回又は適宜実施 |
| | 健康相談 | あり | 必要に応じて実施 | |
| | 生活指導・栄養指導 | あり | | |
| | 服薬支援 | あり | 月額費に含む | |
| 入退院のサービス | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | 月額費に含む | |
| | 移送サービス | あり | 15分600円 | 必要に応じて実施 |
| | 入退院時の同行 | あり | 15分600円 | 必要に応じて実施 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | | 必要に応じて実施 |
| | 入院中の見舞い訪問 | なし | | 必要に応じて実施 |

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～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→ 5級地 10.45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 | 1,912 | 192 | 57,370 | 5,737 | |
| 要支援2 | 313 | 3,270 | 327 | 98,125 | 9,813 | |
| 要介護1 | 542 | 5,663 | 567 | 169,917 | 16,992 | |
| 要介護2 | 609 | 6,364 | 637 | 190,921 | 19,093 | |
| 要介護3 | 679 | 7,095 | 710 | 212,866 | 21,287 | |
| 要介護4 | 744 | 7,774 | 778 | 233,244 | 23,325 | |
| 要介護5 | 813 | 8,495 | 850 | 254,875 | 25,488 | |
| | | 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 | | | | | 1月につき |
| 夜間看護体制加算 | (Ⅱ) | 9 | 94 | 10 | 2,821 | 283 |
| 協力医療機関連携加算 | (Ⅰ) | 100 | - | - | 1,045 | 105 1月につき |
| 看取り介護加算 | なし | | | | | 死亡日以前31日以上45日以下(最大) |
| | | | | | | 死亡日以前4日以上30日以下(最大27) |
| | | | | | | 死亡日以前2日又は3日(最大2日間) |
| | | | | | | 死亡日 |
| 認知症専門ケア加算 | なし | | | | | |
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅲ) | 6 | 62 | 7 | 1,881 | 189 |
| 介護職員処遇改善加算 | (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% | | | | 729円～3172円 |
| 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 | | | | | 1月につき |
| 若年性認知症入居者受入加算 | なし | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし | | | | | 1回につき |
| 退院・退所時連携加算 | あり | 30 | 313 | 32 | 9,405 | 941 |
| 退去時情報連携加算 | あり | 250 | 2,612 | 262 | - | - 1回につき |
| ADL維持等加算 | なし | | | | | 1月につき |
| 科学的介護推進体制加算 | なし | | | | | 1月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | なし | | | | | 1月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | なし | | | | | 1月につき |
| 新興感染症等施設療養費 | なし | | | | | 1日につき(1月1回連続する5日間を限度) |
| 生産性向上推進体制加算 | なし | | | | | 1月につき |

(別添4) 介護保険自己負担額

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 | 183単位／日 | 57,370円 | 5,737円 | 11,474円 | 17,211円 |
| 要支援2 | 313単位／日 | 98,125円 | 9,813円 | 19,625円 | 29,438円 |
| 要介護1 | 542単位／日 | 169,917円 | 16,992円 | 33,984円 | 50,976円 |
| 要介護2 | 609単位／日 | 190,921円 | 19,093円 | 38,185円 | 57,277円 |
| 要介護3 | 679単位／日 | 212,866円 | 21,287円 | 42,574円 | 63,860円 |
| 要介護4 | 744単位／日 | 233,244円 | 23,325円 | 46,649円 | 69,974円 |
| 要介護5 | 813単位／日 | 254,875円 | 25,488円 | 50,975円 | 76,463円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 12単位／日 | 3,762円 | 377円 | 753円 | 1,129円 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20単位／月 | 209円 | 21円 | 42円 | 63円 |
| 夜間看護体制加算(Ⅰ) | 18単位／日 | 5,643円 | 565円 | 1,129円 | 1,693円 |
| 夜間看護体制加算(Ⅱ) | 9単位／日 | 2,821円 | 283円 | 565円 | 847円 |
| 協力医療機関連携加算(Ⅰ) | 100単位／月 | 1,045円 | 105円 | 209円 | 314円 |
| 協力医療機関連携加算(Ⅱ) | 40単位／月 | 418円 | 42円 | 84円 | 126円 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前3日以降45日以内) | 72単位／日 | 11,286円 | 1,129円 | 2,258円 | 3,386円 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前4日以上30日以下) | 144単位／日 | 40,629円 | 4,063円 | 8,126円 | 12,189円 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日以前日又は2日) | 680単位／日 | 14,212円 | 1,422円 | 2,843円 | 4,264円 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) (死亡日) | 1,280単位／日 | 13,376円 | 1,338円 | 2,676円 | 4,013円 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) (看取り介護一人当り) | (最大7,608単位／円) | (最大79,503円) | (最大7,951円) | (最大15,901円) | (最大23,851円) |
| 看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前3日以降45日以内) | 572単位／日 | 89,661円 | 8,967円 | 17,933円 | 26,899円 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日以前2日又は3日) | 1,180単位／日 | 24,662円 | 2,467円 | 4,933円 | 7,399円 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) (死亡日) | 1,780単位／日 | 18,601円 | 1,861円 | 3,721円 | 5,581円 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) (看取り介護一人当り) | (最大30,108単位／円) | (最大314,628円) | (最大31,463円) | (最大62,926円) | (最大94,389円) |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3単位／日 | 940円 | 94円 | 188円 | 282円 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4単位／日 | 1,254円 | 126円 | 251円 | 377円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22単位／日 | 6,897円 | 690円 | 1,380円 | 2,070円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18単位／日 | 5,643円 | 565円 | 1,129円 | 1,693円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6単位／日 | 1,881円 | 189円 | 377円 | 565円 |
| 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費+加算単位数) × 12.2% | | | |
| 入居継続支援加算(Ⅰ) | 36単位／日 | 11,286円 | 1,129円 | 2,258円 | 3,386円 |
| 入居継続支援加算(Ⅱ) | 22単位／日 | 6,897円 | 690円 | 1,380円 | 2,070円 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 介護度に応じた1日の単位数から10%減算(例: 要介護1の場合、-53単位／日) | | | | |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100単位／月 | 1,045円 | 105円 | 209円 | 314円 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200単位／月 | 2,090円 | 209円 | 418円 | 627円 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 120単位／日 | 37,620円 | 3,762円 | 7,524円 | 11,286円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位／回 | 209円 | 21円 | 42円 | 63円 |
| 退院・退所時連携加算 | 30単位／日 | 9,405円 | 941円 | 1,881円 | 2,822円 |
| 退居時情報提供加算 | 250単位／回 | 2,612円 | 262円 | 523円 | 784円 |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 30単位／月 | 313円 | 32円 | 63円 | 94円 |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | 60単位／月 | 627円 | 63円 | 126円 | 189円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位／月 | 418円 | 42円 | 84円 | 126円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 10単位／月 | 104円 | 11円 | 21円 | 32円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 5単位／月 | 52円 | 6円 | 11円 | 16円 |
| 新興感染症等施設療養費(月1組合せ5ヶ月を限度) | 250単位／日 | 2,612円 | 262円 | 523円 | 784円 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100単位／月 | 1,045円 | 105円 | 209円 | 314円 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10単位／月 | 104円 | 11円 | 21円 | 32円 |

※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 |
|------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 68,029円 | 108,784円 | 180,576円 | 201,580円 | 223,525円 | 243,903円 | 265,534円 |
| 自己負担 | (1割の場合) | 6,804円 | 10,880円 | 18,059円 | 20,160円 | 22,354円 | 24,392円 |
| | (2割の場合) | 13,607円 | 21,758円 | 36,117円 | 40,318円 | 44,707円 | 48,782円 |
| | (3割の場合) | 20,410円 | 32,637円 | 54,175円 | 60,476円 | 67,059円 | 73,173円 |

・本表は、個別機能訓練加算(Ⅰ)及びサービス提供体制強化加算(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。