

重要事項説明書

記入年月日	2018年7月1日
記入者名	江見昭仁
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

名称	(ふりがな)しゃかいふくしほうじん かしまゆうあいかい 社会福祉法人 加島友愛会		
主たる事務所の所在地	〒 5 3 2 - 0 0 3 1 大阪市淀川区加島1丁目60番36号		
連絡先	電話番号／FAX番号	06-6101-6601 / 06-6308-7299	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	http:// www.kashima-yuai.or.jp	
代表者(職名/氏名)	理事長 平田純博 /		
設立年月日	平成 3年(1991年)3月22日		
主な実施事業	※別添1(事業者が運営する介護サービス事業一覧表)		

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)りゅみえーるかしま リュミエール加島		
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		
有料老人ホームの種類	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	〒 5 3 2 - 0 0 3 1 大阪市淀川区加島4丁目16番35号		
主な利用交通手段	JR東西線加島駅から北へ徒歩8分 市バス・阪急バス加島駅行「加島西」「加島3丁目」停留所から北へ徒歩3分		
連絡先	電話番号	06-6308-7788	
	FAX番号	06-6308-7799	
	ホームページアドレス	http://	
管理者(職名/氏名)	施設長 / 江見昭仁		
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 24年4月1日	/	平成 24年3月8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	2779103080		
特定施設入居者生活介護 指定日	平成 24年4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	2779103080		
介護予防 特定施設入居者生活介護 指定日	平成 24年4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	1,635.2 m ²						
建物	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新			
	賃貸借契約の期間				～			
	延床面積	2,718.9 m ² (うち有料老人ホーム部分 m ²)						
	竣工日	平成	24年2月			用途区分		
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：				
	構造	鉄筋コンクリート造		その他の場合：				
	階数	5階		(地上	5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	50戸		届出又は登録(指定)をした室数			50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	○	○	×	×	○	19.35m ²	42 居室-B
	介護居室相部屋(夫婦・親族)	○	○	○	○	○	44.41m ²	4 居室-A、2名
	一時介護室	○	○	×	×	○	19.35m ²	1 居室-B
	介護居室個室	○	○	×	×	○	21.2m ²	3 居室-B
共用施設	共用トイレ	7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	大浴場	2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	148.6 m ²		入居者や家族が利用できる調理設備	あり
	機能訓練室	1ヶ所		面積	35.3 m ²			
	エレベーター	あり(ストレッチャー対応)			1ヶ所			
	廊下	中廊下	1.9 m		片廊下	1.4 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
	通報先	職員		通報先から居室までの到着予定時間	5秒～1分程度			
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	長い人生の歩みの中で、それぞれ異なる生活体験と価値観を持っておられる利用者のプライバシーを最大限に守りながら、個々の有する能力に応じ、自立した日常を営むことができるよう配慮し、安心して生活が送れるように支援する。	
サービスの提供内容に関する特色	要介護認定を受け、介護保険法に定める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サービスを利用される場合は、介護支援専門員が入居者の状況に応じた介護計画を作成し、別添「介護サービス等一覧表」に基づきサービスを提供する。介護計画の作成にあたっては、原案の内容について入居者本人または契約立会人に説明し、文書にて同意を得ることとする。「介護サービス等一覧表」の内容に変更がある場合は、事前に説明する。	
サービスの種類	提供形態	委託業者等
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	
食事の提供	委託	
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	わたなべクリニック
	提供方法	通院援助
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入居者の個別選択によるサービス一覧表）	
虐待防止	内部研修会を催し虐待防止、意識啓発に努める	
身体的拘束	身体拘束ゼロに向けた取り組みに努める	

(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		計画作成担当者によるサービス計画及び介護予防計画の作成	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	あり	
	入浴の提供及び介助	あり	
	排泄介助	あり	
	更衣介助	あり	
	移動・移乗介助	あり	
	服薬介助	あり	
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	あり	
	レクリエーションを通じた訓練	あり	
	器具等を使用した訓練	あり	ホットパック、クロストレーナー
その他	創作活動など	あり	
	健康管理	あり	
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		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有無	個別機能訓練加算		なし
	夜間看護体制加算		あり
	医療機関連携加算		あり
	看取り介護加算		あり
	認知症専門ケア加算		なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	あり
	介護職員処遇改善加算	(I)	あり
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) 2.5 : 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	
事業者名	(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	
事業者名	(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	医療法人社団日翔会 わたなベクリニック
	住所	吹田市青葉丘南6-9
	診療科目	内科、皮膚科、精神科 等
	協力内容	訪問診療、急変時の対応
		その他の場合：
	名称	大阪府済生会中津病院
	住所	大阪市北区芝田2-10-39
	診療科目	内科、整形外科、外科、循環器科、皮膚科、脳神経外科 等
協力内容	急変時の対応	
	その他の場合：	
協力歯科医療機関	名称	さくらデンタルクリニック
	住所	大阪市阿倍野区松崎町2-9-25あべの壺番館1階
	協力内容	訪問診療
その他の場合：		

(入居後に居室を住み替える場合)【住み替えを行っていない場合は省略】

入居後に居室を住み替える場合		その他	
		その他の場合：状況に応じた居室の住み替え	
判断基準の内容		退院後や日常生活上で介護を要する場合	
手続の内容		事前解約と精算終了後の再契約	
追加的費用の有無		なし	追加費用
居室利用権の取扱い			
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 Aタイプ ⇄ Bタイプ
	便所の変更	なし	変更の内容
	浴室の変更	あり	変更の内容 Aタイプ ⇄ Bタイプ
	洗面所の変更	なし	変更の内容
	台所の変更	あり	変更の内容 Aタイプ ⇄ Bタイプ
	その他の変更	なし	変更の内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立、要支援、要介護	
留意事項	年齢が60歳以上の方。夫婦の場合はどちらかが60歳以上の方。また、本人に入居の意向があり、施設見学か体験入居を済まされていることが条件となる。	
契約の解除の内容	1. 入居者が逝去した場合（入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき） 2. 入居者が解約した場合（30日の予告期間が必要） 3. 事業者が解約した場合（90日の予告期間が必要） ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ③入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき ④その他は入居契約書参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書第29条参照
	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 空室がある場合のみ1泊2日¥7,000円（食事代別途）
入居定員	53人	
その他		

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数	兼務している職種名及び人数
	合計				
	常勤	非常勤			
管理者	1	1	0	1	
生活相談員	1	1	0	1	
直接処遇職員	18	13	6	18	
介護職員	16	12	5	16	
看護職員	2	1	1	2	
機能訓練指導員	1	0	0.6	0.6	
計画作成担当者	1	1	0	1	
栄養士	1	1	0	1	
調理員	0	0	0	0	
事務員	1	1	0	1	
その他職員	0	0	1	0.5	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5 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	16	13	3	
介護支援専門員	1	1	0	
看護師	1	1	0	
准看護師	1	1	0	
介護職員初任者研修修了者	1	1	0	

(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			
理学療法士	1	0	0.6
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			

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間 (1700時～翌1000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	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	2.5 : 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)	2.5 : 1以上 : 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				なし					
	業務に係る資格等		あり	資格等の名称		介護福祉士				
	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						
応業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	1		1	3			1		
	1年以上 3年未満	1		6						
	3年以上 5年未満			2						
	5年以上 10年未満			3	2	1			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		選択方式
		<table border="1"> <tr> <td>選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択</td> <td>一時金方式</td> </tr> </table>
選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	一時金方式	
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： 日割計算
利用料金の改定	条件	介護保険改定、物価変動、人権費上昇により、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	介護 1	介護 1、介護 2	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	部屋タイプ	一般居室個室	一般居室相部屋（夫婦・親族）	
	床面積	19.35㎡	44.41㎡	
	トイレ	あり	あり	
	洗面	あり	あり	
	浴室	なし	あり	
	台所	なし	あり	
	収納	あり	あり	
入居時点で必要な費用				
月額費用の合計		136,800円	248,600円	
家賃		50,000円	110,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※の費用	19,615円	41,456円	
	介護保険外	食費	42,000円（3食×30日）	84,000円（2人分）
		管理費	40,000円	45,000円
		状況把握及び生活相談サービス費	なし	なし
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
備考		介護保険費用 1割又は 2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	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。	
敷金	家賃の	ヶ月分
	解約時の対応	
一時金	Aタイプ400万円 Bタイプ180万円	
食費	朝食200円 昼食600円 夕食600円	
管理費	Aタイプ45,000円 Bタイプ40,000円	
状況把握及び生活相談サービス費	介護サービス費に含む	
光熱水費	管理費に含む	
生活サポート費	介護サービス費に含む	
介護保険外費用	別添 2	
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	別添 2	

(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	介護保険利用料の1割又は2割負担
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）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(一時金の受領)

想定居住期間（償却年月数）	5年（60ヶ月）	
償却の開始日	入居日の翌日	
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）	A居室600,000円 B居室270,000円	
初期償却額	15%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・入居一時金-（入居一時金-初期償却額）÷想定居住月数÷30×（入居日から契約終了日までの日数） ・初期償却費用については無利息で全額返還。 ※月額利用料については日割計算で受領。
	入居後3月を超えた契約終了	一時金×0.85（想定居住期間償却率15%）÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）
前払金の保全先	4 その他の場合の名称	大阪シティ信用金庫加島支店

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	15人
	85歳以上	36人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	7人
	要支援2	2人
	要介護1	11人
	要介護2	9人
	要介護3	4人
	要介護4	12人
	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	4人
	6か月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	33人
	5年以上10年未満	10人
	10年以上	0人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		0人 / 0人
入居者数		51人

(入居者の属性)

性別	男性	12人	女性	39人	
男女比率	男性	23.5%	女性	76.5%	
入居率	100%	平均年齢	87.84歳	平均介護度	2.1

(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	1人	
	死亡者	3人	
	その他	0人	
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
			0人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	0人
			0人

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)		リュミエール加島
電話番号 / FAX		06-6308-7788 / 06-6308-7799
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	9:00~17:30
	日曜・祝日	9:00~17:30
定休日		なし
窓口の名称 (保険者)		
電話番号 / FAX		/
対応している時間	平日	
定休日		
窓口の名称 (大阪府国民健康保険団体連合会)		大阪府国民健康保険団体連合会 (介護保険室介護保険課)
電話番号 / FAX		06-6949-5418 / 06-6949-5417
対応している時間	平日	9:00~17:00
定休日		
窓口の名称 (大阪市有料老人ホーム指導担当)		大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 (指定・指導グループ)
電話番号 / FAX		06-6241-6315 / 06-6241-6608
対応している時間	平日	9:00~17:30
定休日		
窓口の名称 (おおさか介護サービス相談センター)		おおさか介護サービス相談センター
電話番号 / FAX		06-6766-3800 / 06-6766-3822
対応している時間	平日	10:00~17:00
定休日		土日、祝日
窓口の名称 (虐待の場合)		大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 (指定・指導グループ)
電話番号 / FAX		06-6241-6315 / 06-6241-6608
対応している時間	平日	9:00~17:30
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	(株) 損害保険ジャパン
	加入内容	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	当法人のマニュアル及び大阪市「要領」に従い対応する。	
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	平成 29年8月	
		結果の開示	あり	
			開示の方法	運営懇談会
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・入居希望者に交付
財務諸表の要旨	入居希望者に公開・入居希望者に交付
財務諸表の原本	入居希望者に公開・入居希望者に交付

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 2回
		構成員	施設長 生活相談員 介護支援専門員 看護師
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	あり	ありの場合の提携ホーム名	特別養護老人ホーム加寿苑
個人情報の保護	個人情報保護規程に基づく対応		
緊急時等における対応方法	救急マニュアルに基づく対応		
大阪市ひとにやさしいまちづくり整備要綱等に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容	
大阪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			
「7. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	適合している		
	代替措置等の内容		
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（事業者が運営する介護サービス事業一覧表）

別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）

別添3（介護保険自己負担額（特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表））

別添4（介護保険自己負担額（介護報酬額の自己負担基準表））

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日

平成

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業者が運営する介護サービス事業一覧表

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	トレフル	大阪市淀川区加島4丁目16番34号
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	あり	加寿苑	大阪市淀川区加島1丁目34番8号
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	あり	加寿苑	大阪市淀川区加島1丁目34番8号
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	リュミエール加島	大阪市淀川区加島4丁目16番35号
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	あり	加寿苑	大阪市淀川区加島1丁目34番8号
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	あり	トレフル	大阪市淀川区加島4丁目16番34号
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		
介護予防通所介護	あり		
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	あり	加寿苑	大阪市淀川区加島1丁目34番8号
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	リュミエール加島	大阪市淀川区加島4丁目16番35号
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	あり	加寿苑	大阪市淀川区加島1丁目34番8号
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設	あり	加寿苑	大阪市淀川区加島1丁目34番8号
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	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入居者の個別選択によるサービス一覧表

		個別の利用料で実施するサービス		備 考
			料金※(税込)	
介護サービス	食事介助	あり		保険給付
	排せつ介助・おむつ交換	あり		保険給付
	おむつ代	あり	実費	
	入浴(一般浴) 介助・清拭	あり		保険給付
	特浴介助	あり		保険給付
	身辺介助(移動・着替え等)	あり		保険給付
	機能訓練	なし		
	通院介助	あり	付添30分/900円	送迎片道: 4*以内800円 7*以内1500円 10*以内2000円
生活サービス	居室清掃	あり		保険給付
	リネン交換	あり		保険給付
	日常の洗濯	あり		保険給付
	居室配膳・下膳	あり		保険給付
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	なし		
	理美容師による理美容サービス	あり	2000円※その他メニューによる実費	外部からの訪問美容
	買い物代行	あり		指定日及び利用区域に限り無料
	役所手続代行	あり	2000円	同行する場合30分/900円
金銭・貯金管理	あり		預り金管理規程に基づく	
健康管理サービス	定期健康診断	あり		自己負担
	健康相談	あり		必要に応じて実施
	生活指導・栄養指導	あり		必要に応じて実施
	服薬支援	あり		適宜実施
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり		適宜実施
入退院のサービス	移送サービス	あり	5000円	10*以上は対象外
	入退院時の同行	あり	付添30分/900円	
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり	4*以内2000円 7*以内4000円	
	入院中に見舞い訪問	あり		4*以内状況に応じて実施

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2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

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	180	1,929	193	57,870	5,787		
要支援2	309	3,312	332	99,360	9,936		
要介護1	534	5,724	573	171,720	17,172		
要介護2	599	6,421	643	192,630	19,263		
要介護3	668	7,160	716	214,800	21,480		
要介護4	732	7,847	785	235,410	23,541		
要介護5	800	8,576	858	257,280	25,728		
		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	なし						
夜間看護体制加算	あり	10	107	11	3,216	322	
医療機関連携加算	あり	80	-	-	857	86	
看取り介護加算	あり	144	1,543	155	-	-	
		680	7,289	729	-	-	
		1,280	13,721	1,373	-	-	
認知症専門ケア加算	なし						
サービス提供体制強化加算	(I)イ	18	192	20	5,788	579	
介護職員処遇改善加算	(I)						(介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数)×6.1% ※H29年度より8.2%

(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に必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除き、権利金その他の金品を受領しないこと。
- ・介護保険法等に基づく勧告、命令、指示を受けたことがある場合にあっては、当該勧告等を受けた日から起算して5年以上の期間が経過していること。

(加算の概要)

- ・個別機能訓練加算【短期利用(地域密着含む)は除く】
 - ・機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置していること。(理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師)
 - ・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。
- ・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を。
- ・看取り介護加算【要支援と短期利用(地域密着含む)は除く】指針は入居の際に説明し、同意を得る。医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、利用者等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後を迎えられるよう支援していること。
- ・認知症専門ケア加算 (I) 【短期利用(地域密着含む)は除く】
 - ・利用者の総数のうち、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方が50%以上であること。
 - ・「認知症介護実践リーダー研修」を終了している者を、対象者の数が20人未満の場合は1名以上、20人以上の場合は対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1名を加えた数以上配置し、チームとして認知症ケアを実施していること。
 - ・事業所従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。
- ・認知症専門ケア加算 (II) 【短期利用(地域密着含む)は除く】
 - ・認知症専門ケア加算 (I) での内容をいずれも満たすこと。
 - ・「認知症介護指導者研修」を終了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
 - ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施をしていること。
- ・サービス提供体制強化加算 (I) イ
前年度(3月を除く)における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。
- ・サービス提供体制強化加算 (I) ロ
前年度(3月を除く)における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。
- ・サービス提供体制強化加算 (II)
前年度(3月を除く)における看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること。
- ・サービス提供体制強化加算 (III)
前年度(3月を除く)における利用者に対して直接サービス提供を行う職員の総数(生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員)のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上。
- ・介護職員処遇改善加算 (I) ~ (IV)
別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出ている場合。

(別添4) 介護保険自己負担額(参考:加算項目別報酬金額: 2級地(地域加算10.72%))

① 介護報酬額の自己負担基準表(介護保険報酬額の1割又は2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)
要支援1	180	¥ 57,870	¥ 5,787	¥ 11,574
要支援2	309	¥ 99,360	¥ 9,936	¥ 19,872
要介護1	534	¥ 171,720	¥ 17,172	¥ 34,344
要介護2	599	¥ 192,630	¥ 19,263	¥ 38,526
要介護3	668	¥ 214,800	¥ 21,480	¥ 42,960
要介護4	732	¥ 235,410	¥ 23,541	¥ 47,082
要介護5	800	¥ 257,280	¥ 25,728	¥ 51,456
夜間看護体制加算	10	¥ 3,216	¥ 322	¥ 644
医療機関連携加算	80	¥ 857	¥ 86	¥ 172
看取り介護加算 (死亡日以前4日以上30日以下)	144			
看取り介護加算 (死亡日以前2日又は3日)	680			
看取り介護加算 (死亡日)	1280			
看取り介護加算 (看取り介護一人当り)				
口腔衛生管理体制加算	30	¥ 321	¥ 33	¥ 66
退院・退所時連携加算	30	¥ 9,648	¥ 965	¥ 1,930
栄養スクリーニング加算	5	¥ 53	¥ 6	¥ 12
サービス提供体制強化加算 (I) イ	18	¥ 5,788	¥ 579	¥ 1,158
サービス提供体制強化加算 (I) ロ				
サービス提供体制強化加算 (II)				
サービス提供体制強化加算 (III)				
介護職員処遇改善加算 (I) ~ (IV)	8.20%			

・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
		70,173	115,057	196,840	219,449	243,461	26,574	28,940
自己負担	(1割の場合)	7,018	11,506	19,684	21,945	24,347	26,574	28,940
	(2割の場合)	14,035	23,012	39,368	43,890	48,693	53,148	57,880

・本表は、1ヵ月30日を算定の場合の例です。