

リアンレーヴ大阪弁天町

有料老人ホーム 重要事項説明書

株式会社 木下の介護

重要事項説明書

| | |
|-------|--|
| 記入年月日 | |
| 記入者名 | |
| 所属・職名 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|--|--|
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃきのしたのかいご 株式会社木下の介護 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒163-1329 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 03-5908-1310／03-5908-2382 |
| | メールアドレス | gyoseisyogai-kc@kinoshita-group.co.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/ |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 佐久間 大介 | |
| 設立年月日 | 1995年10月26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) りあんれーう"おおさかべんてんちょう リアンレーヴ大阪弁天町 | |
| 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 | 介護付有料老人ホーム(一般型特定施設入居者生活介護) | |
| 所在地 | 〒552-0012 大阪府大阪市港区市岡1-8-7 | |
| 主な利用交通手段 | JR大阪環状線 弁天町駅より徒歩9分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6577-0350 |
| | FAX番号 | 06-6577-0886 |
| | メールアドレス | reve-osakabentencho@kinoshita-group.co.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien-reve-osaka-bentencho.html |
| 管理者(職名/氏名) | 施設長/橋木 芳徳 | |
| 有料老人ホーム事業開始日 | 2023/3/1 | |
| (介護予防)特定施設入居者生活介護の指定 | あり | |
| 指定年月日 | 2023年3月1日 | |
| 事業者番号 | 2770402184 | |

3 建物概要

| | | | | | | | | | |
|--------|---|--|---------------|------------------|----------------------|-------|------------------|-----|--------------------|
| 土地 | 権利形態 | | 抵当権 | | 契約の自動更新 | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | | | | ～ | | | | |
| | 面積 | 1,790.9 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 | 2023/2/13 ～ 2053/2/12 | | | | | | | |
| | 延床面積 | 3,572.2 m ² (うち有料老人ホーム部分 3,572.2 m ²) | | | | | | | |
| | 竣工日 | 2023/1/25 | | | 用途区分 | 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 | 95戸 | | 届出又は登録(指定)をした室数 | | | () | | |
| | 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 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18 | 95 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 | | | 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 | 大浴場 | 1ヶ所 | 個室 | 2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 | 3ヶ所 | | 面積 | 285.8 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 | 6ヶ所 | | 面積 | 339.8 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 | 1.8m | 片廊下 | 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 | | 職員PHS | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | 約3分(状況により変動あり) | | |
| その他 | 食堂は機能訓練室を兼ねる(上記記載は総面積、内訳:2階・3階 各83.25m ² 、4階119.25m ²) | | | | | | | | |
| 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>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしただけよう、務めてまいります。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | | <p>ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。</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 | 株式会社キノシタフーズ |
| 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 | | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 一般社団法人日本健康倶楽部 |
| | 提供方法 | 年2回の機会提供 |
| 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 | | <p>虐待防止及び早期発見の体制を定め、虐待防止研修等を通して、従業員へ周知及び体制に基づく対応を実践する。より良いサービス提供を行うための職場環境、組織づくりを通して高齢者虐待を未然に防ぐ環境を整える。また、利用者、家族との良好な信頼関係を構築する。</p> |
| 身体的拘束 | | <p>「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合には、身元引受人等に説明し同意を書面で得た上で実施します。尚、実施中の経過の記録をし、再検討をして早期の拘束解除を目指します。</p> |

(介護サービスの内容)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------|---------------------------|---------|----|------|----|
| <p>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> | <p>①計画作成担当者は、利用者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、解決すべき課題に基づき、他の特定施設従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容並びにサービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ特定施設サービス計画（以下「ケアプラン」という）の原案を作成します。</p> <p>②ケアプラン原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得た上でケアプランを利用者へ交付し、介護サービス等の提供を開始します。</p> <p>③ケアプランに記載しているサービス提供開始から終了日までの間に少なくとも1回はケアプランの実施状況を把握します。</p> <p>④ケアプラン作成後においても、ケアプランの実施状況を把握し、ケアプランの変更が必要と判断した場合は、その内容を利用者又はご家族へ説明し同意を得た上でケアプランの変更を行います。</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>日常生活上の世話</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="229 562 549 607">食事の提供及び介助</td> <td data-bbox="549 562 1407 607">別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 607 549 651">入浴の提供及び介助</td> <td data-bbox="549 607 1407 651">別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 651 549 696">排泄介助</td> <td data-bbox="549 651 1407 696">別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 696 549 741">更衣介助</td> <td data-bbox="549 696 1407 741">別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 741 549 786">移動・移乗介助</td> <td data-bbox="549 741 1407 786">あり</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 786 549 824">服薬介助</td> <td data-bbox="549 786 1407 824">あり</td> </tr> </table> | 食事の提供及び介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | 入浴の提供及び介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | 排泄介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | 更衣介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | 移動・移乗介助 | あり | 服薬介助 | あり |
| 食事の提供及び介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | | | | | | | | | | | | |
| 入浴の提供及び介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | | | | | | | | | | | | |
| 排泄介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | | | | | | | | | | | | |
| 更衣介助 | 別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）参照 | | | | | | | | | | | | |
| 移動・移乗介助 | あり | | | | | | | | | | | | |
| 服薬介助 | あり | | | | | | | | | | | | |
| <p>機能訓練</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="229 824 549 869">日常生活動作を通じた訓練</td> <td data-bbox="549 824 1407 869">必要に応じて、歩行等の日常生活動作を通じた訓練を実施します。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 869 549 943">レクリエーションを通じた訓練</td> <td data-bbox="549 869 1407 943">レクリエーション、集団体操等を通じた訓練を実施します。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 943 549 987">器具等を使用した訓練</td> <td data-bbox="549 943 1407 987">あり</td> </tr> </table> | 日常生活動作を通じた訓練 | 必要に応じて、歩行等の日常生活動作を通じた訓練を実施します。 | レクリエーションを通じた訓練 | レクリエーション、集団体操等を通じた訓練を実施します。 | 器具等を使用した訓練 | あり | | | | | | |
| 日常生活動作を通じた訓練 | 必要に応じて、歩行等の日常生活動作を通じた訓練を実施します。 | | | | | | | | | | | | |
| レクリエーションを通じた訓練 | レクリエーション、集団体操等を通じた訓練を実施します。 | | | | | | | | | | | | |
| 器具等を使用した訓練 | あり | | | | | | | | | | | | |
| <p>その他</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="229 987 549 1032">創作活動など</td> <td data-bbox="549 987 1407 1032">あり</td> </tr> <tr> <td data-bbox="229 1032 549 1077">健康管理</td> <td data-bbox="549 1032 1407 1077">日々の健康状態を把握し、健康維持の為に必要な対応を行います。</td> </tr> </table> | 創作活動など | あり | 健康管理 | 日々の健康状態を把握し、健康維持の為に必要な対応を行います。 | | | | | | | | |
| 創作活動など | あり | | | | | | | | | | | | |
| 健康管理 | 日々の健康状態を把握し、健康維持の為に必要な対応を行います。 | | | | | | | | | | | | |
| <p>施設の利用に当たっての留意事項</p> | <p>施設の利用に当たっての主な留意事項として、以下事項について管理規程及び別表に定めております。そちらをご参照ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・金銭等管理について ・介護居室等の利用について ・共用設備等の利用について | | | | | | | | | | | | |
| <p>その他運営に関する重要事項</p> | <p>事業所は、従業者等の質的向上を図るため、採用時研修（採用後3ヶ月以内）継続研修年2回以上を行います。</p> <p>主な研修として、虐待防止する為の研修、感染症・食中毒の予防及びまん延の防止に対する研修等を実施しています。</p> <p>利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じております。</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>短期利用特定施設入居者生活介護の提供</p> | <p>なし</p> | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--------------------------------|----------------|-------------------------|
| 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 | あり |
| | 夜間看護体制加算(Ⅱ) | あり |
| | 協力医療機関連携加算※1 | あり |
| | 看取り介護加算(Ⅰ) | 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 | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | あり |
| | 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・栄養スクリーニング加算 | あり |
| | 口腔衛生管理体制加算 ※2 | なし |
| | 退院・退所時連携加算 | あり |
| | 退居時情報提供加算 | あり |
| | A D L維持等加算 | あり |
| | 科学的介護推進体制加算 | あり |
| | 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(Ⅰ) | 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) : 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 | その他 | | |
| | その他の場合： 入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、 医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、もしくは119 番通報による医療機関へ連絡等の必要な措置を講じます。 また、早急にご家族に連絡をとり状況の説明等を行います。 | | |
| 協力医療機関 | 名称 | おはなクリニック | |
| | 住所 | 兵庫県西宮市甲子園六番町12-9甲子園六番館203号 | |
| | 診療科目 | 内科、外科、麻酔科 | |
| | 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 | あり |
| | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| 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 | | |
| | 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 | | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | あり | | |
| | 名称 | おはなクリニック | |
| | 住所 | 兵庫県西宮市甲子園六番町12-9甲子園六番館203号 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 新大阪デンタルクリニック | |
| | 住所 | 大阪府大阪市淀川区東三国二丁目22番6号シャンティマサノA | |

（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：他の介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準の内容 | 適切な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者及び身元引受人等の同意を得て、一定の観察期間を設けます。 | | |
| 手続の内容 | (1) 医師の意見を聴くこと (2) 入居者及び身元引受人等の同意を得ること (3) 一定の観察期間を設けること | | |
| 追加的費用の有無 | なし | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室にて発生 | | |
| 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 | なし | 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 |

（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 | <p>【連帯保証人】 入居者は連帯保証人を定めるものとします。 ・連帯保証人は、入居契約の履行及び入居契約書に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うものとします。 ・連帯保証人の負担は、入居契約書の主表に記載する極度額を限度とします。</p> <p>・連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者が死亡したときに確定するものとします。ただし事業者は、当該確定前であっても債務の支払いを求めることができます。</p> <p>【身元引受人】 入居者は身元引受人を定めるものとします。 ・身元引受人は、事業者と相談の上、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 ・事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。 ・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 （上記は主な内容であるため、詳細は入居契約書第40条「連帯保証人」及び第41条「身元引受人」を参照下さい）</p> |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| 契約の解除の内容 | <p>(1) 入居者が死亡したとき (2) 入居契約書第33条（事業者からの契約解除）に基づいて本契約の解除を入居者に通告し、予告期間が満了したとき (3) 入居契約書第34条（入居者からの契約解除）に基づき本契約の解除を事業者に通告し、予告期間が満了したとき</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>1. 事業者は次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。 一 入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 第20条の規定に違反したとき 五 乙の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき （上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書第33条「甲（事業者）からの契約解除」を参照下さい）</p> | |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 14,400円／泊、7泊8日以上2週間まで、夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料） |
| 入居定員 | 95人 | | |
| その他 | | | |

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 | | | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| 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 | | |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | | | | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | | | | |
| 介護職員初任者研修修了者 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |

(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 | | |
| 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 (16時～ 10時) | | |
|----------------------|------|---------------------|
| | 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 | 3 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 | 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) | : 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 | | 介護職員実務者研修 | | | | |
| | 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 | 2 | 0 | 13 | 10 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職 業の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 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 | |
| | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 | 一部前払い・一部月払い方式 月払い方式 |
| 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 | なし | |
| | 内容： | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。 |
| | 手続き | 費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聞く。 |

(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 | 要介護度3 | 要介護度3 対象：要介護1以上 | |
| | 年齢 | 86歳 | 86歳 | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 介護居室個室 | 介護居室個室 | |
| | 床面積 | 18㎡ | 18㎡ | |
| | 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 | 前払金（家賃、介護サービス費等） | — | 2,400,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 276,225円 | 228,225円 | |
| 家賃 | | 115,000円 | 67,000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 | 7,225円 | 7,225円 |
| | | 食費 | 36,300円 | 36,300円 |
| | | 管理費 | 117,700円 | 117,700円 |
| | | 状況把握及び生活相談サービス費 | — | — |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | | 生活サポート費 | 198,000円（自立のみ） | 198,000円（自立のみ） |

備考 介護保険費用1割から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。

※居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願いします。

(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 | 当社既存ホームの実績等を元に第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し、60ヶ月と設定しております。 | |
| 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 | |
| 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） | 720,000円、1,440,000円 | |
| 初期償却額 | 30% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 返還金＝前払金－1ヶ月分の家賃等の償却額÷30×入居日から起算して契約解除等された日までの日数 原則前払金（初期償却部分）については、全額を返還致します。 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 返還金＝（前払金－初期償却額）÷償却期間×（償却期間－経過月数） *入居・退去月については1ヶ月を30日として日割計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ていたします。 *居室の原状回復費及び支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。 |
| 前払金の保全先 | 信託契約を行う信託会社等の名称 | りそな銀行 |
| | | |

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

(入居者の属性)

| | | | | |
|------|----|------|----|-------|
| 性別 | 男性 | 人 | 女性 | 人 |
| 男女比率 | 男性 | % | 女性 | % |
| 入居率 | % | 平均年齢 | 歳 | 平均介護度 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|--|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 5人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 14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 | 15人 (解約事由の例) 長期入院によるもの、他社有料特別養護老人ホーム、グループホーム |

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) | | 介護ご意見110番 (株式会社木下の介護) |
| 電話番号 / F A X | | 0120-100-537 / |
| 対応している時間 | 平日 | 10 : 00 ~ 18 : 00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土・日・祝日・年末年始 |
| 窓口の名称 (所在区介護保険担当) | | 港区役所保健福祉課介護グループ |
| 電話番号 / F A X | | 06-6576-9859 / 06-6572-9514 |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 17 : 30 |
| 定休日 | | 土・日・祝日・年末年始 |
| 窓口の名称 (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 / F A X | | 06-6949-5418 / |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 17 : 00 (12 : 30 ~ 13 : 15を除く) |
| 定休日 | | 土曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、及び12月29日・30日・31日、1月2日・3日を除く |
| 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高齢施設課 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6320 / 06-6241-6604 |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 17 : 30 |
| 定休日 | | 土・日・祝日・年末年始 |
| 窓口の名称 (大阪市サービス付き高齢者向け住宅担当) | | |
| 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) | | 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 / F A X | | 06-6241-6310 / 06-6241-6608 |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 17 : 30 |
| 定休日 | | 土・日・祝日・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 | あいおいニッセイ同和損保 |
| | 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 | 事故クレームマニュアルに基づき対応します。 | |
| 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 | ありの場合 | 年1回程度実施 | |
| | | 実施日 | 2025/10/16 | |
| | | 結果の開示 | あり | |
| | | | 開示の方法 | 郵送又はメールによる配信 |
| 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 | 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 | 公開していない |

10 その他

| | | | |
|--------------------------------|---|---------------|-----------------|
| 運営懇談会 | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 1回 |
| | | 構成員 | 入居者、保証人、施設長、職員等 |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 高齢者虐待防止のための取り組みの状況 | 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 |
| | 研修の定期的な実施 | | あり |
| | 担当者の配置 | | あり |
| 身体拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催 | | あり |
| | 指針の整備 | | あり |
| | 研修の実施 | | あり |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体拘束等） | | あり |
| | 身体拘束等を行う場合の態様および時間、入居者の状況並びに救急やむを得ない場合の理由の記録 | | あり |
| 業務継続計画の策定状況 | 感染症に関する業務継続計画（BCP） | | あり |
| | 災害に関する業務継続計画（BCP） | | あり |
| | 従業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 |
| | 定期的な見直し | | あり |
| 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 | 当社の個人情報保護について、個人情報に対する基本姿勢、個人情報の収集、利用目的、個人情報の提供等に関する当社の方針を定めております。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | 入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、もしくは119番通報による医療機関へ連絡等の必要な措置を講じます。また、早急に家族に連絡をとり状況の説明等を行います。 | | |
| 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 | | |
| 「6. 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 | 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））

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等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 | 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 | 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)

入居者の個別選択によるサービス一覧表

リアンレーヴ大阪弁天町

| 介護を行う場所 | 自立 | | 要支援 | | 要介護 | |
|----------------------|-------------------|--------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| | 介護居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | | | | | |
| 1. 巡回 | | | | | | |
| ・昼間 9時～17時 | — | — | 3時間に1回 | — | 3時間に1回 | — |
| ・夜間 17時～9時 | 2回 | — | 3時間に1回 | — | 3時間に1回 | — |
| 2. 食事介助 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| 3. 排泄 | | | | | | |
| ・排泄介助 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・おむつ交換 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・おむつ代 | — | 実費負担 | — | 実費負担 | — | 実費負担 |
| 4. 入浴等 | | | | | | |
| ・清拭 ※1 | 体調不良時適宜 | — | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — |
| ・巡視 (安全確認) | ○ | — | — | — | — | — |
| ・見守り入浴 | 必要時適宜 | — | 2回/週 身体状況等により 見守り又は一般浴 介助 | 週3回目以降 880円/回 | — | — |
| ・一般浴介助 | — | — | — | — | 2回/週 身体状況等により 一般浴又は特浴介 助 | 週3回目以降 2,750円/回 |
| ・特浴介助 | — | — | — | — | — | 週3回目以降 4,400円/回 |
| 5. 身辺介助 | | | | | | |
| ・体位交換 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・居室からの移動 | 体調不良時適宜 | — | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — |
| ・衣類の着脱 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・身だしなみ介助 | — | — | — | — | — | — |
| 6. 機能訓練 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| 7. 通院介助 | | | | | | |
| ・協力医療機関 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・協力医療機関以外 ※交通費は実費 | — | 3,300円/30分 | — | 2,728円/30分 | — | 2,728円/30分 |
| 8. 緊急対応 | | | | | | |
| ・ナースコール | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・緊急搬送時対応 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |

※金額表記は全て税込み表記です。

※1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

| | 自立 | | 要支援 | | 要介護 | |
|------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 生活サービス | | | | | | |
| 1. 家事 | | | | | | |
| ・清掃※2 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 |
| ・洗濯※3 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 実費 | 2回/週 | 週3回目以降 1,320円/回 実費 | 2回/週 | 週3回目以降 1,320円/回 実費 |
| ・クリーニング | — | — | — | — | — | — |
| ・リネン交換※4 | 1回/週 | 1,320円/回 | 1回/週 | — | 1回/週 | — |
| ・寝具レンタル (布団・枕・ベッドパット) | — | 1,650円/月 | — | 1,650円/月 | — | 1,650円/月 |
| ・リネンレンタル (シーツ・布団カバー、枕カバー) | — | 1,100円/月 | — | 1,100円/月 | — | 1,100円/月 |
| ・ゴミ回収 | ○ | 粗大ごみ等実費 | ○ | 粗大ごみ等実費 | ○ | 粗大ごみ等実費 |
| 2. 居室配膳下膳 | 体調不良時適宜 | 330円/回 入居者様都合の場合 | 体調不良時適宜 | 330円/回 入居者様都合の場合 | 体調不良時適宜 | 330円/回 入居者様都合の場合 |
| 3. 理美容 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 |
| 4. 代行 | | | | | | |
| ・買物 (Webのみ) | 1回/週 | — | 1回/週 | 週2回目以降660円/回 | 1回/週 | 週2回目以降660円/回 |
| ・買物 (要予約) ※6 | — | 1,650円/30分 | — | 1,650円/30分 | — | — |
| ・その他手続き | — | — | — | — | — | — |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| ・健康診断 (機会の提供) | — | 年2回 (実費) | — | 年2回 (実費) | — | 年2回 (実費) |
| ・健康相談 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・生活相談 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・医師の往診 | — | 医療保険適用範囲 外の費用は実費 | — | 医療保険適用範囲 外の費用は実費 | — | 医療保険適用範囲 外の費用は実費 |
| ・バイタルチェック | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — |
| ・服薬管理 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| その他サービス | | | | | | |
| ・郵便物、宅配便 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・クリーニング等の取次ぎ | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・送迎・移送 | — | — | — | — | — | — |
| ・外出介助※5 | — | — | — | 4,400円/1時間 | — | 4,400円/1時間 |
| ・レクリエーション | ○ | イベント費・材料 費等実費 | ○ | イベント費・材料 費等実費 | ○ | イベント費・材料 費等実費 |

※金額表記は全て税込み表記です。

※2 1回20分程度にて可能な範囲

※3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※5 交通費実費が別途かかります。

(別添3) 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割から3割を負担していただきます。)

1単位の単価: 10.72円

| | 算定の有無 | 単位数 | 介護報酬額 (月額:円) | 1か月あたりの自己負担(30日で計算) | | |
|---------------------|-------|--------------------------------|-----------------|---------------------|--------|--------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援 1 | あり | 183 | 58,853 | 5,886 | 11,771 | 17,656 |
| 要支援 2 | あり | 313 | 100,661 | 10,067 | 20,133 | 30,199 |
| 要介護 1 | あり | 542 | 174,307 | 17,431 | 34,862 | 52,293 |
| 要介護 2 | あり | 609 | 195,854 | 19,586 | 39,171 | 58,757 |
| 要介護 3 | あり | 679 | 218,366 | 21,837 | 43,674 | 65,510 |
| 要介護 4 | あり | 744 | 239,270 | 23,927 | 47,854 | 71,781 |
| 要介護 5 | あり | 813 | 261,461 | 26,147 | 52,293 | 78,439 |
| 入居継続支援加算(I) | なし | 36 | | | | |
| 入居継続支援加算(II) | なし | 22 | | | | |
| 生活機能向上連携加算(I) ※月額 | なし | 100 | | | | |
| 生活機能向上連携加算(II) ※月額 | なし | 200 | | | | |
| 個別機能訓練加算(I) | あり | 12 | 3,859 | 386 | 772 | 1,158 |
| 個別機能訓練加算(II) ※月額 | なし | 20 | | | | |
| ADL維持等加算(I) ※月額 | なし | 30 | | | | |
| ADL維持等加算(II) ※月額 | なし | 60 | | | | |
| 夜間看護体制加算(I) | なし | 18 | | | | |
| 夜間看護体制加算(II) | あり | 9 | 2,894 | 290 | 579 | 869 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | なし | 120 | | | | |
| 協力医療機関連携加算(I) | あり | 100 | 32,160 | 3,216 | 6,432 | 9,648 |
| 協力医療機関連携加算(II) | なし | 40 | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算(地域密着型のみ) | なし | 20 | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | あり | 20 | 6,432 | 644 | 1,287 | 1,930 |
| 科学的介護推進体制加算 ※月額 | あり | 40 | 1,200 | 120 | 240 | 360 |
| 退院・退所時連携加算 ※発生時 | あり | 30 | 900 | 90 | 180 | 270 |
| 退居時情報提供加算 ※発生時 | あり | 250 | 7,500 | 750 | 1,500 | 2,250 |
| 看取り介護加算(I) | あり | 日数により変動 | | | | |
| 看取り介護加算(II) | なし | 日数により変動 | | | | |
| 認知症専門ケア加算(I) | なし | 3 | | | | |
| 認知症専門ケア加算(II) | なし | 4 | | | | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(I) | なし | 10 | | | | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(II) | なし | 5 | | | | |
| 新興感染症等施設療養費 ※発生時 | なし | 240 | | | | |
| 生産性向上推進体制加算(I) ※月額 | なし | 100 | | | | |
| 生産性向上推進体制加算(II) ※月額 | あり | 10 | 300 | 30 | 60 | 90 |
| サービス提供体制加算(I) | なし | 22 | | | | |
| サービス提供体制加算(II) | なし | 18 | | | | |
| サービス提供体制加算(III) | なし | 6 | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 (II) | あり | (介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数)×12.2% | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

② 要支援・要介護別介護報酬と自己負担

| 介護報酬(月額) | | 要支援1 | 要支援2 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|----------|------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| | | | 58,853 | 100,661 | 195,854 | 218,366 | 239,270 |
| 自己負担 | 1割負担 | 5,886 | 10,067 | 19,586 | 21,837 | 23,927 | 26,147 |
| | 2割負担 | 11,771 | 20,133 | 39,171 | 43,674 | 47,854 | 52,293 |
| | 3割負担 | 17,656 | 30,199 | 58,757 | 65,510 | 71,781 | 78,439 |

参考:高額介護(介護予防)サービス費(相当事業費)の利用者負担段階と利用者負担上限額(1か月あたり)

| 利用者負担段階 | | 上限額(月額) |
|---|---|------------------------------------|
| 市町村民 税 課税世帯 | 課税所得690万(年収1,160万円)以上 | 140,000円(世帯)(※1) |
| | 課税所得380万(年収770万円)以上～ 課税所得690万(年収1,160万円)未満 | 93,000円(世帯)(※1) |
| | 課税所得380万(年収770万円)未満 | 44,400円(世帯)(※1) |
| 市町村民税非課税世帯 | | 24,600円(世帯)(※1) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・前年の公的年金等収入額+その他の合計所得金額の合計が80万円以下 ・高齢福祉年金受給者 | | 24,600円(世帯)(※1) 15,000円(個人)(※2) |
| 生活保護を受給 | | 15,000円(個人)(※2) |

※1:介護保険サービスを利用した全世帯員の方の合計の上限額です。

※2:介護保険サービスを利用した本人の負担の上限額です。