

重要事項説明書

記入年月日	令和 2年 7月 1日
記入者名	安谷屋 和希
所属・職名	常務理事

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙5の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙5の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

種類	個人 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん しんあいかい 医療法人 信愛会	
主たる事務所の所在地	〒904-1203 沖縄県国頭郡金武町字屋嘉2724番地	
連絡先	電話番号	098-965-6655
	FAX番号	098-965-6663
	ホームページアドレス	http://shinaikai.com
	メールアドレス	iryohoujinshinaikai@gmail.com
代表者	氏名	安谷屋 信哉
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成・ <u>令和</u> 1年 10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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む くしばる 介護付有料老人ホーム くしばる	
所在地	〒904-2141 沖縄市池原3丁目3番8号	
主な利用交通手段	最寄駅	バス停 後原
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・バス停、後原停留所で下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	098-937-1165
	FAX番号	098-937-1213
	ホームページアドレス	https://shinaikai.com/
	メールアドレス	
管理者	氏名	松田 律子
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 24年 6月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 1年 10月 1日

(類型) 【表示事項】

① 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	4790400222
	指定した自治体名	沖縄市
	事業所の指定日	令和 1年 10月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和 1年 10月 1日

3 建物概要

土地	敷地面積	1 1 7 6 . 7 0 m ²				
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	1 2 2 1 . 4 2 m ²			
		うち、有料老人ホーム部分	7 2 9 . 5 0 m ²			
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	① 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	① 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		有/無	有/無	13.20m ²	1室	一般居室個室
タイプ2		有/無	有/無	13.43m ²	2室	一般居室個室
タイプ3		有/無	有/無	13.51m ²	8室	一般居室個室
タイプ4		有/無	有/無	13.76m ²	2室	一般居室個室
タイプ5		有/無	有/無	13.83m ²	5室	一般居室個室
タイプ6		有/無	有/無	13.90m ²	2室	一般居室個室
タイプ7		有/無	有/無	13.49m ²	1室	一般居室個室
タイプ8		有/無	有/無	m ²		
タイプ9		有/無	有/無	m ²		
タイプ10		有/無	有/無	m ²		

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における介護浴室	ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
食堂	① あり	2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	① あり	2 なし		
エレベーター	1 あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
消防用施設等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
その他				

4 サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	1. いつでも笑顔が絶えない環境づくりをします 2. 人権を尊重し、常にその人の立場に立ち安心して暮らせる施設創りをします。 3. ご家族との連携を密にし、信頼されるケアを提供します。 4. 地域との交流を深め、地域貢献と福祉活動に努めてまいります。
サービスの提供内容に関する特色	「地域に根ざした施設づくり」をモットーに、職員一人一人がよりよいケアを提供し、その人らしい生活が送れるよう支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

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		1	あり	②	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	②	なし
	個別機能訓練加算		1	あり	②	なし
	夜間看護体制加算		1	あり	②	なし
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	②	なし
	医療機関連携加算		①	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		①	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		①	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		①	あり	2	なし
	看取り介護加算		1	あり	②	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	②	なし
		(II)	1	あり	②	なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1	あり	②	なし
		(I) ロ	1	あり	②	なし
(II)		①	あり	2	なし	
(III)		1	あり	②	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) 3:1			
	②	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()			
協力医療機関	1	名称	中部協同病院		
		住所	沖縄市美里1丁目31番15号		
		診療科目	内科・外科・整形外科・皮膚科		
		協力内容	定期受診		
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力内容	.		
協力歯科医療機関	名称	ファーストデンタルクリニック			
	住所	うるま市安慶名1-2-18			
	協力内容	訪問歯科			

(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可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	② なし
	要支援の者	1 あり	② なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容			
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容 :) 2 なし		
入居定員	21人		
その他			

5 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		1人（兼務）
生活相談員	1人	1人	1人	1.5人
直接処遇職員				
介護職員		11人	0人	11人
看護職員	2人	1人	1人	1.5人
機能訓練指導員	1人		1人	0.4人
計画作成担当者	1人		1人	0.5人
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				40時間
従業員1人あたりの利用者数（利用者数／職員数（実人数）合計）				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	2人	2人	
実務者研修の修了者	1人	1人	
初任者研修の修了者	3人	3人	
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	2人	1人	1人
理学療法士			
作業療法士	1人		1人
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・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21時 ~ 5時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2人	1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、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 ① d 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)	3 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
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、本欄は省略可能)	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		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり							
	資格等の名称		正看護師							
	2 なし									
	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			4人	3人						
前年度1年間の退職者数										1人
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	1人	5人			1人				1人
	1年以上 3年未満	1人	1人					1人		
	3年以上 5年未満		2人							
	5年以上 10年未満		3人							
	10年以上					1人				
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし							
従業者に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況			① あり 2 なし							

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方法 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② 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	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	介護保険改定の際、消費税増税の際
	手続き	事前説明の上、同意書捺印。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	3	4	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	13.51m ²	13.90m ²	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		100,000円	100,000円	
家賃		30,000円	30,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	31,500円	31,500円
		管理費	38,500円	38,500円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
	その他	円	円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。）

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	30,000円
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含めないで記入。
管理費	38,500円
食費	31,500円
光熱水費	0円
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等の提供を行っていない場合は省略可能

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護保険サービスの自己負担額として
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間(償却年月数)		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)		円
初期償却率		%
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	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	6人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	3人
	要介護2	6人
	要介護3	4人
	要介護4	5人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	12人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	82.6歳
入居者数の合計	20人
入居率※	71.5%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	人
	医療機関	4人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		介護付有料老人ホームくしぼる
電話番号		098-937-1165
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
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	① あり	(その内容) 身体・財物
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	① あり	(その内容) 保険にて対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	② なし		
	1 あり	実施日	
評価機関名称			
結果の開示		1 あり 2 なし	
	② なし		

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公表していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公表していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公表していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公表していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公表していない

10 その他

運営推進委員会	① あり	(開催頻度) 2ヶ月 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) ② なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法29条第1項に規定する届出	① 届出あり 2 届出なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
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	1 登録あり ② 登録なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 不適合事項あり ② 不適合事項なし	
合致しない事項がある場合の内容	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室が1人当たり床面積が10.65㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> スプリンクラー全室 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置を実施済) 2 適合している (将来の改善計画を策定している。) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 指導事項あり (過去1年以内に改善) 2 指導事項あり (未改善のまま、指導から1年経過) ③ 指導事項なし	
1又は2の場合、不適合事項の内容		

添付書類：別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)
別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

(1)事業主体が沖縄県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	ヘルパーステーション信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	①松本デイサービスセンター ②山田リハビリテーションセンター ③楚辺リハビリテーションセンター	①沖縄市松本5-2-2 ②恩納村山田1010番地 ③読谷村楚辺1300番地
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	デイケアセンター信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
短期入所生活介護	有 / 無		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	介護老人保健施設信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
特定施設入居者生活介護	有 / 無		
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 無		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / 無		
夜間対応型訪問介護	有 / 無		
認知症対応型通所介護	有 / 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	グループホーム東山	うるま市東山2-24-10
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	地域密着型特定施設くしぼる	沖縄市池原3丁目3番8号
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
地域密着型通所介護	有 / 無		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	①ケアマゼンタ信愛の丘 ②居宅支援事業所山田 ③居宅支援事業所松本 ④居宅支援事業所読谷	①金武町字屋嘉2724番地 ②恩納村山田1010番地 ③沖縄市松本5-2-2 ④読谷村楚辺1300番地
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	有 / 無		
介護予防訪問看護	有 / 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無		
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	デイケアセンター信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
介護予防短期入所生活介護	有 / 無		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	介護老人保健施設信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 無		
<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	有 / 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無		

介護予防支援	有 / 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / 無		
介護老人保健施設	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	介護老人保健施設信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
介護療養型医療施設	有 / 無		
介護医療院	有 / 無		

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス	有 / 無	ヘルパーステーション信愛の丘	金武町字屋嘉2724番地
通所型サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	①松本デイサービスセンター ②山田リハビリテーションセンター ③楚辺リハビリテーションセンター	①沖縄市松本5-2-2 ②恩納村山田1010番地 ③読谷村楚辺1300番地
その他の生活支援サービス	有 / 無		

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

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							⑦ / 無
	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料で実施するサービス					備考※4
		(利用者が全額負担)	包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	有	無	○				
排泄介助・おむつ交換	有	無	○				
おむつ代	無	有		○	別紙参照		
入浴（一般浴）介助・清拭	有	無	○				
特浴介助	無	無					
身辺介助（移動・着替え等）	有	無	○				
機能訓練	有	無	○				
通院介助	無	無					
生活サービス							
居室清掃	有	無	○				
リネン交換	有	無	○				
日常の洗濯	無	有			月額3,000円		
居室配膳・下膳	有	無	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	無	無					
おやつ	有	無	○				
理美容師による理美容サービス	無	有		○	1回1,000円	カットのみ	
買い物代行	無	無					
役所手続き代行	有	無	○				
金銭・貯金管理	無	無					
健康管理サービス							
定期健康診断	無	無					
健康相談	有	無	○				
生活指導・栄養指導	無	無					
服薬支援	有	無	○				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	有	無	○				
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	無	無					
入退院時の同行	無	無					
入院中の洗濯物交換・買い物	無	無					
入院中の見舞い訪問	無	無					

※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）。

※2 「有」の場合は、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 備考欄には、サービスの範囲や条件を明確に記入する。

別紙1

特定施設くしぼる 介護保険単位算定要件同意書

特定施設入居者生活介護の提供をうける入居者の要介護状態区分に応じてそれぞれ以下の所定単位数を算定する。

特定施設入居者生活介護費（1日につき）	
要介護1	535単位
要介護2	601単位
要介護3	670単位
要介護4	734単位
要介護5	802単位

特定施設入居者生活介護の加算対象となるサービスの体制

1. 入居継続支援加算（1日につき36単位）

以下の基準に適合する利用者へ対して加算する。

(1) 口腔・鼻腔・気管カニューレ・胃ろう・腸ろうの喀痰吸引。経鼻経管栄養の利用者割合が100分の15以上であること。

(2) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で利用者の人数が6又はその端数が増すごとに1以上であること。

(3) 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成12年厚生省告示第27号）第五号に規定する基準に該当しないこと。

(4) 当該加算を算定する場合に当たっては、サービス提供体制強化加算は算定しない。

2. 生活機能向上連携加算（1月につき200単位又は100単位）

利用者に対して機能訓練を行った場合は、生活機能向上連携加算として、1月につき200単位を所定単位数に加算する。ただし、後述する個別機能訓練を算定している場合は1月につき100単位を所定単位数に加算する。

3. 個別機能訓練加算（1日につき12単位）

専ら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、利用者に対して、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者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている場合、所定単位数に加算する。

4. 夜間看護体制加算（1日につき10単位）

以下の基準に適合する利用者へ対して加算する。

(1) 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること

(2) 看護職員により、病院・診療所・訪問看護ステーションのいずれかとの連携体制、24時間連絡できる体制、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。

(3) 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に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

5. 医療機関連携加算（1月につき80単位）

看護師が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該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の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合は、所定単位数に加算する。

6. 口腔衛生管理体制加算（1月につき30単位）

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術助言及び指導を月1回以上行っている場合に、所定単位数に加算する。

7. 栄養スクリーニング加算（1回につき5単位）

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（低栄養状態の場合は、改善に必要な情報を含む）を担当する介護支援専門員に提供した場合に所定単位数に加算する。栄養確認の項目は以下の通りとする。

①BMIが18.5未満である者

②1～6月間で3%以上の体重減少が認められる又は6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がある者

③血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

④食事摂取量が不良（75%以下）である者

8. 退院・退所時連携加算（1日につき30単位）

病院・診療所・介護老人保健施設又は介護医療院から入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、所定単位数を加算する。30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居した場合は、退院・退所時連携加算が算定できることとする。

9. サービス提供体制強化加算Ⅱ (1日につき6単位)

利用者に対し、特定施設入居者生活介護を行った場合、当該基準の区分に従い所定単位数を加算する。サービス提供体制強化加算Ⅱの基準は以下の通り

- ①看護・介護職員の総数の内、常勤職員の占める割合が100分の75以上である。
- ②人員基準欠如に該当していないこと

10. 介護職員処遇改善加算Ⅰ

利用者に対し、特定施設入居者生活介護を行った場合は当該基準に掲げる区分に従い次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

基本サービスと加算サービスの合計単位数の1000分の82に相当する単位数。

11. 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ

利用者に対し、特定施設入居者生活介護を行った場合は当該基準に掲げる区分に従い次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

基本サービスと加算サービスの合計単位数の1000分の12に相当する単位数。

令和 年 月 日

所属 _____

説明者 _____ ㊞

上記の介護保険利用料金の基本サービス料金と加算料金の説明を受け内容を理解したので同意します。

令和 年 月 日

利用者名 _____ ㊞

同意者名 _____ ㊞