

重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者名	増田 直記
所属・職名	管理者

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんふくしょうふくしかい 社会福祉法人福祥福祉会		
主たる事務所の所在地	〒 560-0001 大阪府豊中市北緑丘二丁目9番5号		
連絡先	電話番号／FAX番号	06-6152-1233/06-6152-1211	
	メールアドレス	housenka-kitamidori@e-housenka.com	
	ホームページアドレス	http:// www.housenka.com	
代表者(職名/氏名)	理事長 / 阿久根 賢一		
設立年月日	平成	10年3月30日	
主な実施事業	「別添1 事業主体が豊中市で実施する他の介護保険事業所一覧表」に掲げる介護保険事業		

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) あしすてっどりびんぐほーむほうせんか ももやまだい アシステッドリビングホーム豊泉家 桃山台			
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	〒 560-0085 大阪府豊中市上新田三丁目10番36号			
主な利用交通手段	北大阪急行電鉄「桃山台駅」より徒歩10分			
連絡先	電話番号	06-6873-0075		
	FAX番号	06-6873-0175		
	ホームページアドレス	http:// www.housenka.com		
管理者(職名/氏名)	施設長 / 増田 直記			
開設日/届出受理日・登録日(登録番号)	平成	18年12月1日	平成	18年4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	2774003475	所管している自治体名	豊中市
特定施設入居者生活介護 指定日	平成	18年12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	2774003475	所管している自治体名	豊中市
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	なし	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間				～				
	面積	2,757.4 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	なし	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間				～				
	延床面積	4,941.8 m ² (うち有料老人ホーム部分			4,487.5 m ²)				
	竣工日	平成 18年10月18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	鉄筋コンクリート造			その他の場合：				
	階数	5階		(地上	4階、地階		1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	82戸		届出又は登録(指定)をした室数			82室(82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	○	○	×	○	○	19.80～26.45	82	全室シャワールーム有
共用施設	共用トイレ	12か所		うち男女別の対応が可能なトイレ			4か所		
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			9か所		
	共用浴室	個室	1か所		大浴場	3か所			
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	1か所		チェア浴	2か所		その他：	
	食堂	4か所		面積	350.0 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	1か所		面積	147.0 m ²				
	エレベーター	あり(ストレッチャー対応)				2か所			
	廊下	中廊下	2.94 m		片廊下	1.7 m			
	汚物処理室	4か所							
	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	備付NCからスマホへ通報		通報先から居室までの到着予定時間			約1分		
その他	健康管理室、ラウンジ								
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	高齢者の特性に配慮した住み良い住居を提供し、入居者の自立性の尊重を基本とし、入居者が明るく心豊かに生活出来るよう配慮していく。		
サービスの提供内容に関する特色	介護サービスを行う上で、その方の「出来る事」を大切に、「出来ない事や困っている事」を中心としてサービスを行わせて頂きます。入居者がいつまでも尊厳を重んじ、自立した生活が送れるよう最大限のサポートを致します。		
各サービスの提供形態			
	サービス種類	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	自ら実施	
	調理、洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施・委託	SCM株式会社
	健康管理の支援（供与）	自ら実施	
	上記サービスの提供内容		「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」のとおり
	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	医療法人 成和会
	提供方法		
虐待防止に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ①虐待防止に関する責任者は、管理者の増田直記です。 ②成年後見制度の利用を支援します。 ③苦情解決体制を整備しています。 ④従業者に対する虐待防止を啓発・推進する為の研修を実施しています。 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するものとします。 		
身体的拘束に関する方針	<p>身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為は原則禁止しています。ただし、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、自傷他害等の利用者本人または他人の生命・身体に対し、危険が及ぶ事が考えられる時は、利用者やその家族に対して説明を行い同意を得た上で、緊急やむを得ず必要最低限の範囲内で行う場合があります。その場合は、身体拘束を行った理由、内容、日時、拘束の時間、期間及び利用者の様態等についての記録を行うものとします。また2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討を行います。身体拘束廃止の指針を定め、全職員に対して身体拘束廃止に関する研修を実施する。また、1ヶ月に1回以上、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</p>		

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・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を作成する。 ・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に説明し、同意を得た上で交付するものとする。 ・計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも月に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。 ・サービスの目標及びその達成時期等を盛り込んだ計画の実施状況の把握を行う。 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて自立摂取出来るよう適切な食事介助を行います。 ・食事は食寝分離を原則に食堂で食べて頂けるように配慮します。 	
	入浴の提供及び介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・個々の身体状況に応じ、自立浴、介助浴、機械浴をご利用頂けます。 	
	排泄介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。（定時介助、随時介助） 	
	更衣介助	<ul style="list-style-type: none"> ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。 	
	移動・移乗介助	あり	介助の必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子への移乗の介助を行います。
	服薬介助	あり	介助の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	利用者の状況に応じて、日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止する為の訓練を行います。	
	レクリエーションを通じた訓練	上記を目標とするレクリエーションの提供を行います。	
	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、機械・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		<ul style="list-style-type: none"> ・看護師によるバイタルチェックを行います。 ・緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 ・利用者が入院治療を要する者である事等、必要なサービスを提供する事が困難であると認めた場合は、適切な病院または診療所の紹介、その他の適切な措置を講じるものとします。
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		サービス向上の為、職員に対し、人権、身体拘束、虐待、感染予防、事故予防、認知症、介護技術等の研修を定期的実施しています。	
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	個別機能訓練加算	あり	
	A D L 維持等加算	なし	
	夜間看護体制加算	あり	
	協力医療機関連携加算	あり	
	看取り介護加算	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	あり	
	科学的介護推進体制加算	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	あり	
	退居時情報提供加算	あり	
	高齢者施設等感染対策向上加算	なし	
	生産性向上推進体制加算	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
介護職員等処遇改善加算	(Ⅱ)	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施	あり	(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、通院介助	
	その他の場合：	
協力医療機関	名称	社会福祉法人福祥福祉会 豊泉家クリニック桃山台
	住所	大阪府豊中市上新田3丁目10番36号
	診療科目	内科、精神科
	協力内容	訪問診療、急変時の対応
		その他の場合：
	名称	医療法人成和会 ほうせんか病院
	住所	大阪府茨木市西福井2丁目9番36号
	診療科目	内科、呼吸器内科、循環器内科、外科、整形外科 他
	協力内容	急変時の対応
		その他の場合：
	名称	医療法人成和会 北大阪ほうせんか病院
	住所	大阪府茨木市室山1丁目2番2号
診療科目	内科、循環器内科、外科、整形外科、精神科 他	
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	医療法人 博友会 ほうせんかデンタルクリニック
	住所	豊中市上新田1丁目6番27号奥井第1ビル2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		介護居室へ移る場合	
		その他の場合：	
判断基準の内容		利用者個々の心身の状況並びにその置かれている環境に応じ、適時・適切に提供する為、居室移動を行う場合があります。	
手続の内容		①管理者及び専門職による協議を行い、事業所として決定する。 ②計画作成担当者が作成する特定施設サービス計画に基づき利用者及びその家族に説明を行う。	
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 面積の増加又は減少
	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	なし	変更の内容

(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	介護保険の要支援、要介護認定を受け、身体機能の低下又は認知症等、常時介護が必要な方。(65歳以上の方、又は要介護状態の原因が介護保険で指定する特定疾患である40～64歳の方)		
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけた場合や届け出られた連帯保証人と連絡がつかない場合等	
	解約予告期間	2ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1 か月		
体験入居	あり	内容	空室がある場合 一泊食事付20,000円(税込)
入居定員	82 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	計画作成担当者兼務
生活相談員	1	1	0	1	
直接処遇職員	35	26	9	30.4	
介護職員	24	23	1	23.5	
看護職員	11	3	8	6.9	
機能訓練指導員	1	1	0	1	
計画作成担当者	1	1	0	1	管理者兼務
栄養士	0	0	0	0	
調理員	0	0	0	0	
事務員	0	0	0	0	
その他職員	0	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					32 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	14	13	0	
介護福祉士実務者研修修了者	19	19	0	
介護職員初任者研修修了者	2	2	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			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	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 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く)
看護職員	1 人	1 人
介護職員	3 人	2 人
生活相談員	0 人	0 人
	4 人	3 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 : 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)

管理者	他の職務との兼務		あり							
	業務に係る資格等	あり	資格等の名称							
	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	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	5	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	1	1	6	0	1	0	1	0	0
	3年以上5年未満	0	1	6	2	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	2	6	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	1	2	0	1	0	0	0	1
	備考									
従業員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	一部前払い・一部月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	全額前払い方式・一部前払い方式 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	経済状況、人件費、公租公課、諸物価の変動等により、1年に1回改訂の検討を行う
	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 (1年前払)	プラン2 (分割)
入居者の状況	要介護度	要介護	要介護
	年齢	60歳以上	60歳以上
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	19.54～26.51㎡	19.54～26.51㎡
	トイレ	あり	あり
	洗面	あり	あり
	浴室	あり	あり
	台所	あり	あり
	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）	1,980,000円	0円
	保証金	500,000円	500,000円
月額費用の内訳			
家賃		(前払金に含む) 165,000円	178,200円
食費（※1）		80,300円	80,300円
管理費		143,000円	143,000円
光熱水費		管理費に含む	管理費に含む
状況把握・生活相談サービス費			
特定施設入居者生活介護の費用（※2）		別添3・4のとおり	別添3・4のとおり
介護保険外サービスの費用（※1）		手厚い介護費99,000円	手厚い介護費99,000円
備考			
※1 消費税込の金額			
※2 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）			

(利用料金の算定根拠等)

家賃	土地の賃借料、建設費、借入利息等を基礎とし、平均利用年限に係る家賃相当額	
敷金	家賃の	か月分
	解約時の対応	
前払金	老人福祉法等に基づき算定	
食費	一日3食を提供する為の費用	
管理費	共用施設及び専用居室の水光熱費、維持管理費、事務費、事務管理部門の人員費、ホームの維持・運営に必要な諸経費	
状況把握及び生活相談サービス費		
上乗せ介護費（介護保険外）	要介護者等の人員化配置サービスの費用として、入居者2名に対し、介護・看護職員の配置が週40時間換算で1名以上配置、看護職員の毎日の夜勤勤務の為の費用として、介護保険給付及び利用者負担による収入でカバー出来ない額に相当するものとして合理的な積算根拠に基づく。	
介護保険外で個別の希望等に基づき提供されるサービス（介護保険外）	「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」のとおり	

(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）	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）	無し	
初期償却額	無し	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	・入居時に一括して支払った居住費× [（償却期間60ヶ月-入居月数）÷償却期間60ヶ月]
	入居後3月を超えた契約終了	・入居時に一括して支払った居住費× [（償却期間60ヶ月-入居月数）÷償却期間60ヶ月]
前払金の保全先	5 全国有料老人ホーム協会	

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	2 人
	75歳以上85歳未満	15 人
	85歳以上	39 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援1	1 人
	要支援2	4 人
	要介護1	9 人
	要介護2	15 人
	要介護3	10 人
	要介護4	10 人
	要介護5	7 人
入居期間別	6か月未満	5 人
	6か月以上1年未満	6 人
	1年以上5年未満	30 人
	5年以上10年未満	12 人
	10年以上	3 人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		2 人 / 2 人
入居者数		56 人

(入居者の属性)

性別	男性	12 人	女性	44 人	
男女比率	男性	21 %	女性	79 %	
入居率	68.3 %	平均年齢	87 歳	平均介護度	2.6

(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	1 人
	医療機関	1 人
	死亡者	16 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
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 療養期間延長・他施設への移動 2 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)		アシステッドリビングホーム豊泉家 桃山台
電話番号 / F A X		06-6873-0075 / 06-6873-0175
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 (有料所管庁)		豊中市福祉部長寿社会政策課
電話番号 / F A X		06-6858-2838 / 06-6858-3146
対応している時間	平日	8:45～17:15
定休日		土日祝日、12/29～1/3
窓口の名称 (サ高住所管庁)		
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 (豊中市健康福祉サービス苦情調整委員会)		話して安心、困りごと相談 (豊中市健康福祉サービス苦情調整委員会)
電話番号 / F A X		06-6858-2815 / 06-6854-4344
対応している時間	平日	9:00～17:15
定休日		土日祝日、12/29～1/3
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
電話番号 / F A X		06-6949-5418 /
対応している時間	平日	9:00～17:00
定休日		土日祝日、12/29～1/3
窓口の名称 (虐待の場合)		豊中市福祉部長寿安心課
電話番号 / F A X		06-6858-2866 / 06-6858-3611
対応している時間	平日	8:45～17:15
定休日		土日祝日、12/29～1/3

(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	団体契約者：全国社会福祉協議会
	加入内容	施設で提供しているサービス
	その他	引受会社：損害保険ジャパン日本興亜株式会社
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	運営懇談会なごみ会	
		実施日	令和 6年5月18日	
		結果の開示	あり	
			開示の方法	次回なごみ会での報告
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
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	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 4回
		構成員	入居者、連帯保証人、施設長、理事、介護職員、介護支援専門員、機能訓練指導員、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	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	<p>豊泉家及び豊泉家の従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用差及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p> <p>豊泉家は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、他の保険・医療・福祉サービス機関等に利用者の個人情報を提供致しません。ただし、利用者の生命又は身体を保護する上で緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。豊泉家は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理するものとしします。また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p>		
緊急時等における対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ・事故等が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うと共に必要な措置を講じるものとしします。 ・賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとしします。 		
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	
豊中市有料老人ホーム設置運営指導指針「7. 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		
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 事業主体が豊中市で実施する他の介護保険事業所一覧表
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 特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表
別添4 介護報酬額の自己負担基準表
別添5 重度化した場合の対応に係る指針

上記の重要事項の内容、並びに、医療サービス等及びその他のサービス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。

(西暦) 年 月 日

【入居者】

住 所

氏 名 様 印

【入居者代理人】

住 所

氏 名 様 印

上記の重要事項の内容、並びに、医療サービス等及びその他のサービスの提供事業者を自由に選択できることについて、入居者、入居者代理人に説明しました。

(西暦) 年 月 日

(事業者)

住 所 大阪府豊中市北緑丘二丁目9番5号

法 人 名 社会福祉法人 福祥福祉会

代表者氏名 理事長 阿久根 賢一 印

説明者氏名 _____ 印

(別添1)事業主体が豊中市で実施する他の介護保険事業所一覧表

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	ホームヘルプセンター豊泉家豊中	豊中市上新田3-10-36
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	あり	デイサービスセンター豊泉家北緑丘	豊中市北緑丘2-9-5
	あり	デイサービスセンター豊泉家桃山台	豊中市上新田3-10-36
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護	あり	特別養護老人ホーム豊泉家北緑丘	豊中市北緑丘2-9-5
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	あり	ケアハウス豊泉家桃山台	豊中市上新田3-10-35
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			
<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	あり	特別養護老人ホーム豊泉家北緑丘	豊中市北緑丘2-9-5
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	ケアハウス豊泉家桃山台	豊中市上新田3-10-35
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	あり	特別養護老人ホーム豊泉家北緑丘	豊中市北緑丘2-9-5
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

サービスの種類	ケアプランに基づいて介護保険内で提供されるサービス		介護保険外で個別の希望等に基づき提供されるサービス		備 考	
	実施の有無	料金 ※1	実施の有無	料金(税抜) ※2		
介護サービス	食事介助	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	排せつ介助・おむつ交換	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	おむつ代	なし		あり	実費	
	入浴(一般浴) 介助・清拭	あり	特定施設入居者生活介護を含む	あり	<風呂・大浴場>960円/回 <機械浴>1,800円/回 <清拭>600円/回	
	特浴介助	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	身辺介助(移動・着替え等)	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	機能訓練	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	通院介助	なし		あり	30分1500円	協力医療機関は除く
生活サービス	居室清掃	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	リネン交換	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	日常の洗濯	あり		あり	実費	特別な洗濯を希望される場合は実費負担
	居室配膳・下膳	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		あり	実費	桃源郷ランチ5,500円、スムース食720円/日
	おやつ	なし		あり		食費に含まれている
	理美容師による理美容サービス	なし		なし		
	買い物代行	なし		あり	30分1500円	
	役所手続代行	なし		あり	30分1500円	
	金銭・貯金管理	なし		なし		
健康管理サービス	定期健康診断	なし		あり	実費	
	健康相談	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	生活指導・栄養指導	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	服薬支援	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		
入退院のサービス	移送サービス	あり		なし		
	入退院時の同行	あり		なし		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし		あり	30分1500円	
	入院中の見舞い訪問	あり	特定施設入居者生活介護を含む	なし		

※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)。
 ※2ケアプランに定められた回数を超える分や個人の希望によるサービスは介護保険外サービス。

【別添3】特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表(介護保険自己負担額)【自動計算】

当施設の地域区分単価 4級地 10.54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	1,928	193	57,864	5,787	介護予防特定施設入居者生活介護の費用	
要支援2	313	3,299	330	98,970	9,897		
要介護1	542	5,712	572	171,380	17,138	短期利用特定施設入居者生活介護【地域密着型も含む】も同額の費用	
要介護2	609	6,418	642	192,565	19,257		
要介護3	679	7,156	716	214,699	21,470		
要介護4	744	7,841	785	235,252	23,526		
要介護5	813	8,569	857	257,070	25,707		
		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)	あり	12	126	13	3,794	380	1日につき
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	なし						1月につき
ADL維持等加算	なし						1月につき
夜間看護体制加算	(Ⅰ)	18	189	19	5,691	570	1日につき
協力医療機関連携加算	あり①	100	-	-	1,054	106	1月につき
看取り介護加算	(Ⅱ)	572	6,028	603	-	-	1日につき
		644	6,787	679	-	-	1日につき
		1,180	12,437	1,244	-	-	1日につき
		1,780	18,761	1,877	-	-	1日につき
入居継続支援加算	なし					1日につき	
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	あり	120	1,264	127	37,944	3,795	1日につき
科学的介護推進体制加算	なし					1月につき	
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	316	32	9,486	949	1日につき
退居時情報提供加算	あり	250					1回につき
認知症専門ケア加算	なし						1日につき
高齢者施設等感染対策向上加算	なし						1月につき
生産性向上推進体制加算	なし						1月につき
サービス提供体制強化加算	(Ⅲ)	6	63	7	1,897	190	1日につき
介護職員等処遇改善加算	(Ⅱ)	(介護予防) 特定施設入居者生活介護+加算単位数) × 12.2%					

(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】

- ①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。
- ②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。
- ③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。
- ④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) ※以下の要件全てに該当すること

・個別機能訓練加算【短期利用(地域密着含む)は除く】

- ①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(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、きゅう師)を1名以上配置していること。(利用者の数が100を超える場合は、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、かつ、理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で除した数以上配置していること)
※はり師・きゅう師については理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有するものに限る。
- ②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。

・ADL維持等加算【要支援は除く】

- ①評価対象者の総数が十人以上であること。
- ②評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から起算して六月目において、ADLを評価し、その評価に基づく値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。
- ③評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して六月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値が一以上であること。

・夜間看護体制加算(Ⅰ)【要支援は除く】

- 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夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1名以上であって、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。

・夜間看護体制加算(Ⅱ)【要支援は除く】

- ①夜間看護体制加算(Ⅰ)の①及び③に該当すること。
- ②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。

・協力医療機関連携加算【短期利用(地域密着含む)は除く】

- ①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ②高齢者施設等からの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していること。
- ③入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
※①、②の要件を満たす場合は100単位/月、それ以外の場合は40単位/月

・看取り介護加算【要支援と短期利用(地域密着含む)は除く】

- ①看取りに関する指針を定め、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。
- ②医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- ③看取りに関する職員研修を行っていること。

【対象となる利用者】

- ①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判断した者。
- ②医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」という)が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意をしている者を含む)。
- ③看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、随時医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意をした上で介護を受けている者(その家族等が説明を受けた上で、同意をしている者を含む)。

・入居継続支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）【要支援は除く】

- ①社会福祉士及び介護福祉法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が利用者の100分の15以上であること。
- ②社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者及び次のいずれかに該当する状態の者の占める割合が入居者の100分の15以上であり、かつ、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。
- ③介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること
- ④人員基準欠如に該当していないこと。
- ※①又は②のいずれかに適合し、かつ、③及び④のいずれにも適合する場合は（Ⅰ）、入居継続支援加算（Ⅰ）の①又は②のいずれかに適合し、かつ、③及び④いずれにも適合する場合は（Ⅱ）

・生活機能向上連携加算

別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合しているものとして豊中市長に届け出た指定特定施設において、利用者に対して機能訓練を行った場合。ただし、個別機能訓練加算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。

・若年性認知症入居者受入加算

別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合しているものとして豊中市長に届け出た指定特定施設において、若年性認知症入居者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった入居者をいう。）に対して指定特定施設入居者生活介護を行った場合。

・科学的介護推進体制加算

- ①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ②必要に応じて特定施設サービス計画を見直すなど、指定特定施設入居者生活介護の提供に当たって、①に規定する情報その他指定特定施設入居者生活介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

・口腔・栄養スクリーニング加算

別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合する指定特定施設の従業者が、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（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は算定しない。

・退院・退所時連携加算

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院・退所時連携加算として、1日につき所定単位するを算定する。30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に該当指定特定施設に再び入居した場合も、同様とする。

・退居時情報提供加算

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

・認知症専門ケア加算（Ⅰ）【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ①利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者。以下「対象者」という）の占める割合が50%以上であること。
- ②認知症介護に係る専門的な研修（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以上、20人以上の場合は、1に当該対象者の数19を超えて10又はその端数を増すごとに1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。
- ③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】

- ①認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件をいずれも満たすこと。
- ②認知症介護の指導に係る専門的な研修（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。
- ③介護職員、看護職員ごとの認知症ケアの指導に関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。

・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

- ①感染症法第6条第17項に規定する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。
- ②協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症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。
- ③診療報酬における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又は地域の医師会が定期的に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。

・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

- ①診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

- ①生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。
- ②見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
- ③職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
- ④1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。

・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

- ①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ②見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- ③1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること、または介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であること。
- ②質の向上に資する取組を実施していること。
- ②人員基準欠如に該当していないこと。

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

- ①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。
- ②人員基準欠如に該当していないこと。

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

- ①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、または看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること、または入居者に直接提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上であること。
- ②人員基準欠如に該当していないこと。

・介護職員処遇改善加算（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の賃金の改善等を実施しているものとして、豊中市長に届け出ること。

(別添4)介護報酬額の自己負担基準表(地域区分別1単位の単価 4級地 10.54円)

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。)

<特定施設入居者生活介護費・特定施設入居者生活介護費>

	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	57,864円	5,787円	11,573円	17,360円
要支援 2	313 単位/日	98,970円	9,897円	19,794円	29,691円
要介護 1	542 単位/日	171,380円	17,138円	34,276円	51,414円
要介護 2	609 単位/日	192,565円	19,257円	38,513円	57,770円
要介護 3	679 単位/日	214,699円	21,470円	42,940円	64,410円
要介護 4	744 単位/日	235,252円	23,526円	47,051円	70,576円
要介護 5	813 単位/日	257,070円	25,707円	51,414円	77,121円

<各種加算>

	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)
個別機能訓練加算 (I)	12 単位/日	3,794円	380円	759円	1,139円
個別機能訓練加算 (II)	20 単位/月	210円	21円	42円	63円
ADL維持等加算 (I)	30 単位/月	316円	32円	64円	95円
ADL維持等加算 (II)	60 単位/月	632円	64円	127円	190円
夜間看護体制加算 (I)	18 単位/日	5,691円	570円	1,139円	1,708円
夜間看護体制加算 (II)	9 単位/日	2,845円	285円	569円	854円
協力医療機関連携加算	100 単位/月	1,054円	106円	211円	317円
入居継続支援加算 (I)	36 単位/日	11,383円	1,139円	2,277円	3,415円
入居継続支援加算 (II)	22 単位/日	6,956円	696円	1,392円	2,087円
生活機能向上連携加算 (I) (個別機能訓練加算を算定する場合は 1月につき100単位)	100 単位/月	1,054円	106円	211円	317円
生活機能向上連携加算 (II) (個別機能訓練加算を算定する場合は 1月につき100単位)	200 単位/月	2,108円	211円	422円	633円
若年性認知症入居者受入加算	120 単位/日	37,944円	3,795円	7,589円	11,384円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	421円	43円	85円	127円
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位/回	210円	21円	42円	63円
退院・退所時連携加算 (入居後30日以内)	30 単位/日	9,486円	949円	1,898円	2,846円
退居時情報提供加算	250 単位/回	2,635円	264円	527円	791円
認知症専門ケア加算 (I)	3 単位/日	948円	95円	190円	285円
認知症専門ケア加算 (II)	4 単位/日	1,264円	127円	253円	380円
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	10 単位/月	105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
生産性向上推進体制加算 (I)	100 単位/月	1,054円	106円	211円	317円
生産性向上推進体制加算 (II)	10 単位/月	105円	11円	21円	32円

	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)
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22 単位/日	6,956円	696円	1,392円	2,087円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18 単位/日	5,691円	570円	1,139円	1,708円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位/日	1,897円	190円	380円	570円
看取り介護加算 (Ⅰ) (死亡日以前31日以上45日以下)	72 単位/日	758円/日	76円/日	152円/日	228円/日
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	1,517円/日	152円/日	304円/日	456円/日
看取り介護加算 (Ⅰ) (死亡前日及び前々日)	680 単位/日	7,167円/日	717円/日	1,434円/日	2,151円/日
看取り介護加算 (Ⅰ) (死亡日)	1,280 単位	13,491円	1,350円	2,699円	4,048円
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡日以前31日以上45日以下)	572 単位/日	6,028円/日	603円/日	1,206円/日	1,809円/日
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡日以前4日以上30日以下)	644 単位/日	6,787円/日	679円/日	1,358円/日	2,037円/日
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡前日及び前々日)	1180 単位/日	12,437円/日	1,244円/日	2,488円/日	3,732円/日
看取り介護加算 (Ⅱ) (死亡日)	1,780 単位	18,761円	1,877円	3,753円	5,629円
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)～(Ⅴ)	-	-	-	-	-

・1か月は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
自己負担	(1割の場合)							
	(2割の場合)							
	(3割の場合)							

・上記は、 を算定の場合の例です。

(別添5)

重度化した場合の対応に係る指針

1 医師や医療機関との連携体制

協力医療機関：豊泉家クリニック桃山台

上記医療機関において、医師との連絡体制を24時間整備し、ご入居者に特変があった際には即時連携を図り、対応を行っております。特に重篤な状態であると医師が判断した場合には、外部の病院への緊急搬送などの対応を行っております。

2 入院期間中における居住費や食費の取り扱い

居住費については、入居期間中と同額を利用者にご負担頂きます。

食費については、未摂取であった朝食・昼食・間食・夕食それぞれの食材費の相当額を減算致します。(朝食131円/昼食368円/間食62円/夕食327円)

3 看取りに関する考え方

1) 看取り介護の目的

アシステッドリビングホーム豊泉家 桃山台(以下、豊泉家 桃山台という)におけるトータルライフケアの一環として、ご入居者並びにご家族が希望される「看取り介護」を積極的に支援し、ご入居者が最高の人生を生き抜かれるために、より適切な介護サービスの提供に資することを目的と致します。

2) 看取り介護とは

豊泉家 桃山台では、ご入居者が医師の診断により回復が難しい状態に陥った時に、終末期の場所としての役割を果し、ご入居者の意思やご家族の意向を最大限に尊重して終末期のケアを行います。これは、決して終末を早めたり遅らせたりすることもしない、自然に訪れる終末を支える方法でケアを行います。生命をもつ全てのものが必ず迎える死について、最後まで尊厳のある生活が送れるよう、責任を持って支援致します。

3) 対象者

豊泉家 桃山台における看取り介護の対象者は以下の条件をご理解されている方となります。

- (1) 入居者並びにご家族が豊泉家 桃山台での「看取り介護」を希望している方
- (2) アシステッドリビングホーム豊泉家 桃山台は病院ではなく生活の場を提供している施設であるということを理解されている方
- (3) 老衰、老化やがん末期に伴い、積極的な治療を希望しない方、また必要としてない方
- (4) 苦痛、痛み、呼吸苦、出血等の当ホームでの生活継続に支障がある症状がない方
- (5) 当ホームにおける看取り対応について、以下の条件をご理解されている方
 - (ア) 夜間のケア従事者は介護職員です。
 - (イ) 医師の出勤は週に4日、1回3時間程度で全入居者を診ています。
 - (ウ) 夜間においては、夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制に基づいて、施設長、相談員、看護師、医師と連絡をとって対応を行います。

(エ) 夜間にご逝去になった場合や休日等で医師と連絡がつかない場合は検死となる場合があります。

4) 看取り介護開始にあたって

医師により、回復が難しい状態と診断され、ご入居者並びにご家族が豊泉家 桃山台で最後を迎えたいと希望された時、豊泉家 桃山台はご入居者並びにご家族にこの指針を説明し、同意を得た時から看取り介護が開始となります。なお、同意につきましては、ご入居者若しくはご家族が同意書に署名・捺印をして頂く必要があります。

5) 看取り介護に関する介護計画

医師より終末期と診断され上記4にある同意を得た時は、豊泉家 桃山台ではご入居者が尊厳のある、安心した終末を迎えられるよう、ケアに携わる全ての各種専門員（施設長、副施設長、介護支援専門員、医師、看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練士、栄養士等）が共同してケアプランを作成し、入居者並びにご家族へ十分な説明を行います。

また、状況や状態等の変化に適時、適切に対応をし、必要に応じてケアプランの内容を見直し変更します。その際には、適時説明を行います。

6) 職員体制

看取り介護実施にあたっては、施設長、介護支援専門員を始め医師、看護職員、介護職員全ての職種で情報の共有化を図り、看取り介護の協力体制を築きます。また、介護支援専門員、生活相談員、看護職員並びに介護職員は医師の指示を受け、ご入居者が安らかな状態を保つように日々の状態把握に努め、各職員が連携を図りながらケアを行います。さらにご家族とも綿密な連絡体制のもと、ご入居者に変化があれば随時説明を行い、ご家族の不安解消に努めます。

7) 看取り介護に関する環境

尊厳ある安らかな最後を迎えて頂くために、ご家族の協力は必要不可欠です。特にご入居者にとってご家族が側におられるどうかできっと安心感は違う事でしょう。ご家族には出来る限りの来訪とお付き添いをお願いします。

また、終末期においてはご家族の宿泊も可能です。宿泊を希望される方は職員にお申し出下さい。

8) 看取り介護に関する記録

記録に関しては以下の通り整備しております。

- (1) 看取り介護同意書
- (2) 医師の指示内容(カルテ記載を含む)
- (3) ケアプラン会議(ケアカンファレンス)の記録
- (4) ケアプラン(看取り介護用)
- (5) ケース記録
- (6) 臨終時の記録
- (7) 看取り介護終了後のカンファレンス会議録

9) 看取り介護に関する職員教育・研修

よりよい看取り介護を行うために、ターミナルケア研修並びにターミナルケアにおける自立支援指針を用いて研修を行い、看取り介護に関する理解を深めるよう努めます。また、全職員が以下の10項目を共に確認し合いながら看取り介護を行います。

- ① ご本人の意思を尊重していますか。
ご本人やご家族がどのように最後を迎えたいと思っておられるのか(延命処置や積極的な治療を拒否される等)をしっかりと受け止め、その思いを最大限尊重しましょう。
- ② ご家族の思いは反映できていますか。
ご家族の気持ちに配慮し、ご家族が納得のいく介護をしましょう。そのためにご家族とはとにかく時間を惜しまず話をしましょう。
- ③ 他職種との連携は徹底されていますか。
医師・看護職員・介護職員・生活相談員・介護支援専門員・機能訓練士・栄養士などの他職種と連絡を取り合ってよりきめの細かい介護を行うことがご入居者やご家族の安心に繋がります。
- ④ 緊急時の対応は確認できていますか。
もしもの時に迅速に的確な対応が出切る様に申し送りは徹底してください。不確かや不安な対応は絶対にやめましょう。
- ⑤ ご家族が付き添える環境は整っていますか。
できるだけそばにいたいと思われるご家族の思いを尊重し、付き添えるように配慮しましょう。
- ⑥ 状況に応じた対応が統一できていますか。
体調の変化に伴い介護の仕方も変化していきますが、全職員が統一した対応をしましょう。
- ⑦ 我々のやるべき事を認識できていますか。
病院(医療施設)ではなく、豊泉家(生活施設)で最後を迎えたいと思っておられる方が我々に求める介護とはどのようなものかを十分に汲み取りましょう。
- ⑧ お互いに支えあえていますか。
フェロー同士が信頼し合い、良いチームワークを築かなければ、良い介護は出来ませんし、最後を看取るという大役は果せません。
- ⑨ 他のご入居者への配慮は出来ていますか。
周囲のご入居者も高齢であるため、必要以上に心配をしたり、不安になったり精神的に落ち込まれるご入居者もおられます。その方への心遣いも忘れないで下さい。ショックを受けないように配慮をしながら事実を説明することも大切なことです。
- ⑩ 豊泉家で生活できて良かったと思ってもらえましたか。
ご入居者はもちろんのこと、ご家族にも「豊泉家に来て良かった」と思ってもらえるような介護をしてください。後悔先に立たずではありませんが、職員も後悔のないプロとしての介護を全うしてください。

看取り介護に関する同意書

社会福祉法人 福祥福祉会
アシステッドリビングホーム豊泉家 桃山台
管理者 増田 直記 殿

私、_____は、_____である_____の状態について、医師より説明を受けました。

その上で、今後については、医療機関ではなく、引き続きアシステッドリビングホーム豊泉家桃山台での生活を望みます。

これに伴い、豊泉家 桃山台より看取り介護に関する指針について説明を受け、この内容に納得しましたので、指針に基づく看取り介護に同意致します。

(西暦) _____年 _____月 _____日

【入居者】

住所 _____

氏名 _____

印 _____

【代理人】

住所 _____

氏名 _____

印 _____

(続柄: _____)