

## 重要事項説明書

記入年月日	2019年9月1日
記入者名	鶴巻 恵美
所属・職名	地域支援課

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) そんぽけあかぶしきがいしゃ SOMPOケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0002 東京都品川区東品川四丁目12番8号	
連絡先	電話番号	03-6455-8560
	FAX番号	03-5783-4170
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sompocare.com">https://www.sompocare.com</a>
代表者	氏名	遠藤 健
	職名	代表取締役
設立年月日	1997年5月26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) そんぽけあ らぐいーれこしがや SOMPOケア ラヴィーレ越谷	
所在地	〒343-0807 埼玉県越谷市赤山町2-55-1	
主な利用交通手段	最寄駅	東武伊勢崎線「越谷駅」
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 東武伊勢崎線「越谷駅」より約640m(徒歩8分) ・東武伊勢崎線「越谷駅」西口改札より、国道161号線「越谷駅西口」左折→右手に「マツ

		<p>モトキヨシ」のある交差点を右折→約 50m先 右手側側がホーム</p> <p>②バス利用の場合</p> <p>東武伊勢崎線「越谷」駅からバスの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東武伊勢崎線「越谷」駅より新越 11・新越 12 系統「新越谷駅西口行き」バス約 1 分、「十全病院」バス停から徒歩 2 分</li> </ul> <p>東武伊勢崎線「新越谷」駅からバスの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東武伊勢崎線「新越谷」駅より新越 11・新越 12 系統「東川口駅北口行き」バス約 6 分、「十全病院」バス停から徒歩 2 分</li> </ul> <p>③自動車利用の場合</p> <p>草加 IC から約 9 分（約 4.6km）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東京外環自動車道「草加 IC」出口より、国道 4 号線を北上→「七左町」交差点を右折→1 つ目の信号のある交差点を左折→右曲がりの道を道なりに進み、1 つ目の信号のある交差点を左折→直進し突き当たりの 1 つ目の信号を右折→「マツモトキヨシ」のある交差点を左折→約 50m 先右手側がホーム</li> </ul> <p>浦和 IC から約 15 分（約 7.4km）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東北自動車道「浦和 IC」出口より、国道 463 号線へ→「神明町北」交差点を右折→国道 4 号線「谷中町二丁目」交差点を左折→突きあたりを左折→1 つ目の路地を左折→約 50m 先右手側がホーム</li> </ul>
連絡先	電話番号	048-962-2233
	FAX番号	048-962-2205
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sompocare.com">https://www.sompocare.com</a>
管理者	氏名	伊藤 啓之
	職名	ホーム長
建物の竣工日		2010年3月31日
有料老人ホーム事業の開始日		2018年7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	1170804007
	指定した自治体名	越谷市
	事業所の指定日	2018年7月1日
	指定の更新日（直近）	—

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1806.95 m <sup>2</sup>	
	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	3,441.34 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3,441.34 m <sup>2</sup>
	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 (2010年5月1日～2035年4月30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*
	Aタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	14	介護居室個室
	Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	23	介護居室個室
	Eタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	22	介護居室個室
Fタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	16	介護居室個室	
Gタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	4	介護居室個室	
Hタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60～ 19.84 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室	

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所
	共用浴室	7ヶ所	個室	7ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 <input type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1 <input type="checkbox"/> あり（車椅子対応）	2 <input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応）	3 <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない）	4 <input type="checkbox"/> なし
消防用設備 等	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	

	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	介護は、自立支援、リハビリ、残存能力の活用、自己決定の尊重が基本です。 生きる喜びを食卓から取り戻し、長生きがご褒美と感じられる暮らし、毎日を、お元気に長く、健やかに過ごしていただけるホームを目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	SOMPOケアのサービス提供内容に関する特色としては、4大-0（ゼロ）；（おむつ-0、経管食-0、特殊浴-0、車椅子-0、）への取り組みを継続して行なっている事があげられます。 これらの項目に付き、極力減らすようにサービスを心掛け行なうことは、自立支援、リハビリ、残存能力の活用、自己決定の尊重に資するものと考えております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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等の提供を行っていない場合は省略可能

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ) <input checked="" type="checkbox"/> 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) : 1
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

**(医療連携の内容)**

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い（協力医療機関以外は有料） <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助（協力医療機関以外は有料） 4 その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 七福会 ホリィマームクリニックさいたま
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-1-12 NYビル7階
		診療科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介。
	2	名称	医療法人社団 三松会 さいぐさクリニック
		住所	埼玉県川口市大字安行小山 487-5
		診療科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介。
協力歯科医療機関	名称	平田歯科クリニック	
	住所	埼玉県川口市宮町 14-1 川口保健センター前	
	協力内容	訪問診療（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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )				
判断基準の内容	<p>1. 長期にわたり手厚い介護が必要となる等、ホーム側の都合で住替える場合には、</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く。 ②緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 ③変更先の場所の概要、介護の内容、費用の負担等についてご入居者及び保証人等に説明を行う。 ④保証人の意見を聴く。 ⑤ご入居者・保証人の同意を文書で得る。</p> <p>以上の手続きを経て、住み替え前の介護居室の利用権をご入居者の同意を得て変動させ、新たな介護居室の利用権を設定します。</p> <p>この場合、居室の占有面積の減少等による前払金の減額は行いませんが、新たな追加費用はありません。</p> <p>2. ご入居者又は保証人の希望による居室変更の場合には、事業者は、ご入居者及び保証人と協議のうえ変更先を決定します。</p> <p>①変更前と変更後の居室において前払金及び月額費用が同額である場合、居室変更同意書を事業者に提出することにより変更できます。 ②変更前と変更後の居室において前払金及び月額費用に差額がある場合、事業者の計算により精算をし、退去手続きの上、再度変更先の居室について入居契約を締結します。</p>				
手続きの内容	<p>①事業者の指定する医師の意見を聴く。 ②緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 ③変更先の場所の概要、介護の内容、費用の負担等についてご入居者及び保証人等に説明を行う。 ④保証人の意見を聴く。 ⑤ご入居者・保証人の同意を文書で得る。</p>				
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室利用権の取扱い	上記の手続きを経て、住み替え前の介護居室の利用権をご入居者の同意を得て変動させ、新たな介護居室の利用権を設定します。				
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
従前の居室との 仕様の変更	<table border="1"> <tr> <td>面積の増減</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>便所の変更</td> <td>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> </table>	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				

	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	入居時、おおむね 60 才以上の方で伝染性疾患のない要支援・要介護の方。反社会的勢力に該当せず、原則として確実な保証人がいる方。(前払金、家賃相当額、月々の生活費を支弁できる方)		
契約の解除の内容	<p>【施設からの契約解除】</p> <p>1. 事業者は、ご入居者または保証人に対し、次のいずれか 1 つに該当する事由があるときは居室の明け渡しにつき 90 日以上の猶予期間を定めて通告し、本契約を解除することができる。またその通告に先立ち、ご入居者及び、ご入居者が正常に判断出来ないと医療的に認められた時は保証人に対し、弁明の機会を設けるものとする。</p> <p>1) 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な方法により入居したとき。</p> <p>2) 家賃相当額、管理費、その他費用等、毎月事業者に支払うべき金額の支払いを 3 ヶ月以上怠ったとき。</p> <p>3) 家賃相当額、管理費、そのほかの費用等、毎月事業者に支払うべき金額の支払いをしばしば遅延し、その遅延が事業者とご入居者の間の信頼関係を破壊するものと考えられるとき。</p> <p>4) その他前三号に準じる事業者に対して支払うべき金額の不払いがあったとき。</p> <p>5) 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき。</p> <p>6) 長期の不在により、入居契約を継続する意思がないものと事業者が認めたとき。</p> <p>7) ご入居者の健康状態が著しく悪化し、継続的に医療行為が必要と協力医療機関の医師または主治医が判断した</p>		



とき。

8) ご入居の皆様や施設職員に生命の危害を及ぼすか、その危害の切迫する恐れがあり、有料老人ホームの通常の介護の接遇では防止できないとき。

9) 入居契約に定める禁止事項、承諾条項、協議事項等に違反し是正しないとき。

10) その他、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき。

2. 事業者は解除通告に伴う予告期間中に、ご入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合にはご入居者や保証人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力します。

3. 第1項第8号又は第9号によって事業者が契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号に掲げる手続きを行います。

1) 協力医療機関の医師又は主治医の意見を聴く。

2) 一定の観察期間をおく。

4. ご入居者は、第1項の定めにより事業者がこの契約を解除したときは、通知書に定める猶予期間内に事業者に対し、居室を明け渡すものとします。

5. 前四項の定めにかかわらず、事業者は、ご入居者又は保証人が次の各号のいずれかに該当したときは何らの催告を要せず、この契約を直ちに解除することができる。

1) 入居契約書（反社会的勢力に関する表明・保証）に反する事実が判明したとき、又は、反していると事業者が合理的に判断したとき

2) 入居契約書第23条第2項各号に掲げる行為を行ったとき

6. 事業者は、前項に基づきこの契約を解除した場合に、ご入居者又は保証人に損害が生じても何らこれを賠償する責任を負わない。

#### 【入居契約者による契約の解除】

1. ご入居者がこの契約を解除しようとするときは、30日以上予告期間をもって事業者の定める契約解除届を事業者に提出するものとし、契約解除の日までに、事業者に対し居室を明け渡すものとします。

	<p>2. ご入居者が契約解除届を提出することなく居室を退去したときは、事業者がご入居者の退去の事実を知った翌日から、30日経過した日をもって、入居契約は解除されたものとします。この場合、退去したご入居者に従い、上記1の定めを準用します。</p> <p><b>【居室明け渡し時の原状回復】</b></p> <p>1. ご入居者は、居室を明け渡すときに「入居契約書第34条に定める原状回復規程」に従い、改装及び設備に付加した部分を原状に復するものとし、その費用負担については事業者と協議の上決定するものとします。また、特約条項として、退去時の清掃に関しご入居者は「入居契約書別表2」に従い清掃をするものとします。</p> <p>なお、この清掃を事業者に定額費用¥16,000（税抜）で委託できるものとします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書（前払い方式）第33条 （月払い方式）第32条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p><b>1</b> あり（内容：期間6泊7日を限度とします。 費用1泊2日6,000円（税抜） その他費用（オムツ代・日用雑貨品等、実費） 保証金10,000円（その他費用を精算後、返金）</p> <p><b>2</b> なし</p>	
入居定員	87人	
その他	<p><b>【費用負担について】</b></p> <p>傷病により、治療及び入院が必要な場合は、保険診療が適応されます。その場合の一部自己負担金及び保険適応外のものについては、入居者の負担となります。</p>	

## 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	1（専従）		1.0
生活相談員	1	1（専従）		1.0
直接処遇職員	43	15（専従）	26（専従）、2（非専従）	33.5
介護職員	38	14（専従）	24（専従）	30.2
看護職員	5	1（専従）	2（専従）、2（非専従）	3.3
機能訓練指導員	2		2（非専従）	0.1
計画作成担当者	1		1（専従）	0.9
栄養士				
調理員				
事務員	4	1（専従）	3（専従）	3.0
その他職員	7		7（専従）	4.7
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 （*看護職員の1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数）				40時間 （*32時間）
※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、当該事業所の従業者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	14	4（専従）	10（専従）
実務者研修の修了者	3	1（専従）	2（専従）
初任者研修の修了者	5	3（専従）	2（専従）
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		2 (非専従)
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～翌9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	3人	2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 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 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)	1.8 : 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	業務に係る資格等	1 あり	
		資格等の名称	
		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			5	1					1	
前年度1年間の退職者数			4	4					2	
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	2	3	1				1		
	1年以上 3年未満		8	1						
	3年以上 5年未満		1	6	1					1
	5年以上 10年未満	1	2	2	16					
	10年以上									
	従業者の健康診断の実施状況			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式 【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16日以上の場合に限り、半額請求（光熱水費）	
利用料金の改定	条件	事業所が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等と勘案した場合。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで、費用の額を改定いたします。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		前払い方式 居室Dタイプ	月払い方式 居室Dタイプ	
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護2	
	年齢	満75歳以上	一歳	
居室の状況	床面積	18.60～19.84 m <sup>2</sup>	18.60～19.84 m <sup>2</sup>	
	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	5,800,000円	276,684円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		200,559円	297,219円	
家賃		0円	96,660円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	20,535円	20,535円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	61,500円	61,500円
		管理費	113,724円	113,724円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	4,800円	4,800円
	その他	0円	0円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	月払い方式：近傍同種の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定。 ※別紙 居室タイプ別価格表参照
敷金	家賃の 一ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	月額 113,724円（税抜） 管理費に含まれるサービス内容 ⇒共用部分の維持管理保守、事務所における各種取次ぎサービス等 算定根拠 ⇒共用部分の設備維持、水光熱費、事務費、事務・管理部門に係る人件費等経費から算定

食費	<p>月額 1人あたり 61,500円(税抜。1人あたり)</p> <p>食費に含まれるサービス: 献立、栄養管理、調理配膳、食事サービス全般等。3日前までに欠食の届出があった場合、食事ごとに返金致します。但し、緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食分より返金いたします。</p> <p>[ 1日 2,050円/ 朝食 550円、昼食 850円、夕食 650円(税抜) ]</p>
光熱水費	<p>各居室電気代: 一律 3,800円(税抜)</p> <p>各居室水道代: 一律 1,000円(税抜)</p> <p>*入居・退去のとき...日割請求</p> <p>*1ヶ月不在のとき...請求なし</p> <p>*1~15日間不在のとき...全額請求</p> <p>*16日以上不在のとき...半額請求</p>
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	<p>希望により提供した個人的サービスにかかる利用料(30分以内 1,500円(税抜)、以降 30分毎 1,000円(税抜))</p> <p>人件費および事務手続き等にかかる費用から算定。</p>

**(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**

費目	算定根拠																		
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	<p>※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。 (実際の自己負担額の割合は、介護保険負担割合証に記載の割合となります。)</p> <p>・特定施設入居者生活介護(1ヶ月30日の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額(1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>183,678円</td> <td>18,368円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>205,348円</td> <td>20,535円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>228,353円</td> <td>22,836円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>249,694円</td> <td>24,970円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>272,360円</td> <td>27,236円</td> </tr> </tbody> </table> <p>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、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、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 あり、栄養スクリーニング加算 あり、 退院・退所時連携加算 あり、介護職員処遇改善加算Ⅰ あり</p>		月額	自己負担額(1割)	要介護1	183,678円	18,368円	要介護2	205,348円	20,535円	要介護3	228,353円	22,836円	要介護4	249,694円	24,970円	要介護5	272,360円	27,236円
	月額	自己負担額(1割)																	
要介護1	183,678円	18,368円																	
要介護2	205,348円	20,535円																	
要介護3	228,353円	22,836円																	
要介護4	249,694円	24,970円																	
要介護5	272,360円	27,236円																	

	看取り介護加算あり														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">算定期間</th> <th colspan="2">1日につき</th> </tr> <tr> <th>介護報酬額</th> <th>自己負担額 (1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4～30 日前</td> <td>1,478 円</td> <td>148 円</td> </tr> <tr> <td>2～3 日前</td> <td>6,983 円</td> <td>699 円</td> </tr> <tr> <td>死亡日</td> <td>13,145 円</td> <td>1,315 円</td> </tr> </tbody> </table>	算定期間	1日につき		介護報酬額	自己負担額 (1割)	4～30 日前	1,478 円	148 円	2～3 日前	6,983 円	699 円	死亡日	13,145 円	1,315 円
	算定期間		1日につき												
		介護報酬額	自己負担額 (1割)												
	4～30 日前	1,478 円	148 円												
2～3 日前	6,983 円	699 円													
死亡日	13,145 円	1,315 円													
・介護予防特定施設入居者生活介護 (1ヶ月30日の例)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額 (1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>62,338 円</td> <td>6,234 円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>105,339 円</td> <td>10,534 円</td> </tr> </tbody> </table>		月額	自己負担額 (1割)	要支援1	62,338 円	6,234 円	要支援2	105,339 円	10,534 円						
	月額	自己負担額 (1割)													
要支援1	62,338 円	6,234 円													
要支援2	105,339 円	10,534 円													
個別機能訓練加算 なし、医療機関連携加算 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Ⅲ あり、 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 あり、栄養スクリーニング加算 あり、 介護職員処遇改善加算Ⅰ あり															
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。															

**(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	<p>&lt;標準前払金&gt; (入居日に満75歳以上の方に適用)</p> <p>前払い方式：月払い方式家賃相当月額× 想定居住期間 (60ヶ月) により算出</p> <p>※別紙 居室タイプ別価格表参照</p> <p>&lt;入居日に満75歳未満の方の前払金&gt;</p> <p>標準前払金 (「標準前払金」とは、入居日におけるご入居者の満年齢が満75歳以上の方に適用される前払金額です。) に以下の金額を加算した金額を適用します。</p> <p>日割額 (標準前払金÷1,826日) を入居日から起算して、ご入居者の満75歳の誕生日前日までの日数を乗じた額。</p> <p>前払金=標準前払金+(日割額×入居日から満75歳の誕生日前日までの日数)</p> <p>※目安額は別紙参照</p>
------	--



想定居住期間（償却年月数）		60ヶ月（1,826日）
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	入居日から3ヶ月以内に入居契約書第46条に定める解除の申出がなされた場合は、事業者は前払金より施設利用料を差し引いた全額を返還金受取人に返還致します。なお、算出した施設利用料に千円未満の端数があるときはその端数を切り上げます。 施設利用料＝（標準前払金÷1,826日）×（利用日数） ※入居日に満75歳未満の方は別紙参照
	入居後3月を超えた契約終了	契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 入居契約書第32条に定める各事由に基づき契約終了したとき、契約終了日が入居日より5年（1,826日）未満（以下「入居日数」という）の場合には、次の計算式によって算出した額を返還金として、事業者は第44条に定める返還金受取人に返還致します。 ただし、算出した額に千円未満の端数が出た場合には切り捨てるものとします。 返還金＝標準前払金×（1,826日－入居日数）／1,826日 ※入居日に満75歳未満の方は別紙参照
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	みずほ信託銀行株式会社
	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	14人
	女性	45人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	51人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	1人
	要支援 2	2人
	要介護 1	14人
	要介護 2	6人
	要介護 3	10人
	要介護 4	19人
	要介護 5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	13人
	1年以上 5年未満	5人
	5年以上 10年未満	35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	89.6歳
入居者数の合計	59人
入居率※	67.8%
※ 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	3人
	医療機関	5人
	死亡者	2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応する窓口等の状況) ※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		SOMPOケア ラヴィール越谷 生活相談員担当窓口
電話番号		048-962-2233
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	午前9時～午後6時
	日曜・祝日	午前9時～午後6時
定休日		なし
窓口の名称		本部担当者 お客様相談窓口
電話番号		0120-65-1192
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	午前9時～午後6時
	日曜・祝日	午前9時～午後6時
定休日		なし
窓口の名称		越谷市福祉部介護保険課
電話番号		048-963-9305、048-963-9169
対応している時間	平日	午前8時30分から午後5時15分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝休日、12/29～1/3
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情専用
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護事業者総合賠償責任保険 損害保険ジャパン日本興亜株式会社
	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ときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービスの提供に当たり事故、体調の急変等が生じた場合は、協力医療機関等において対応いたします。また、医療機関は予め、ご入居者・ご家族の希望により選択できます。また、事故、体調の急変等が生じた場合は、速やかに保証人等届出いただいた緊急連絡先に事故・急変の状況、受診の経過・結果等をご連絡します。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり    2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない

事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: 当社運営ホーム) <input type="checkbox"/> 2 なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	なし
不適合事項がある場合の内 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                      年        月        日

本重要事項説明書について説明をして、その内容に同意していただき、書面を交付致しました。

説明者署名\_\_\_\_\_⑩

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

本重要事項説明書について説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

署        名 \_\_\_\_\_⑩

## 短期利用のサービス等の概要

## (1) サービスの内容

利用可能期間	最短 2 日 (1 泊 2 日) ~ 最長 30 日 (29 泊 30 日)
サービスの内容	① 重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である
	2 重要事項説明書「4 サービスの内容」と相違するところがある
	《上記 2 に該当する場合のサービス内容の相違点》

## (2) 利用料

費用の支払方法 ※	利用料その他は、利用終了時に全額払い。																								
1泊2日あたりの利用料	6,001円 (税抜) 、6,481円 (税込)																								
年齢に応じた金額設定	無	・ 有																							
要介護状態に応じた金額設定	無	・ 有																							
料金プラン	利用料	内 訳																							
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他																		
	税抜 (円)	6,001	3,791	0	2,050	160	0	0																	
	税込 (円)	6,481	4,094	0	2,214	173	0	0																	
算定根拠	管理費	月払い方式で定める管理費の1日あたりの額																							
	介護費用	-																							
	食費	月払い方式で定める食費の1日あたりの額																							
	光熱水費	月払い方式で定める光熱水費の1日あたりの額																							
	家賃相当額	-																							
	その他	-																							
1泊2日あたりの利用料に含まれない実費負担等	医療費、おむつ代、日用品代、嗜好品、個別外出介助、週2回を超える入浴費用、協力医療機関以外への通院介助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクリエーション活動時の材料等の実費、理美容費																								
介護保険に係る利用料 (自己負担額が1割の場合)	特定施設入居者生活介護 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>日額</th> <th>※自己負担額 (1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>6,110 円</td> <td>611 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>6,829 円</td> <td>683 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>7,599 円</td> <td>7608 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>8,308 円</td> <td>831 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>9,068 円</td> <td>907 円</td> </tr> </tbody> </table>								日額	※自己負担額 (1割)	要介護 1	6,110 円	611 円	要介護 2	6,829 円	683 円	要介護 3	7,599 円	7608 円	要介護 4	8,308 円	831 円	要介護 5	9,068 円	907 円
	日額	※自己負担額 (1割)																							
要介護 1	6,110 円	611 円																							
要介護 2	6,829 円	683 円																							
要介護 3	7,599 円	7608 円																							
要介護 4	8,308 円	831 円																							
要介護 5	9,068 円	907 円																							
※実際の自己負担額の割合は、介護保険負担割合証に記載の割合となります。	夜間看護体制加算 (無・有) 、介護職員処遇改善加算 I (無・有) サービス提供体制強化加算 III (無・有)																								

## (3) その他

利用 (契約) に際しての留意点、特記事項等	・個別的な外出のご要望があっても、お応えできない場合もありますのでご了承ください。
------------------------	---

## 別紙

## 居室タイプ別価格表

## 【前払い方式】 &lt;入居日に満75歳以上の方の前払金&gt;

居室タイプ	標準前払金	月額	(内訳)				
		計	家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱 水費	(税抜) 管理費
Aタイプ	480万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Bタイプ	500万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Cタイプ	540万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Dタイプ	580万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Eタイプ	620万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Fタイプ	660万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Gタイプ	700万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Hタイプ	740万円	180,024円	0円	0円	61,500円	4,800円	113,724円

## 【月払い方式】

居室タイプ	月額	(内訳)				
	計	家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱 水費	(税抜) 管理費
Aタイプ	260,024円	80,000円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Bタイプ	263,354円	83,330円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Cタイプ	270,024円	90,000円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Dタイプ	276,684円	96,660円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Eタイプ	283,354円	103,330円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Fタイプ	290,024円	110,000円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Gタイプ	296,684円	116,660円	0円	61,500円	4,800円	113,724円
Hタイプ	303,354円	123,330円	0円	61,500円	4,800円	113,724円



別紙 <入居日に満75歳未満の方の前払金について>

【前払い方式 目安額】

(単位：円)

入居日	【満74歳】	【満70歳】	【満65歳】	【満60歳】	標準前払金...①	日割額...②
居室 タイプ	①+②×365日 (満75歳誕生日 までの利用日数)	①+②×1,825日 (満75歳誕生日ま での利用日数)	①+②×3,650日 (満75歳誕生日ま での利用日数)	①+②×5,475日 (満75歳誕生日ま での利用日数)	(満75歳以上 の方に適用され る前払金額)	②=①÷1826 日(小数点以下 切捨て)
A	5,759,220	9,596,100	14,392,200	19,188,300	4,800,000	2,628
B	5,999,370	9,996,850	14,993,700	19,990,550	5,000,000	2,738
C	6,479,305	10,796,525	16,193,050	21,589,575	5,400,000	2,957
D	6,959,240	11,596,200	17,392,400	23,188,600	5,800,000	3,176
E	7,439,175	12,395,875	18,591,750	24,787,625	6,200,000	3,395
F	7,919,110	13,195,550	19,791,100	26,386,650	6,600,000	3,614
G	8,399,045	13,995,225	20,990,450	27,985,675	7,000,000	3,833
H	8,878,980	14,794,900	22,189,800	29,584,700	7,400,000	4,052

【前払金】(算定方法)

標準前払金①(「標準前払金」とは、入居日におけるご入居者の満年齢が満75歳以上の方に適用される前払金額です。)に以下の金額を加算した金額を適用します。

日割額②(標準前払金を標準前払金の償却期間で除した額)を入居日から起算して、ご入居者の満75歳の誕生日前日までの日数を乗じた額。

前払金=標準前払金①+(日割額②×入居日から満75歳の誕生日前日までの日数)

【償却期間】

償却期間=1,826日(標準前払金償却期間)+入居日から満75歳の誕生日前日までの日数

【返還金】(算定方法等)

入居契約書第32条に定める各事由に基づき契約終了したとき、入居日から契約終了日までの日数(以下「入居日数」という)が償却期間未満の場合には、次の計算式によって算出した額を返還金として、事業者は第44条に定める返還金受取人に返還します。なお、千円未満の端数がでた場合にはその端数は切り捨てます。

返還金=(前払金)×(償却期間-入居日数)÷償却期間

ただし、入居日の翌日から3ヶ月以内に解約(死亡退去も含む)の申出がなされた場合は、設置者は、前払金から利用日数に応じた施設利用料を差し引いた全額を、返還金受取人に返還いたします。

なお、算出した施設利用料に千円未満の端数があるときは、その端数を切り上げます。

施設利用料=(前払金÷償却期間)×(利用日数)

## 別紙 《加算の概要》

### 【夜間看護体制加算】（要支援は除く）

ホームに常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定め、看護職員と24時間連絡できる体制を整え、ご入居者様の健康上の管理等を必要に応じて行う体制を確保します。なお入居の際に「重度化した場合における対応に係る指針」をご入居者様又はそのご家族様等に内容を説明し、同意をいただきます。

●10単位/日

### 【看取り介護加算】（要支援及び短期利用は除く）（要夜間看護体制加算算定）

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ご入居者様について、その旨を本人又はそのご家族様等に対して説明し、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、ご入居者様等とともに、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、ご入居者様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、ご入居者様がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援します。なお入居の際に「看取りに関する指針」をご入居者様又はそのご家族様等に内容を説明し、同意をいただきます。

●死亡日前2日～3日 680単位/日、死亡日前4日～30日 144単位/日、死亡当日 1,280単位/日

### 【医療機関連携加算】（短期利用は除く）

看護職員が、ご入居者様ごとに健康の状況を継続的に記録し、協力医療機関又はご入居者様の主治医に対して、ご入居者様の健康の状況について月に1回以上情報を提供します。

加算の開始時にご入居者様又はそのご家族様に同意をいただきます。

●80単位/月

### 【個別機能訓練加算】（短期利用は除く）

ご入居者様に対して、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、ご入居者様ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、専従の機能訓練指導員（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有資格者）が計画的に機能訓練を行います。

●12単位/日

### 【退院・退所時連携加算】（要支援は除く）

医療提供施設を退院・退所され、特定施設にご入居されるご入居者様の受け入れをさせて頂いた場合で、退院・退所された日から30日間のうち、特定施設入居者生活介護を算定している期間において算定させていただきます。

●30単位/日

### 【生活機能向上連携加算】

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、ホームを訪問し、ホームの職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成します。個別機能訓練計画に基づき、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働し、計画的に機能訓練を実施します。

●200単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は「100単位/月」となります。

### 【若年性認知症入居者受入加算】

ホームにご入居された若年性認知症入居者様ごとに個別の担当者を定めさせていただきます。

●120単位/月

**【口腔衛生管理体制加算】**

歯科医師、または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、ホーム介護職員に対し、口腔ケアに係る技術的助言と指導を、月に1回以上行います。

●30単位/月

**【栄養スクリーニング加算】**

ご入居者様に対し、利用開始時および利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行わせて頂き、その情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含みます）を、担当の介護支援専門員に文書で共有させていただきます。

●5単位/回

※6月に1回を限度として算定させていただきます

**【認知症専門ケア加算】（短期利用は除く）**

日常生活に支障を来すおそれのある症状又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方（以下「対象者」という。）に対して、以下の基準に従い、専門的な認知症ケアを行います。

・認知症専門ケア加算Ⅰ

①ホームにおけるご入居者様の50%以上が対象者で、「認知症介護実践リーダー研修」を修了している者を対象者20人未満で1人以上、19人を超えて10人増すごとに1人追加配置しホームの職員に対して、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チームとして専門的な認知症ケアを行います。

●（3単位/日）

・認知症専門ケア加算Ⅱ

①の基準を満たし、且つ「認知症介護指導者研修」を修了している者を1人以上配置し、ホームの認知症ケアの指導等を実施します。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します。

●（4単位/日）

（ⅠまたはⅡのいずれかを算定）

**【サービス提供体制強化加算】**

前年度の（3月を除く）ホームの職員体制が以下の要件を満たされた場合に加算できます。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

ホームの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。

●（18単位/日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ

ホームの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。

●（12単位/日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

ホームの看護・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。

●（6単位/日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

ご入居者様に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%以上であること。

●（6単位/日）

（Ⅰイ、Ⅰロ、Ⅱ、Ⅲのいずれかを算定）

### 【介護職員処遇改善加算】

事業主が介護職員の資質向上や雇用管理の改善をより一層推進し、介護職員が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境を整備するとともに、介護職員自身が研修等を積極的に活用することにより、介護職員の社会的・経済的な評価が高まっていく好循環を生み出していくことが重要であることを踏まえ、事業主の取組がより一層促進されるよう拡充された加算です。（要件によりⅠ～Ⅴを算定します。）

- （Ⅰ）1ヶ月のサービス合計単位数に8.2%乗じて加算します。
- （Ⅱ）1ヶ月のサービス合計単位数に6.0%乗じて加算します。
- （Ⅲ）1ヶ月のサービス合計単位数に3.3%乗じて加算します。
- （Ⅳ）（Ⅲ）により算出した単位数に0.9を乗じる。
- （Ⅴ）（Ⅲ）により算出した単位数に0.8を乗じる。

### 【入居継続支援加算】

医療的なニーズを満たし、ご入居者様が安心して生活を継続できるように、以下のいずれの基準にも適合する場合、加算できます。

- ①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。
- ②たんの吸引等を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。

●36単位/日

### 【短期利用特定施設入居者生活介護】（要支援は除く）

地域の在宅介護の高齢者にホームの入居定員の10%以下の範囲内の空室を、30日以内で短期利用していただきます。

- 要介護1 534単位/日、要介護2 599単位/日、要介護3 668単位/日、要介護4 732単位/日、要介護5 800単位/日

別添1 事業主体が越谷市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
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 訪問介護 SOMPOケア 越谷蒲生 訪問介護	越谷市北越谷1-18-2 越谷市蒲生茜町19-1 井上ビル 105号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷駅前 デイサービス	越谷市北越谷4-23-8 井上ビル北越谷 1F
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	SOMPOケア ラヴィール越谷 そんぼの家 越谷	越谷市赤山町二丁目55番地1 越谷市宮本町3-78-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt; 地域密着型サービス &gt;</b>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 定期巡回	越谷市北越谷1-18-2
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 小規模多機能	越谷市北越谷1-18-2
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	SOMPOケア そんぼの家GH北越谷	越谷市北越谷1-18-2
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 居宅介護支援 SOMPOケア 越谷蒲生 居宅介護支援	越谷市北越谷1-18-2 越谷市蒲生茜町19-1 井上ビル 105号
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	SOMPOケア ラヴィール越谷 そんぼの家 越谷	越谷市赤山町二丁目55番地1 越谷市宮本町3-78-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt; 地域密着型介護予防サービス &gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 小規模多機能	越谷市北越谷1-18-2
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	SOMPOケア そんぼの家GH北越谷	越谷市北越谷1-18-2
介護予防支援	あり	なし		

<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添2

介護サービス等の一覧表

●それぞれのご入居者の状態に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご入居者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。  
この一覧表は一般的な場合の目安です。それぞれのご入居者の状態に応じて、変更される場合があります。

介護を行う場所	自立		要支援1		要支援2	
	介護居室		介護居室		介護居室	
	前払金及び月額 利用料を含む サービス	その都度徴収す るサービス	介護保険給付、 前払金及び月額 利用料を含む サービス	その都度徴収す るサービス	介護保険給付、 前払金及び月額 利用料を含む サービス	その都度徴収す るサービス
<介護サービス>						
○巡回						
・昼間 9:00～18:00	—		3時間毎及び必 要に応じ随時		3時間毎及び必 要に応じ随時	
・夜間 18:00～9:00	20:00、0:00、3:00		4時間毎及び必 要に応じ随時		4時間毎及び必 要に応じ随時	
○食事介助	食堂での見守り	介助1回1,000円	必要時		必要時	
○排泄						
・排泄介助		1日 3,000円	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ交換		1日 5,000円	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ代		別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表
○入浴	浴室使用週2回	浴室使用料週3 回目から1回400 円				
・清拭		1回 3,000円	週 2回 未入浴時 必要時	*週3回目から 1回1,500円(浴 室使用のみ1回 400円)	週 2回 未入浴時 必要時	*週3回目から 1回1,500円(浴 室使用のみ1回 400円)
・一般浴介助		1回 3,000円	—		—	
・特浴介助		1回 4,000円				
○身辺介助						
・体位交換	—		—		—	
・居室からの移動	—	移動介助 1日3,000円	必要時		必要時	
・衣類の着脱	—	助言等1回 500円	必要時		必要時	
・身だしなみ介助	—	助言等1回 500円	必要時		必要時	
・日常生活行動障害対応※	—	1日 5,000円	必要時		必要時	
○機能訓練	—	1日 3,000円	ケアプランによる		ケアプランによる	
○通院の介助	—	30分1,500円、 以降30分毎 1,000円	協力医療機関通 院 付添	*協力医療機関 以外の通院、30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円	協力医療機関通 院 付添	*協力医療機関 以外の通院、30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円
○緊急時対応						
・ナースコール	24時間対応		24時間対応		24時間対応	
<生活サービス>						
○家事						
・清掃		1回 1,500円	週3回及び必要時		週3回及び必要時	
・洗濯		1回 1,500円	週2回及び必要時	*利用者の希望 で提供した場合 実費	週2回及び必要時	*利用者の希望 で提供した場合 実費
・洗濯(業者依頼分)		実費				
・リネン交換		1回 800円	週1回及び必要時		週1回及び必要時	
○居室配膳・下膳		1回 200円	必要時		必要時	
○理美容		実費		実費		実費
○代行						
・買物		30分1,500円、 以降30分毎 1,000円	週1回 指定日	*指定日以外30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円	週1回 指定日	*指定日以外30 分1,500円、以 降30分毎1,000 円
・役所手続き		30分1,500円、 以降30分毎 1,000円		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円
・薬取りサービス		1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以 外 1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以 外 1回 300円
○日用雑貨費用		実費		実費		実費
<健康管理サービス>						
・健康診断		*年2回		年2回		年2回
・健康相談	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・生活指導	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・訪問診療		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・往診		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
<入退院時、入院中のサービス>						
・医療費		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・移送サービス		実費	協力医療機関移 送	*協力医療機関 以外実費	協力医療機関移 送	*協力医療機関 以外実費
・入院中の生活援助		30分1,500円、 以降30分毎 1,000円(6時～ 8時及び18時～ 22時25%増、22 時～6時50%増)		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円(6時～ 8時及び18時～ 22時25%増、22 時～6時50%増)		*30分1,500円、 以降30分毎 1,000円(6時～ 8時及び18時～ 22時25%増、22 時～6時50%増)
<その他のサービス>						
レク 毎日	レク 毎日		レク 毎日		レク 毎日	
クラブ活動	クラブ活動	*材料費実費	クラブ活動	*材料費実費	クラブ活動	*材料費実費

\*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます。

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※認知症等により、特別な対応が必要になった場合

金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

介護サービス等の一覧表

	要介護1		要介護2		要介護3	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室	
	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>						
○巡回						
・昼間 9:00～18:00	3時間毎及び必要に応じ随時		1時間毎及び必要に応じ随時		1時間毎及び必要に応じ随時	
・夜間 18:00～9:00	4時間毎及び必要に応じ随時		3時間毎及び必要に応じ随時		3時間毎及び必要に応じ随時	
○食事介助	必要時		必要時		必要時	
○排泄						
・排泄介助	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ交換	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ代	別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表	
○入浴						
・清拭	週 2回	*週3回目から1回1,500円(浴室使用のみ1回400円)	週 2回	*週3回目から1回1,500円	週 2回	*週3回目から1回1,500円
・一般浴介助	未入浴時		未入浴時		未入浴時	
・特浴介助	必要時		必要時		必要時	
○身辺介助						
・体位交換	—		必要時		必要時	
・居室からの移動	必要時		必要時		必要時	
・衣類の着脱	必要時		必要時		必要時	
・身だしなみ介助	必要時		必要時		必要時	
・日常生活行動障害対応※	必要時		必要時		必要時	
○機能訓練	ケアプランによる		ケアプランによる		ケアプランによる	
○通院の介助	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円
○緊急時対応	24時間対応		24時間対応		24時間対応	
・ナースコール						
<生活サービス>						
○家事						
・清掃	週3回及び必要時		週3回及び必要時		週3回及び必要時	
・洗濯	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費
・洗濯(業者依頼分)						
・リネン交換	週1回及び必要時		週1回及び必要時		週1回及び必要時	
○居室配膳・下膳	必要時		必要時		必要時	
○理美容		実費		実費		実費
○代行						
・買物	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円
・役所手続き		*30分1,500円、以降30分毎1,000円		*30分1,500円、以降30分毎1,000円		*30分1,500円、以降30分毎1,000円
・薬取りサービス	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円
○日用雑貨費用		実費		実費		実費
<健康管理サービス>						
・健康診断		年2回		年2回		年2回
・健康相談	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・生活指導	必要に応じ随時		必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・訪問診療		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・往診		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
<入退院時、入院中のサービス>						
・医療費		医療費自己負担		医療費自己負担		医療費自己負担
・移送サービス	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費
・入院中の生活援助		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)
<その他のサービス>	レク 毎日	クラブ活動 *材料費実費	レク 毎日	クラブ活動 *材料費実費	レク 毎日	クラブ活動 *材料費実費

\*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます  
 なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。  
 ※認知症等により、特別な対応が必要になった場合  
 金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。



介護サービス等の一覧表

	要介護4		要介護5	
介護を行う場所	介護居室		介護居室	
	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>				
○巡回				
・昼間 9:00～18:00	1時間毎及び必要に応じ随時		1時間毎及び必要に応じ随時	
・夜間 18:00～9:00	2時間毎及び必要に応じ随時		2時間毎及び必要に応じ随時	
○食事介助	必要時		必要時	
○排泄				
・排泄介助	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ交換	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・おむつ代	別紙オムツ価格表		別紙オムツ価格表	
○入浴				
・清拭	週 2回	*週3回目から1回1,500円	週 2回	*週3回目から1回1,500円
・一般浴介助	未入浴時		未入浴時	
・特浴介助	必要時		必要時	
○身辺介助				
・体位交換	必要時		必要時	
・居室からの移動	必要時		必要時	
・衣類の着脱	必要時		必要時	
・身だしなみ介助	必要時		必要時	
・日常生活行動障害対応※	必要時		必要時	
○機能訓練	ケアプランによる		ケアプランによる	
○通院の介助	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円	協力医療機関通院 付添	*協力医療機関以外の通院、30分1,500円、以降30分毎1,000円
○緊急時対応	24時間対応		24時間対応	
・ナースコール				
<生活サービス>				
○家事				
・清掃	週3回及び必要時		週3回及び必要時	
・洗濯	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費	週2回及び必要時	*利用者の希望で提供した場合実費
・洗濯(業者依頼分)				
・リネン交換	週1回及び必要時		週1回及び必要時	
○居室配膳・下膳	必要時		必要時	
○理美容		実費		実費
○代行				
・買物	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円	週1回 指定日	*指定日以外30分1,500円、以降30分毎1,000円
・役所手続き		*30分1,500円、以降30分毎1,000円		*30分1,500円、以降30分毎1,000円
・薬取りサービス	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円	協力医療機関	協力医療機関以外 1回 300円
○日用雑貨費用	実費		実費	
<健康管理サービス>				
・健康診断	年2回		年2回	
・健康相談	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・生活指導	必要に応じ随時		必要に応じ随時	
・訪問診療				
・往診	医療費自己負担		医療費自己負担	
<入退院時、入院中のサービス>				
・医療費	医療費自己負担		医療費自己負担	
・移送サービス	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費	協力医療機関移送	*協力医療機関以外実費
・入院中の生活援助		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)		*30分1,500円、以降30分毎1,000円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)
<その他のサービス>	レク 毎日	クラブ活動 *材料費実費	レク 毎日	クラブ活動 *材料費実費

\*印 ご本人の希望によりサービスを選択できます

なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※認知症等により、特別な対応が必要になった場合

金額はすべて税抜金額となっております、別途消費税が加算されます。

## 参考「オムツ価格表」

種類	1袋の販売価格	1枚の販売価格
オムツ	1,619 円 ~ 4,280 円	73.6 円 ~ 164.6 円
パンツ型	1,440 円 ~ 4,663 円	63.0 円 ~ 169.6 円
パッド型	731 円 ~ 2,263 円	18.1 円 ~ 112.8 円
軽失禁パッド型	343 円 ~ 1,341 円	13.1 円 ~ 68.8 円

価格は2017年1月1日現在の販売価格になります。

価格はメーカーの商品の改廃、市場価格の変動により変更させていただく場合があります。

販売は1袋単位の販売になります。

表示の販売価格は廃棄料を含みます。

買物代行サービスにて購入いたしました市販品につきましては、購入代金と廃棄料の合計額のご請求になります。

また、お持込のオムツにつきましても廃棄料は別途ご請求になります。

詳細はホームへお尋ねください。

廃棄料については下記の表にて算出させていただきます。

1枚当り廃棄料単価×1袋の入数=1袋あたりの廃棄料

### オムツ廃棄料

種類	サイズ	1枚あたり廃棄料
テープ型	S	20円
テープ型	M	25円
テープ型	L	30円
テープ型	LL以上	35円
パンツ型	S	20円
パンツ型	M	25円
パンツ型	L	30円
パンツ型	LL以上	35円
パット型	200cc~	20円
軽失禁パッド型	~199cc	8円