

## 重要事項説明書

記入年月日	2021年7月1日
記入者名	中島 敏彰
所属・職名	内部監査部 行政課

## 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

		<p>161 号線「越谷駅西口」左折→右手に「マツモトキヨシ」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	高坂 匡広
	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



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 か所	うち男女別の対応が可能な便房	か所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5 か所
	共用浴室	7 か所	個室	7 か所
			大浴場	か所
	共用浴室における 介護浴槽	1 か所	チェアー浴	か所
			リフト浴	か所
			ストレッチャー浴	1 か所
			その他 ( )	か所
	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 checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input 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 <input type="checkbox"/> なし		
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし		
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし		

	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input 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	入居者の意思を尊重し、心身の特性にあわせた自立支援サービスを提供することを通じて、生活の質の向上を目指す。また、地域とのかかわりを深め、入居者の地域での暮らしを支える。				
サービスの提供内容に関する特色	自分らしく安心な暮らしに、細やかなサポートを行い上質な暮らしを提供します。 多彩なアクティビティをご用意し、趣味活動を推進し、美味しさと栄養バランスにこだわった食事の提供を行います。 お一人おひとりの状態を考慮した「カスタムメイドケア」の実践により、自立した生活の支援を致します。 テクノロジーの活用により、介護における利用者の選択肢を増やし、介護職は人にしかできない介護に注力することで、利用者の自立支援、QOL向上を目指します。				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
食事の提供	1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
生活相談サービス	<input 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	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

	個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input 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 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
	口腔・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	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input 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	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	
		<input type="checkbox"/> 入退院の付き添い（協力医療機関以外は有料）	
		<input type="checkbox"/> 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。
	3	名称	医療法人 悟明会 田口医院
		住所	埼玉県蓮田市上 2-2-6
		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	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合</p> <p>3 その他（ ）</p>
判断基準の内容	<p>(事業者からの申し出による移り住み)</p> <p>1 事業者は、入居者の心身の状況の変化により、入居時の居室では必要となる介護サービスの提供に支障をきたすこととなった場合、またはその他の事情により、入居者の居室を変更する必要があると判断する場合には、居室を変更できるものとする。なお、変更前後の居室の月額費用が異なる場合は、入居者および身元保証人の同意を得た上で、月額費用を変更することがある。</p> <p>2 事業者は、前項により居室を変更する場合は、次の各号に掲げるすべての手続きを行うものとする。</p> <p>(1) 協力医療機関の医師または主治医の意見を聴く。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 入居者および身元保証人に、変更後の居室および介護サービス等の内容、その他の権利、専有面積および階数等の変更、それらに伴う費用負担の増減の有無ならびにその内容について、説明を行う。</p> <p>(4) 入居者および身元保証人の同意を得る。</p> <p>(5) 変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結する。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、</p>

	<p>変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p> <p>3 本状により居室を変更する場合、第40条第2項（明渡しおよび原状回復）の定めに従い、入居者は変更前の居室の原状回復をするものとする。</p> <p>（入居者または身元保証人からの申し出による移り住み）</p> <p>1 入居者および身元保証人は、事業者に対し、居室の変更を請求することができる。事業者は、これに応じる義務は負わないが、入居者および身元保証人の希望、本ホームおよび事業者が運営する他の有料老人ホームにおける空室の状況、他の入居希望者の状況等を踏まえ、可能な限りかかる請求に応じるものとし、入居者および身元保証人と協議の上、変更先の居室を決定するものとする。</p> <p>2 本ホーム内の変更については、変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結するものとする。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p> <p>3 事業者が運営する他ホームへの変更については、事業者の計算するところにより精算をし、退去手続きの上、再度変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結するものとする。</p> <p>4 前第2項および第3項の場合は、第40条第2項（明渡しおよび原状回復）の定めに従い、入居者は変更前の居室の原状回復をするものとする。</p>
<p>手続きの内容</p>	<p>1 協力医療機関の医師または主治医の意見を聴く。</p> <p>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。</p> <p>3 入居者および身元保証人に、変更後の居室および介護サービス等の内容、その他の権利、専有面積および階数等の変更、それらに伴う費用負担の増減の有無ならびにその内容について、説明を行う。</p> <p>4 入居者および身元保証人の同意を得る。</p> <p>5 変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結する。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p>
<p>追加的費用の有無</p>	<p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>
<p>居室利用権の取扱い</p>	<p>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。</p>

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	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
	<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><b>【施設からの契約解除】</b></p> <p>1 事業者は、次の各号のいずれかに該当したときは、入居者に対し、居室の明渡しを通告し、本契約を解除することができる。</p> <p>(1)入居時の提出書類に虚偽の事項を記載し、または虚偽の資料を提出し、その他不正の手段を用いて入居したとき。</p> <p>(2)第30条（入居までに支払う費用）に定める前払金または内金を事業者の定める支払期日までに支払わなかったとき</p> <p>(3)第31条（入居後に支払う月額費用）に定める月額費用、その他これに準じる事業者に対する支払を2か月以上遅延し、または、正当な理由なくしばしば遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず支払わなかったとき。</p> <p>(4)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>(5)2か月を超える長期の不在・外泊により、復帰の目途がたたず本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>(6)入居者の心身の状態が著しく悪化し、継続的に医療行為が必要となり、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれに対応することができないとき（かかる場合、事業者は、原則として、協力医療機関の医師または主治医の意見を聴き、一定の観察期間を置くものとする）。</p>		

(7)入居者の行動が、他の入居者または職員の身体・生命・精神に危害を及ぼし、または、その危害の切迫したおそれがあり、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないとき（かかる場合、事業者は、原則として、協力医療機関の医師または主治医の意見を聴き、一定の観察期間を置くものとする）。

(8)第6条（譲渡、転借等の禁止）または第25条第1項、第3項、第4項（禁止または制限される行為）の規定その他本契約の規定に違反し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、これを是正しないとき。

(9)その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他の入居者の関係者が、事業者、職員、他の入居者等に対して社会通念上許容できないような行為を行う等、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 前項の場合、事業者は、通告に先立ち、入居者（入居者に弁明の能力がない場合は身元保証人）に対し弁明の機会を設けるものとする。事業者は、入居者の移転先の有無等について確認し、移転先がない場合には、入居者、身元保証人、入居者の家族等の関係者と協議し、移転先の確保にできる限り協力し、解除日および居室を明け渡す期日の決定において配慮するよう努めるものとする。

3 事業者は、入居者または身元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・手続きを要さず、直ちに本契約を解除することができる。

(1) 第11条（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、または、反していると事業者が合理的に判断したとき。

(2) 第25条第2項各号（禁止または制限される行為）に掲げる行為を行ったとき。

4 事業者は、本条第1項または第3項に基づき本契約を解除した場合、入居者または身元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 入居者は、事業者に対して、事業者の定める書面をもって、少なくとも解除日の30日前に申し入れを行うことにより、本

	<p>契約を解除することができる。入居者は、事業者に対し、解除日までに居室を明け渡さなければならない。</p> <p>2 入居者が、前項の書面を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、解除されたものとする。</p> <p>3 入居者は、事業者について、第11条（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は、何ら催告を要さず、直ちに本契約を解除することができる。</p> <p>4 入居者は、前項に基づき本契約を解除した場合、事業者に損害が生じても、何らこれを賠償する責任を負わない。</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17,600円（税込）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 第35条に記載通り
	解約予告期間	なし
入居者からの解約予告期間	少なくとも解除日の30日前	
体験入居の内容	<p>1 あり（利用期間） 6泊7日を限度とする。  （利用料金） 1泊2日（3食、間食付）  11,000円（税込）  （その他） オムツ代・日用雑貨品等、実費</p> <p>2 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）

（2021年7月1日現在）

	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	30	18（専従）	11（専従）、1（非専従）	25.4
介護職員	26	17（専従）	9（専従）	22.1
看護職員	4	1（専従）	2（専従）、1（非専従）	3.3
機能訓練指導員	1		1（非専従）	0.1
計画作成担当者	2	2（専従）		2.0
栄養士				
調理員				
事務員	2	1（専従）	1（専従）	1.5
その他職員	9		9（専従）	6.1
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）

（2021年7月1日現在）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	11	9	2
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者	1	1	
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)

(2021年7月1日現在)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1 (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)

(2021年7月1日現在)

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)

(2021年7月1日現在)

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)	2.4 : 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)

(2021年7月1日現在)

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	
		資格等の名称	介護福祉士
	<input type="checkbox"/> 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	1	1	1						1	
前年度1年間の退職者数	1		2	3						
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	1	1						1	
	1年以上 3年未満		5	1	1					
	3年以上 5年未満	1	3							
	5年以上 10年未満		1	4	5			1	1	
	10年以上		1	4	3	1				
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	事業者は、費用の改定にあたって、所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会において説明し、その意見を聴いて行うものとする

(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	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		218,183円	314,843円
家賃		0円	96,660円
サービス費用	介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用	20,983円
		食費	67,320円
		管理費	97,900円
		共用部の家賃相当額	26,700円
		介護費用	0円
		光熱水費	5,280円
		その他	0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 か月分
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	1人あたり月額97,900円（税込） 共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費および事務費から算定
共用部の家賃相当額	1人あたり月額26,700円（非課税） 共用部の水道光熱費、減価償却費、保守管理費等、建物の維持管理に係る費用から算定

食費	<p>月額 1人あたり 67,320円(税込、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 2,244円/ 朝食 594円、昼食 935円、夕食 715円(税込) ]</p> <p>※有料老人ホームにおける食費(飲食料品の提供の対価)に係る消費税については、1食 640円以下、1日累計額 1,920円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。</p>
光熱水費	<p>各居室電気代： 一律 4,180円(税込)</p> <p>各居室水道代： 一律 1,100円(税込)</p> <p>*入居・退去のとき・・・日割請求</p> <p>*1か月不在のとき・・・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 1,650円(税込)、以降 30分毎 1,100円(税込)]</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か月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>187,571円</td> <td>18,758円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>209,826円</td> <td>20,983円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>233,416円</td> <td>23,342円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>254,983円</td> <td>25,499円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>278,245円</td> <td>27,825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、 看取り介護加算 あり(I)、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 あり(III)、</p>		月額	自己負担額(1割)	要介護1	187,571円	18,758円	要介護2	209,826円	20,983円	要介護3	233,416円	23,342円	要介護4	254,983円	25,499円	要介護5	278,245円	27,825円
	月額	自己負担額(1割)																	
要介護1	187,571円	18,758円																	
要介護2	209,826円	20,983円																	
要介護3	233,416円	23,342円																	
要介護4	254,983円	25,499円																	
要介護5	278,245円	27,825円																	

	<p>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、口腔・栄養スクリーニング加算 あり、退院・退所時連携加算 あり、ADL 維持等加算 なし、科学的介護推進体制加算 なし、介護職員処遇改善加算 あり(I)、介護職員等特定処遇改善加算 あり(II)</p> <p>看取り介護加算あり</p> <table border="1" data-bbox="651 456 1329 745"> <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>31～45 日前</td> <td>739 円</td> <td>74 円</td> </tr> <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> <p>・介護予防特定施設入居者生活介護 (1 か月 30 日の例)</p> <table border="1" data-bbox="651 817 1385 969"> <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>64,495 円</td> <td>6,450 円</td> </tr> <tr> <td>要支援 2</td> <td>107,978 円</td> <td>10,798 円</td> </tr> </tbody> </table> <p>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 あり(III)、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、口腔・栄養スクリーニング加算 あり、科学的介護推進体制加算 なし、介護職員処遇改善加算 あり(I)、介護職員等特定処遇改善加算 あり(II)</p>	算定期間	1日につき		介護報酬額	自己負担額 (1割)	31～45 日前	739 円	74 円	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		月額	自己負担額 (1割)	要支援 1	64,495 円	6,450 円	要支援 2	107,978 円	10,798 円
算定期間	1日につき																										
	介護報酬額	自己負担額 (1割)																									
31～45 日前	739 円	74 円																									
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																									
	月額	自己負担額 (1割)																									
要支援 1	64,495 円	6,450 円																									
要支援 2	107,978 円	10,798 円																									
<p>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)</p>	<p>なし</p>																										
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>																											

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

<p>算定根拠</p>	<p>&lt;標準前払金&gt; (入居日に満 75 歳以上の方に適用) 前払い方式: 月払い方式家賃相当月額×想定居住期間 (60 か月) 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; 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</p>
-------------	--

		適用します。 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。 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）  ※目安額は別紙参照
想定居住期間（償却年月数）		60か月（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か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	2人
	医療機関	3人
	死亡者	11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	16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 ラヴィーレ越谷 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		越谷市地域共生部介護保険課
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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
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 公開していない
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 公開していない
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 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年2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：当社運営ホーム) 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	1 あり 2 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 あり 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	1 あり 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	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 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	6,590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																		
税込(円)	6,590	4,170	0	2,244	176	0	0																		
算定根拠	管理費	短期利用における 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="margin-left: 20px;"> <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>6,223円</td> <td>623円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>6,952円</td> <td>696円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>7,743円</td> <td>775円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>8,462円</td> <td>847円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>9,243円</td> <td>925円</td> </tr> </tbody> </table>								日額	※自己負担額(1割)	要介護1	6,223円	623円	要介護2	6,952円	696円	要介護3	7,743円	775円	要介護4	8,462円	847円	要介護5	9,243円	925円
	日額	※自己負担額(1割)																							
要介護1	6,223円	623円																							
要介護2	6,952円	696円																							
要介護3	7,743円	775円																							
要介護4	8,462円	847円																							
要介護5	9,243円	925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)、若年性認知症入居者受入加算(無・有)、 サービス提供体制強化加算Ⅲ(無・有)、 介護職員処遇改善加算Ⅰ(無・有)、 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ(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】 <入居日に満75歳以上の方の前払金>

居室 タイプ	標準 前払金	月額						
		計	(内訳)					
			家賃 相当額 (非課税)	介護 費用 -	食費 (税込)	光熱 水費 (税込)	管理費 (税込)	共用部の 家賃相当額 (非課税)
Aタイプ	480万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Bタイプ	500万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Cタイプ	540万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Dタイプ	580万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Eタイプ	620万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Fタイプ	660万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Gタイプ	700万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Hタイプ	740万円	197,200円	0円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円

【月払い方式】

居室 タイプ	月額						
	計	(内訳)					
		家賃 相当額 (非課税)	介護 費用 -	食費 (税込)	光熱 水費 (税込)	管理費 (税込)	共用部の 家賃相当額 (非課税)
Aタイプ	277,200円	80,000円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Bタイプ	280,530円	83,330円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Cタイプ	287,200円	90,000円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Dタイプ	293,860円	96,660円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Eタイプ	300,530円	103,330円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Fタイプ	307,200円	110,000円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Gタイプ	313,860円	116,660円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円
Hタイプ	320,530円	123,330円	0円	67,320円	5,280円	97,900円	26,700円

## 前払金の保全および終身償却表

### 1. 前払金の保全

保 全 銀 行	みずほ信託銀行株式会社	
保 全 方 法	入居者および身元保証人（返還金受取人）を受益者とする保全信託契約を SOMPO ケア株式会社と保全銀行との間で締結	
保 全 金 額	前払金償却後の返還金全額、または500万円のうち、いずれか低い方の金額（老人福祉法の規定に準ずる）	
保 全 期 間	前払金入金日より、前払金が全額償却される前日まで	
要 返 還 時 の 支 払 請 求 手 続 き	信託契約の受益者代理人（※）から入居者または身元保証人（返還金受取人）に連絡が為されたうえで、受益者代理人が保全銀行に対し返還金受領事務手続きを行う。	
※ 受 益 者 代 理 人	氏 名 住 所	税理士法人横浜総合事務所 代表社員 山本 歩美 神奈川県横浜市中区山下町209 帝蚕関内ビル10F

### 2. 標準前払金の終身償却表

#### (1) 標準前払金の概要

対 象 者	【表題部】「1. 契約の締結日および入居日」記載の「入居日」における入居者の年齢が、 <b>満75歳以上</b> の方	
償 却 期 間	1,826日（5年）	
入 居 日 数	入居日から契約終了日までの日数	
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	なし	

#### (2) 返還金の算定方法（本契約第39条に規定する解除特約の場合を除く）

算 定 方 法	<p>○ 想定居住期間の家賃相当額を償却期間で均等償却する。</p> <p>○ 本契約第34条「契約の終了」の規定に従って契約が終了したとき、入居日数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、本契約第43条「前払金の返還および前払金返還債務の保全」の規定に従い返還する。</p> <p>○ 千円未満の端数が発生した場合には、その端数は切り捨てる。</p>
計 算 式	<b>返還金 = 標準前払金 × (償却期間 - 入居日数) / 償却期間</b>



3. 満75歳未満入居時の前払金の終身償却表（以下「75歳未満前払金」という。）

(1) 75歳未満前払金の概要

対 象 者	【表題部】「1. 契約の締結日および入居日」記載の「入居日」における入居者の年齢が、 <b>満75歳未満</b> の方	
償 却 期 間	1,826日（5年）＋入居日から満75歳の誕生日前日までの日数	
入 居 日 数	入居日から契約終了日までの日数	
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	なし	

(2) 返還金の算定方法（本契約第39条に規定する解除特約の場合を除く）

算 定 方 法	<p>○ 想定居住期間の家賃相当額を償却期間で均等償却する。</p> <p>○ 本契約第34条「契約の終了」の規定に従って契約が終了したとき、入居日数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、本契約第43条「前払金の返還および前払金返還債務の保全」の規定に従い返還する。</p> <p>○ 千円未満の端数が発生した場合には、その端数は切り捨てる。</p>
計 算 式	○ 想定居住期間の家賃相当額を償却期間で均等償却する。

(3) 前払い方式（75歳未満前払金）の総額

総額の算出方法		① 標準前払金＋④ 日割額×入居日から満75歳の誕生日前日までの日数						
居室タイプ	75歳未満前払金 (参考)				① 標準前払金	② 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 なし	③ 想定居住期間の家賃相当額（返還金対象額） <①－②>	④ 日割額（1日あたりの償却額） <③÷1,826日（小数点以下切捨て）>
	満74歳	満70歳	満65歳	満60歳				
A	5,759,220	9,596,100	14,392,200	19,188,300	4,800,000	0	4,800,000	2,628
B	5,999,370	9,996,850	14,993,700	19,990,550	5,000,000	0	5,000,000	2,738
C	6,479,305	10,796,525	16,193,050	21,589,575	5,400,000	0	5,400,000	2,957
D	6,959,240	11,596,200	17,392,400	23,188,600	5,800,000	0	5,800,000	3,176
E	7,439,175	12,395,875	18,591,750	24,787,625	6,200,000	0	6,200,000	3,395
F	7,919,110	13,195,550	19,791,100	26,386,650	6,600,000	0	6,600,000	3,614
G	8,399,045	13,995,225	20,990,450	27,985,675	7,000,000	0	7,000,000	3,833
H	8,878,980	14,794,900	22,189,800	29,584,700	7,400,000	0	7,400,000	4,052



## 加算・減算項目の説明 〈特定施設入居者生活介護〉

### ● 入居継続支援加算(Ⅰ)：36単位/日 (Ⅱ)：22単位/日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対して、サービスを行った場合に加算します。

**イ 入居継続支援加算(Ⅰ)：**次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 社会福祉士および介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（喀痰吸引等）を必要とする者の占める割合が入居者の15%以上であること。
- (2) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6またはその端数を増すごとに1以上であること。ただし、別に掲げる基準のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が7またはその端数を増すごとに1以上であること。
- (3) 通所介護費等算定方法第五号および第九号に規定する基準のいずれにも適合していないこと。

**ロ 入居継続支援加算(Ⅱ)：**次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 社会福祉士および介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる行為（喀痰吸引等）を必要とする者の占める割合が入居者の5%以上であること。
- (2) イ(2)および(3)に該当するものであること。

### ● 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)：100単位/月 (Ⅱ)：200単位/月(個別機能訓練加算算定時は100単位)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、外部との連携により、入居者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に加算します。

**イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)：**次のいずれにも適合すること。

- (1) 指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーションまた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、言語聴覚士または医師（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、ホームの機能訓練指導員等が共同して入居者の身体状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行っていること。
- (2) 個別機能訓練計画に基づき、入居者の身体機能または生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が入居者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入居者またはその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

**ロ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)：**次のいずれにも適合すること。

- (1) 理学療法士等が、ホームを訪問し、ホームの機能訓練指導員等が共同して入居者の身体状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行っていること。
- (2) 個別機能訓練計画に基づき、入居者の身体機能または生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が入居者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入居者またはその家

族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

### ● 個別機能訓練加算 (Ⅰ)：12 単位／日 (Ⅱ)：20 単位／月

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、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、はり師またはきゅう師（以下「理学療法士等」といいます。）を1名以上配置しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対して、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、入居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場合に加算します。また、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算(Ⅱ)として、加算します。

### ● A D L 維持等加算 (Ⅰ)：30 単位／月 (Ⅱ)：60 単位／月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対してサービスを行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い加算します。

#### イ A D L 維持等加算(Ⅰ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象者の総数が10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6月目においてA D Lを評価し、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期間開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したA D L値から評価対象利用開始月に測定したA D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1以上であること。

#### ロ A D L 維持等加算(Ⅱ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)および(2)の基準に適合するものであること。
- (2) 評価対象者のA D L利得の平均値が2以上であること。

### ● 夜間看護体制加算 10 単位／日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者

イ 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。

ロ 看護職員により、または病院もしくは診療所もしくは指定訪問看護ステーションとの連携により、入居者に対して、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。

ハ 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、入居者また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。

に対して、サービスを行った場合に加算します。

### ● 若年性認知症入居者受入加算 120 単位／日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、若年性認知症入居者に対してサービスを行った場合に加算します。

受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めていること。

### ● 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)：3 単位／日 (Ⅱ)：4 単位／日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームが別に厚生労働大臣が定める入居者に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に加算します。

イ 認知症専門ケア加算(Ⅰ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) ホームにおける入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状も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入居者（以下「対象者」といいます。）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を修了している者を、対象者の数が 20 人未満である場合にあっては 1 以上、当該対象者の数が 20 人以上である場合にあっては一に当該対象者の数が 19 を超えて 10 またはその端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

(3) ホームの従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

ロ 認知症専門ケア加算(Ⅱ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イの基準のいずれにも適合すること。

(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を 1 名以上配置し、事業所または施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

(3) ホームにおける介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施または実施を予定していること。

### ● 医療機関連携加算 80 単位／月

看護職員が、入居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、当該入居者の同意を得て、協力医療機関または入居者の主治の医師に対して、入居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に加算します。

### ● 口腔衛生管理体制加算 30 単位／月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するホームにおいて、歯科医師また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的助言および指導を月 1 回以上行っている場合に加算します。

イ ホームにおいて歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言および指導に基づき、入居者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

ロ 人員基準欠如に該当していないこと。

### ● 口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位/回

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するホームの従業者が、利用開始時および利用中 6 月ごとに入居者の栄養状態について確認を行い、当該入居者の栄養状態に関する情報を入居者を担当する介護支援専門員に提供した場合に加算します。

人員基準欠如に該当していないこと。

### ● 退院・退所時連携加算 30 単位/日

病院、診療所、介護老人保健施設または介護医療院からホームに入居した場合は、入居した日から起算して 30 日以内の期間について加算します。30 日を超える病院もしくは診療所への入院または介護老人保健施設もしくは介護医療院への入所後にホームに再び入居した場合も、同様とします。

### ● 科学的介護推進体制加算 40 単位/月

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームが、入居者に対しサービスを行った場合に加算します。

- (1) 入居者ごとの A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居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) 必要に応じて介護計画を見直すなどサービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービス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。

### ● 看取り介護加算(Ⅰ)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入居者について看取り介護を行った場合は、看取り介護加算(Ⅰ)として、死亡日以前 30 日以上 45 日以下については 1 日につき 72 単位を、死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 1 日につき 144 単位を、死亡日の前日および前々日については 1 日につき 680 単位を、死亡日については 1 日につき 1,280 単位を死亡月に加算します。

- (1) 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者また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、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員（新設）その他の職種の者による協議の上、当該指定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

### ● 看取り介護加算(Ⅱ)

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入居者について看取り介護を行った場合は、看取り介護加算(Ⅱ)として、死亡日以前 30 日以上 45 日以下については 1 日につき 572 単位を、死亡日以前 4 日以上 30 日以下については 1 日につき 644 単位を、死亡日の前日および前々日については 1 日につき 1,180 単位を、死亡日については 1 日につき 1,780 単位を死亡月に加算します。

- (1) 当該加算を算定する期間において、夜勤または宿直を行う看護職員の数が一以上であること。
- (2) イ(1)から(3)までのいずれにも該当するものであること。

● サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)：22 単位/日 (Ⅱ)：18 単位/日 (Ⅲ)：6 単位/日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームが、入居者に対し、サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い加算します。

イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

① 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70%以上であること。

② ホームの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) 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していること。

(3) 通所介護費等算定方法第五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 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。

(2) イ(3)に該当するものであること

ハ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

① 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。

② 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。

③ サービスを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) イ(3)に該当するものであること

● 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)：8.2%

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県等に届け出た事業所が、入居者に対し、サービスを行った場合に加算します。

● 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)：1.8% (Ⅱ)：1.2%

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県等に届け出た事業所が、入居者に対し、サービスを行った場合に加算します。

● 身体拘束廃止未実施減算 10%

指定居宅サービス等基準第183条5項および6項に規定する基準を満たさない場合に減算します。

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	越谷市北越谷1-18-2
			SOMPOケア 越谷蒲生 訪問介護	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	SOMPOケア 北越谷 訪問看護	越谷市北越谷4-23-8 ルミエール北越谷 1F
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 ルミエール北越谷 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	越谷市赤山町二丁目55番地1
			そんぼの家 越谷	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・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 定期巡回	越谷市北越谷4-23-8 ルミエール北越谷 1F
		なし		
		なし		
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	越谷市北越谷1-18-2
			SOMPOケア 越谷蒲生 居宅介護支援	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>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	SOMPOケア 北越谷 訪問看護	越谷市北越谷4-23-8 ルミエール北越谷 1F
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	越谷市赤山町二丁目55番地1
			そんぼの家 越谷	越谷市宮本町3-78-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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		
<b>&lt; 介護保険施設 &gt;</b>				
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		
介護医療院	あり	なし		
<b>&lt; 介護予防・日常生活支援総合事業 &gt;</b>				
通所介護相当サービス	あり	なし		
通所型サービスA	あり	なし		
訪問介護相当サービス	あり	なし		
訪問型サービスA	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。

要介護認定区分	自立		要支援1		要支援2		要介護1	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
サービスの分類	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
<b>&lt;介護サービス&gt;</b>								
○巡回								
昼間 9:00～18:00	—	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
夜間 18:00～9:00	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○食事介助	食堂での見守り	介助1回1,100円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○排泄								
排泄介助	—	1日 3,300円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
おむつ交換	—	1日 5,500円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
おむつ代	—	実費/持込	—	実費/持込	—	実費/持込	—	実費/持込
○入浴	浴室使用週2回	浴室使用料週3回目から1回 440円	週 2回	希望による週3回目からの援助実施は1回 1,650円	週 2回	希望による週3回目からの援助実施は1回 1,650円	週 2回	希望による週3回目からの援助実施は1回 1,650円
一般浴介助	—	1回 3,300円	週 2回 未入浴時	—	週 2回 未入浴時	—	週 2回 未入浴時	—
清拭	—	1回 3,300円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
特浴介助	—	1回 4,400円	—	—	—	—	—	—
○身辺介助								
体位交換	—	—	—	—	—	—	—	—
居室からの移動	—	移動介助 1日3,300円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
衣類の着脱	—	助言等1回 550円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
身だしなみ介助	—	助言等1回 550円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
行動障害対応※2	—	1日 5,500円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○機能訓練	—	1日 3,300円	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	—	別料金※1	付添	—	付添	—	付添	—
協力医療機関以外	—	—	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1
○緊急時対応								
ナースコール	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>								
○家事								
清掃	—	1回 1,650円	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額
洗濯	—	1回 1,650円	週2回及び必要時	—	週2回及び必要時	—	週2回及び必要時	—
リネン交換	—	1回 880円	週1回及び必要時	—	週1回及び必要時	—	週1回及び必要時	—
洗濯(業者依頼分)	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
○居室配膳・下膳	—	1食 220円	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額
○理美容	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
○代行								
買物	—	別料金※1	週1回 指定日	*指定日以外は別料金※1	週1回 指定日	*指定日以外は別料金※1	週1回 指定日	*指定日以外は別料金※1
役所手続き	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1
○日用雑貨費用	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>								
○健康診断	—	実費負担	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担
○健康相談	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
○生活指導	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
○医師の往診	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担
○服薬	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3
<b>&lt;入退院時、入院中のサービス&gt;</b>								
○医療費	—	医療費自己負担	—	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	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外実費	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外実費	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外実費
○入院中の生活援助	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1
<b>&lt;その他のサービス&gt;</b>								
○レクリエーション等	毎日開催	実費	毎日開催	実費	毎日開催	実費	毎日開催	実費

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。  
30分1,650円、以降30分毎に1,100円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)  
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。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合です。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理、服薬指導が必要な場合、居宅療養管理指導サービスを利用することが出来ます。介護保険上、「特定施設入居者生活介護」及び「介護予防特定施設入居者生活介護」とは別の「居宅療養管理指導」費用の1割から3割の負担が必要となります。介護職員は医師または薬剤師等の指示により、服薬援助を行います。

※4 計画書に基づいて実施

金額はすべて税込金額となっております。

## 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。

要介護認定区分	要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
サービスの分類	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
<b>&lt;介護サービス&gt;</b>								
○巡回								
昼間 9:00～18:00	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
夜間 18:00～9:00	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○食事介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○排泄								
排泄介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
おむつ交換	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
おむつ代	—	実費/持込	—	実費/持込	—	実費/持込	—	実費/持込
○入浴	週 2回	希望による週3回目からの援助実施は1回1,650円						
一般浴介助	週 2回	未入浴時状態に応じて※4						
清拭	—	—	—	—	—	—	—	—
特浴介助	—	—	—	—	—	—	—	—
○身辺介助								
体位交換	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
居室からの移動	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
衣類の着脱	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
身だしなみ介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
行動障害対応※2	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○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	—	ケアプランによる	—
○通院の介助								
協力医療機関	付添	—	付添	—	付添	—	付添	—
協力医療機関以外	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1
○緊急時対応								
ナースコール	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>								
○家事								
清掃	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額	週3回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額
洗濯	週2回及び必要時	—	週2回及び必要時	—	週2回及び必要時	—	週2回及び必要時	—
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	—	週1回及び必要時	—
洗濯(業者依頼分)	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
○居室配膳・下膳	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額	状態に応じて※4	希望による援助実施は自立と同額
○理美容	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
○代行								
買物	週1回 指定日	*指定日以外は別料金※1						
役所手続き	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1
○日用雑貨費用	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>								
○健康診断	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担
○健康相談	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
○生活指導	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
○医師の往診	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担
○服薬	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3
<b>&lt;入退院時、入居中のサービス&gt;</b>								
○医療費	—	医療費自己負担	—	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	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送	協力医療機関以外は実費
○入院中の生活援助	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1	—	別料金※1
<b>&lt;その他のサービス&gt;</b>								
○レクリエーション等	毎日開催	実費	毎日開催	実費	毎日開催	実費	毎日開催	実費

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。  
30分1,650円、以降30分毎に1,100円(6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増)  
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。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合です。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理、服薬指導が必要な場合、居宅療養管理指導サービスを利用することが出来ます。介護保険上、「特定施設入居者生活介護」及び「介護予防特定施設入居者生活介護」とは別の「居宅療養管理指導」費用の1割から3割の負担が必要となります。介護職員は医師または薬剤師等の指示により、服薬援助を行います。

※4 計画書に基づいて実施

金額はすべて税込金額となっております。

## 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

※表示している金額は非課税となります。