

## 重要事項説明書

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 記入年月日    | 2024年7月1日                  |
| 記入者名     | 森本 博                       |
| 所属<br>職名 | SOMPOケア ラヴィーレ神戸垂水<br>生活相談員 |

## 1. 事業者の概要

|            |   |                           |      |
|------------|---|---------------------------|------|
| 種類         | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | ※法人の場合、その種類               | 営利法人 |
| 名称         | (ふりがな) そんぼけあかぶしきがいしゃ<br>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                                  | https://www.sompocare.com |      |
| 代表者        | 氏名  | 鷺見 隆充                     |      |
|            | 職名  | 代表取締役                     |      |
| 設立年月日      | 1997年5月26日                                  |                           |      |
| 主な実施事業     | 介護保険事業<br>※別添1 (別の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

|                              |   |  |  |
|------------------------------|---|--|--|
| 名称                           | (ふりがな) そんぼけあ らぐいーれこうべたるみ<br>SOMPOケア ラヴィーレ神戸垂水 |  |  |
| 所在地                          | 〒655-0852                                     | 神戸市垂水区名谷町猿倉285                                       |  |
| 主な利用交通手段                     | 最寄駅   | JR、山陽電鉄「垂水」駅   |  |
|                              | 最寄駅からの交通手段と所要時間                               | JR、山陽電鉄「垂水」駅よりバス10分<br>神戸市交通局西神線「名谷」駅よりバス20分         |  |
|                              |   |  |  |
| 連絡先                          | 電話番号  | 078-704-4165   |  |
|                              | FAX番号   | 078-709-1165   |  |
|                              | ホームページアドレス                                    | https://www.sompocare.com/service/home/kaigo/H000044 |  |
|                              | メールアドレス                                       | lv_koubetarumi@sompocare.com                         |  |
| 管理者                          | 氏名  | 寺島 一樹  |  |
|                              | 職名  | ホーム長   |  |
| 建物の竣工日                       | 2010年1月31日                                    |  |  |
| 有料老人ホーム事業の開始日                | 2018年7月1日                                     |  |  |
| 同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日 | 年 月 日   |  |  |

(類型)【表示事項】

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 介護付（一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）<br>2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）<br>3 住宅型<br>4 健康型 |            |            |
| ※1又は2<br>に該当す<br>る場合   | 介護保険事業者番号  | 2870803968 |
|  | 指定した自治体名   | 神戸市        |
|  | 事業所の指定日    | 2018年7月1日  |
|  | 指定の更新日（直近） | 2024年7月1日  |

3. 建物概要

|           |   |  |                             |
|-----------|---|--|-----------------------------|
| 土 地       | 敷地面積                                      | 5,283.98 m <sup>2</sup> （公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測）                           |                             |
|           | 所有関係                                      | 1 事業者が自ら全てを所有する土地<br>2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 事業者が賃借する土地 |                             |
|           |   | ※1又は2に該当する場合   |                             |
|           |   | 抵当権の有無   | 有 / 無                       |
|           |   | ※2又は3に該当する場合   |                             |
|           |   | 契約期間   | 有（2010年4月1日～2030年5月31日） / 無 |
| 契約の自動更新   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |  |                             |
| 建 物       | 規模  | 5階建 棟  |                             |
|           | 延床面積                                      | 全体   | 4,551.88 m <sup>2</sup>     |
|           |   | うち、有料老人ホーム部分   | 4,551.88 m <sup>2</sup>     |
|           | 構造  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他（ ）                   |                             |
|           | 耐火構造                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ）                            |                             |
|           | 所有関係                                      | 1 事業者が自ら所有する建物<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物                             |                             |
| ※1に該当する場合 |   |  |                             |
| 抵当権等の有無   |   | 有 / 無  |                             |
| ※2に該当する場合 |   |  |                             |
| 契約期間      |   | 有（2010年4月1日～2030年5月31日） / 無  |                             |
| 契約の自動更新   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |  |                             |

|  |   |  |                                |                                |                      |  |        |  |
|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|--|--------|--|
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】  | 1 全室個室<br>2 相部屋あり  |                                |                                |                      |  |        |  |
|  |   | ※ 2に該当する場合   |                                |                                |                      |  |        |  |
|  |   | 最小   | 人部屋                            |                                |                      | 最大   | 人部屋    |  |
|  |   | 便所   | 浴室                             | 台所                             | 面積                   | 室数・戸数  | 区分※    |  |
|  | Aタイプ  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無     | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.15 m <sup>2</sup> | 20   | 介護居室個室 |  |
|  | Bタイプ  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無     | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.15 m <sup>2</sup> | 19   | 介護居室個室 |  |
|  | Cタイプ  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無     | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.15 m <sup>2</sup> | 2  | 介護居室個室 |  |
| Cタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無  | 有 / <input type="checkbox"/> 無   | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.15 m <sup>2</sup>           | 27                   | 介護居室個室   |        |  |
| Dタイプ   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無  | 有 / <input type="checkbox"/> 無   | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.15 m <sup>2</sup>           | 32                   | 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」「介護居室相部屋」「一時介護室」のいずれかを記入。 |   |  |                                |                                |                      |  |        |  |
| 共用施設   | 共用便所における便房  |  | 6 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                |                      | 6 か所   |        |  |
|  | 共用浴室  |  | 8 か所                           | 個室                             |                      | 7 か所   |        |  |
|  |   |  |                                | 大浴場                            |                      | か所   |        |  |
|  | 共用浴室に設置された介助浴槽  |  | 1 か所                           | チェア浴                           |                      | 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   |   |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
| 入居者や家族が利用できる調理設備                                     |   |  |                                |                                |                      | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     |        |  |
| エレベーター   |   | 1 あり (車椅子対応) 基<br>2 あり (ストレッチャー対応) 2 基<br>3 あり (上記1・2に該当しない) 基<br>4 なし |                                |                                |                      |  |        |  |
| 消防用設備等   | 消火器   |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
|  | 自動火災報知設備  |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
|  | 火災通報設備  |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
|  | スプリンクラー   |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
|  | 防火管理者   |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
|  | 防災計画  |  |                                |                                |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |        |  |
| その他  | <各居室><br>テレビ回線 有、緊急通報措置 有、電話回線 無<br><共用施設の設備状況><br>食堂、カフェ、テラス、洗濯室、応接室、談話コーナー、ラウンジ、理美容室、健康管理室、農園。<br>全館 バリアフリー対応 |  |                                |                                |                      |  |        |  |

#### 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。<br>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。<br>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。<br>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   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>  |
| 食事の提供           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>  |
| 健康管理の供与         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>  |
| 生活相談サービス        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>  |

(介護サービスの内容)

|                                |                |                                |   |
|--------------------------------|----------------|--------------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算       | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | 生活機能向上加算       |                                | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | 夜間看護体制加算       | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算  |                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 協力医療機関連携加算     |                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 退居時情報提供加算      |                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算 |                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 科学的介護推進体制加算    |                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | ADL維持等加算       | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 退院・退所時連携加算     |                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 看取り介護加算        | (Ⅰ)                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                |                | (Ⅱ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | 認知症専門ケア加算      | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算 |                                | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | 生産性向上推進体制加算    | (Ⅰ)                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                |                | (Ⅱ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                | サービス提供体制強化加算   | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅲ)                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                | 介護職員等処遇改善加算    | (Ⅰ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
|                                |                | (Ⅱ)                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
|                                |                | (Ⅲ)                            | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無           |                | 有 / <input type="checkbox"/> 無 |   |
| ※有の場合、介護・看護職員の配置率              |                | : 1                            |   |

(医療連携の内容)

|          |        |   |   |
|----------|--------|---|---|
| 医療支援     | ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保） |   |
| 協力医療機関   | 1      | 名称  | 医療法人 慶春会 みなとクリニック                         |
|          |        | 住所  | 神戸市垂水区舞子坂 4-1-7<br>舞子シティビル 1階             |
|          |        | 診療科目  | 内科  |
|          |        | 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 おひさま会 おひさまクリニック                      |
|          |        | 住所  | 神戸市垂水区旭が丘 1丁目 9-60                        |
|          |        | 診療科目  | 内科  |
|          |        | 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  | 医療法人社団奉仕会<br>神戸垂水メディカルクリニック               |
|          |        | 住所  | 〒655-0026 兵庫県神戸市垂水区<br>陸ノ町 1-2 サン&サンビル 2F |
|          |        | 診療科目  | 内科、循環器科                                   |
|          |        | 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      |
|          | 4      | 名称  | 医療法人社団仁友会 山田医院                            |
|          |        | 住所  | 〒655-0872 兵庫県神戸市垂水区塩屋町 6丁目<br>21-16       |
|          |        | 診療科目  | 内科、循環器科、小児科                               |
|          |        | 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     | 藤原歯科医院  |   |
|          | 住所     | 神戸市垂水区学が丘 1-14-1  |   |
|          | 協力内容   | 訪問（歯科）診療  |   |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住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 | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 3 その他（ ）                            |
| 判断基準の内容        |        | (事業者からの申し出による移り住み)<br>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 |

|               |   |
|---------------|---|
|               | <p>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、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</p>  |

|           |  |
|-----------|--|
|           | 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。<br>4 入居者および身元保証人の同意を得る。<br>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。<br>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。 |
| 追加的費用の有無  | 有 / <input type="checkbox"/> 無 (事業者側の都合の場合)  |
| 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  | 有 / <input type="checkbox"/> 無 (事業者側の都合の場合) |   |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減                                       | 有 / <input type="checkbox"/> 無                    |
|              | 便所の変更                                       | 有 / <input type="checkbox"/> 無                    |
|              | 浴室の変更                                       | 有 / <input type="checkbox"/> 無                    |
|              | 洗面所の変更                                      | 有 / <input type="checkbox"/> 無                    |
|              | 台所の変更                                       | 有 / <input type="checkbox"/> 無                    |
|              | その他の変更                                      | 有 / <input type="checkbox"/> 無<br>※ 有の場合、<br>変更内容 |

(入居に関する要件)

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】<br>※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 自立している者<br><input type="checkbox"/> 2 要支援の者<br><input type="checkbox"/> 3 要介護の者  |
| 留意事項                         | 入居時、原則 65 才以上の伝染性疾患のない自立者又は要支援・要介護認定を受けている方で、反社会的勢力に該当せず、確実な身元保証人がいる方。<br>(前払金又は家賃相当額及び月々の生活費を支弁できる方)   |
| 契約の解除の内容                     | (事業者の契約解除)<br>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。<br>(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。<br>(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<br>(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。<br>(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。

(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。

(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）。

(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、何らこれを賠償する責任を負わない。

（入居者からの契約解除）

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。

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

|               |  |                |
|---------------|--|----------------|
|               | <p>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> |                |
| 設置者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          | <input checked="" type="checkbox"/> / 無<br>期間：6泊7日を限度とする。<br>費用：費用 1泊2日（3食、間食付）11,000円（税込）<br>その他費用（オムツ代・日用雑貨品等、実費）  |                |
| 入居定員          | 100人   |                |
| その他 ※         | <b>【費用負担について】</b><br>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。  |                |

※ 住宅型有料老人ホームにあつては、入居者がサービス提供者を選択できる旨等を記載すること。

## 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。

(職種別の職員数)

|   | 職員数 (実人数) |    |     | 常勤換算人数※             |
|---|-----------|----|-----|---------------------|
|   | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                     |
| 管理者   | 1         | 1  |     | 1.0                 |
| 生活相談員   | 2         | 2  |     | 2.0                 |
| 直接処遇職員  | 34        | 30 | 4   | 32.1                |
| うち介護職員  | 30        | 27 | 3   | 28.7                |
| うち看護職員  | 4         | 3  | 1   | 3.4                 |
| 機能訓練指導員   | 1         |    | 1   | 0.2                 |
| 計画作成担当者   | 2         | 2  |     | 2.0                 |
| 栄養士   | —         | —  | —   | SOMPO ケアフーズ (株) へ委託 |
| 調理員   | —         | —  | —   | SOMPO ケアフーズ (株) へ委託 |
| 事務員   | 0         |    |     | -                   |
| その他職員   | 17        | 1  | 16  | -                   |
| ※ 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。 |           |    |     |                     |

(介護職員が有している資格の総数)

|           | 合計 |     |   |
|-----------|----|-----|---|
|           | 常勤 | 非常勤 |   |
| 社会福祉士     | 0  |     |   |
| 介護福祉士     | 21 | 21  |   |
| 実務者研修の修了者 | 5  | 5   |   |
| 初任者研修の修了者 | 3  | 1   | 2 |
| 介護支援専門員   | 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   | 1  |     | 1 |
| 理学療法士       | 0  |     |   |
| 作業療法士       | 0  |     |   |
| 言語聴覚士       | 0  |     |   |
| 柔道整復士       | 0  |     |   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  |     |   |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|          |      |                 |  |
|----------|------|-----------------|--|
| 夜勤帯の設定時間 |      | 17時～10時         |  |
|          | 平均人数 | 最小時人数 (休憩者等を除く) |  |
| 看護職員     | 0人   | 0人              |  |
| 介護職員     | 4人   | 4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※                        | 1       | 1.5 : 1 以上 |
|  | 【表示事項】                             | 2       | 2 : 1 以上   |
|  |                                    | 3       | 2.5 : 1 以上 |
|  |                                    | 4       | 3 : 1 以上   |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.2 : 1 |            |
| ※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること                                    |                                    |         |            |
| 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) | 有料老人ホームの職員数                        | 人       |            |
|  | 訪問介護事業所の名称                         |         |            |
|  | 訪問看護事業所の名所                         |         |            |
|  | 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      |     |      |     |       |     |         |     |   | 有 / <input type="checkbox"/> 無            |  |
|                          | 業務に係る資格等      |     |      |     |       |     |         |     |   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |  |
|                          | ※ 有の場合、資格等の名称 |     |      |     |       |     |         |     |   | 介護福祉士                                     |  |
|                          | 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年間の採用数               | 1             |     | 2    |     |       |     |         |     |   |   |  |
| 前年度1年間の退職者数              | 2             |     |      | 2   |       |     |         |     |   |   |  |
| 員の人数<br>業務に従事した経験年数に応じた職 | 1年未満          | 1   |      |     |       |     |         |     |   |   |  |
|                          | 1年以上<br>3年未満  | 2   |      | 5   |       |     |         |     |   |   |  |
|                          | 3年以上<br>5年未満  |     | 1    | 4   |       |     |         | 1   |   |   |  |
|                          | 5年以上<br>10年未満 |     |      | 17  | 2     | 1   |         |     | 1   |   |  |
|                          | 10年以上         |     |      | 1   | 1     | 1   |         |     | 1   |   |  |
|                          |               |     |      |     |       |     |         |     |   |   |  |
|                          |               |     |      |     |       |     |         |     |   |   |  |
| 従業者の健康診断の実施状況            |               |     |      |     |       |     |         |     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |   |  |

## 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】              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式                      2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 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<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式  |  |
|                            | ※4の場合<br>複数選択可  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無   |  |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 有 / <input type="checkbox"/> 無  |  |
| 入院等による不在等における利用料金(月払い)の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし(管理費) <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費)<br><input checked="" type="checkbox"/> 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)

(税込)

|   |                 | 前払い方式  | 前払い方式  | 月払い方式  | 月払い方式  | 月払い方式  |          |
|---|-----------------|--|--|--|--|--|----------|
| 入居者の状況※1  | 要介護度            | 要介護2   | 要介護2   | 要介護2   | 要介護2   | 要介護2   |          |
|   | 年齢              | 満75歳以上   | 満75歳以上   | —  | —  | —  |          |
| 居室の状況※2   |                 | Cタイプ   | Dタイプ   | Aタイプ   | Cタイプ   | Dタイプ   |          |
| 床面積   |                 | 16.6~17.1㎡   | 16.6~17.1㎡   | 16.6~17.1㎡   | 16.6~17.1㎡   | 16.6~17.1㎡   |          |
| 便所  |                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |          |
| 浴室  |                 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     |          |
| 台所  |                 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     |          |
| 入居時点で必要な費用  | 前払金             | 7,100,000円   | 7,500,000円   | 0円   | 0円   | 0円   |          |
|   | 敷金              | 0円   | 0円   | 0円   | 0円   | 0円   |          |
| 月額費用の合計   |                 | 240,781円   | 240,781円   | 337,441円   | 354,111円   | 362,441円   |          |
| 家賃  |                 | 0円   | 0円   | 96,660円  | 113,330円   | 121,660円   |          |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護等の費用 | 19,099円  | 19,099円  | 19,099円  | 19,099円  | 19,099円  |          |
|   | 介護保険外           | 食費(税込)   | 70,602円  | 70,602円  | 70,602円  | 70,602円  | 70,602円  |
|   |                 | 管理費※3(税込)  | 112,200円   | 112,200円   | 112,200円   | 112,200円   | 112,200円 |
|   |                 | 共用部の家賃相当額  | 33,600円  | 33,600円  | 33,600円  | 33,600円  | 33,600円  |
|   |                 | 介護費用   | —円   | —円   | —円   | —円   | —円       |
|   |                 | 光熱水費(税込)   | 5,280円   | 5,280円   | 5,280円   | 5,280円   | 5,280円   |
|   |                 | その他  | —円   | —円   | —円   | —円   | —円       |
| 都度払いとなるサービス   |                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |          |
| <p>※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※3 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。</p> |                 |  |  |  |  |  |          |

## (利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠                                     |
|----|--|
| 家賃 | 支払地代家賃額、修繕費、管理事務費等を考慮し、近隣の同業種の家賃額も勘案して設定 |
| 敷金 | 家賃の 0 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<br>・自立の方の費用：3,300円/日（税込）（1人あたり）   |
| 管理費                  | 112,200円（税込）（1人あたり）<br>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   |
| 共用部の家賃相当額            | 33,600円（非課税）（1人あたり）<br>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   |
| 食費                   | 70,602円（税込）（1人あたり/30日の場合）<br>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、食事ごとに食材費を返金する。ただし、緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食分より食材費を返金します。<br>食材費：1,130円〔朝食240円、昼食550円、夕食340円〕（税抜）<br>厨房管理費：1,020円（税抜）<br>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食あたり670円以下」かつ「1日あたり累計額2,010円以下」の場合（何れも厨房管理費を含む）に、軽減税率（8%）の対象となります。また、税込価格は、1か月間の税抜価格を合計した後に消費税を乗算して算出します。 |
| 光熱水費                 | 居室電気代 一律4,180円（税込）1人あたり<br>居室水道代 一律1,100円（税込）1人あたり   |
| 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          | ※ご入居者の実費負担による費用<br>おむつ代、日用品費、新聞・雑誌等購読費、日本放送協会等の放送受信料、電話代、クリーニング・理美容、個人的な外出の付添い費用及び交通費、買物等代行、医療機関利用時の医療費自己負担分、クラブ・レクリエーションの材料費  |

（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等に対する自己負担                       | 介護保険負担割合証に記載の割合となります。 |
| 特定施設入居者生活介護等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） | 無                     |

(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)<br/> <math>(1\text{か月分の家賃相当額}) \times (\text{想定居住期間}) + (\text{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})</math>にて算定。</p> <p>&lt;入居日に満75歳未満の方の前払金&gt;<br/>         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。<br/>         日割額(想定居住期間5年の家賃相当額÷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。<br/> <math>\text{前払金} = \text{標準前払金} + (\text{日割額} \times \text{入居日から満75歳の誕生日前日までの日数})</math><br/>         ※目安額は別紙参照</p> |
| 想定居住期間 (償却年月数)                       |               | 60か月  |
| 償却の開始日                               |               | 入居日 / 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) |               | 2,065,000円～2,625,000円   |
| 初期償却率                                |               | 35%   |
| 返還金の算定方法                             | 入居後3月以内の契約終了  | <p>前払金より施設利用料を差し引いた全額を身元保証人に返還致します。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。<br/> <math>\text{施設利用料} = (\text{標準前払金} - \text{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}) \div 1,826\text{日} \times (\text{利用日数})</math><br/>         ※入居日に満75歳未満の方は別紙参照</p>   |
|                                      | 入居後3月を越えた契約終了 | <p>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もとに事業者は、身元保証人に返還する。ただし、算出した額に千円未満の端数が生じた場合には切り捨てるものとする。<br/> <math>\text{返還金} = (\text{標準前払金} - \text{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}) \times (1,826\text{日} - \text{入居日数}) / 1,826\text{日}</math><br/>         ※入居日に満75歳未満の方は別紙参照</p>  |

|         |                   |             |
|---------|-------------------|-------------|
| 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 ( )         |             |

※ 前払金の算定根拠等については、別紙等を利用し説明すること。

※ 複数の料金プランがある場合は料金表を重要事項説明書に添付するなどして全容を明示すること。

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

|       |            |     |            |     |
|-------|------------|-----|------------|-----|
| 性別    | 男性         | 16人 | 女性         | 59人 |
| 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 | 14人 | 85歳以上      | 59人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  | 要支援1       | 8人  |
|       | 要支援2       | 8人  | 要介護1       | 17人 |
|       | 要介護2       | 8人  | 要介護3       | 9人  |
|       | 要介護4       | 11人 | 要介護5       | 14人 |
| 入居期間別 | 6か月未満      | 6人  | 6か月以上1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上5年未満   | 33人 | 5年以上10年未満  | 20人 |
|       | 10年以上15年未満 | 12人 | 15年以上      | 0人  |

(入居者の属性)

|  |       |
|--|-------|
| 平均年齢   | 89.7歳 |
| 入居者数の合計  | 75人   |
| 入居率※   | 75.0% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。<br>なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。 |       |

(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           | 1人  |
|         | 医療機関     | 2人       | 死亡者              | 22人 |
|         | その他      | 3人       |                  |     |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人       |                  |     |
|         |          | (解約事由の例) |                  |     |
| 生前解約の状況 | 入居者側の申し出 | 7人       |                  |     |
|         |          | (解約事由の例) | 常時医療行為が必要となった為等。 |     |

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) ※適宜、欄を追加すること。

|              |       |                                      |                                      |
|--------------|-------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 窓口の名称        |       | SOMPOケア<br>ラヴィーレ神戸垂水                 | SOMPOケア株式会社<br>お客様相談窓口               |
| 電話番号         |       | 078-704-4165                         | 0120-65-1192                         |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 9:00~18:00                           | 9:00~18:00                           |
|              | 土曜    | 9:00~18:00                           | —                                    |
|              | 日曜・祝日 | 9:00~18:00                           | —                                    |
| 定休日          |       | なし                                   | 土日祝日、年末年始は定休日です。<br>この際は事業所にご連絡ください。 |
| 窓口の名称        |       | 神戸市 福祉局 監査指導部<br>法人・施設指導担当           | 兵庫県国民健康保険団体連合会                       |
| 電話番号         |       | 078-322-6242                         | 078-332-5617                         |
| 対応してい<br>る時間 | 平日    | 8:45~12:00, 13:00~17:<br>30          | 8:45~17:15                           |
|              | 土曜    | —                                    | —                                    |
|              | 日曜・祝日 | —                                    | —                                    |
| 定休日          |       | 土日祝日、年末年始                            | 土日祝日、年末年始                            |
| 窓口の名称        |       | 神戸市消費生活センター<br>(契約についてのご相談)          | 兵庫県福祉サービス運営適正化<br>委員会                |
| 電話番号         |       | 078-371-1221                         | 078-242-6868                         |
| 対応してい<br>る時間 | 平日    | 9:00~17:00                           | 10:00~16:00                          |
|              | 土曜    | —                                    | —                                    |
|              | 日曜・祝日 | —                                    | —                                    |
| 定休日          |       | 土日祝日、年末年始                            | 土日祝日、年末年始                            |
| 窓口の名称        |       | 養介護施設従業者等による高齢者<br>虐待通報専用電話 (監査指導部内) |                                      |
| 電話番号         |       | 078-322-6774                         |                                      |
| 対応してい<br>る時間 | 平日    | 8:45~12:00 13:00~17:30               |                                      |
|              | 土曜    | 定休日                                  |                                      |
|              | 日曜・祝日 | 定休日                                  |                                      |
| 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                 | 1 加入済み   |             |              |
|                               | 2 未加入  |             |              |
|                               | ※1の<br>場合  | 加入する保険会社の名称 | 損害保険ジャパン株式会社 |
|                               |  | 加入する保険の名称   | 総合賠償責任保険     |
| 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 | 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり)<br>2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし)<br>3 対応なし |             |              |

(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、意見箱等の<br>利用者の意見等を把握する取組の<br>状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 取組あり<br>2 取組なし |         |  |
|   | ※1の場<br>合  | 実施日・開始日 | 平成 年 月 日   |
|   |  | 結果の開示   | 1 あり ( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況                             | 1 実施済み<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 未実施  |         |  |
|   | ※1の場<br>合  | 実施日     | 平成 年 月 日   |
|   |  | 評価機関名称  |  |
|   |  | 結果の開示   | 1 あり ( )<br>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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 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 設置済み<br>2 未設置（代替措置あり）<br>3 未設置（代替措置なし）   |
|   | ※ 1の場合、開催頻度 年 2回   |
|   | ※ 2の場合、代替措置の内容   |
| 提携ホームへの移行【表示事項】                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 移行あり（提携ホーム名：当社運営ホーム）<br>2 移行なし   |
| 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 届出あり      2 届出なし<br>3 届出なし（サービス付き高齢者向け住宅の登録済み）   |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「第 5 章 規模及び構造設備」への適合状況<br>※複数選択可 | 1 不適合事項あり（代替措置を実施済み）<br>2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み）<br>3 不適合事項あり（1 又は 2 以外）<br><input checked="" type="checkbox"/> 4 不適合事項なし<br>5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備  |
| ※ 1、2 又は 3 の場合、不適合事項の内容<br>※該当する項目にチェック         | <input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部）<br><input type="checkbox"/> 一般居室の 1 人当たり床面積が 18㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部）<br><input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に）<br><input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし（ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に） |
| ※ 1 の場合、代替措置の概要                                 |  |
| ※ 2 の場合、改善計画の概要                                 |  |
| ※ 5 の場合、構造設備の基準となる制度の名称                         | 1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み）<br>2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）   |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無<br>※複数選択可              | 1 指導事項あり（過去 1 年以内に指導）<br>2 指導事項あり（未改善のまま、指導から 1 年経過）<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 指導事項なし   |
| ※ 1 又は 2 の場合、指導内容                               |  |

添付書類：別添 1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択によるサービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_様

説明年月日           年    月    日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※ 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。

## 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&gt;

| プラン名称 | 標準<br>前払金 | (内訳)     |           |          |         |        |          |               |
|-------|-----------|----------|-----------|----------|---------|--------|----------|---------------|
|       |           | 月額<br>計  | 家賃<br>相当額 | 介護<br>費用 | 食費      | 光熱水費   | 管理費      | 共用部の<br>家賃相当額 |
| Aタイプ  | 590万      | 221,682円 | 0         | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |
| Bタイプ  | 670万      | 221,682円 | 0         | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |
| Cタイプ  | 710万      | 221,682円 | 0         | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |
| Dタイプ  | 750万      | 221,682円 | 0         | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |

## 【月払い方式】

| プラン名称 | (内訳)     |           |          |         |        |          |               |
|-------|----------|-----------|----------|---------|--------|----------|---------------|
|       | 月額<br>計  | 家賃<br>相当額 | 介護<br>費用 | 食費      | 光熱水費   | 管理費      | 共用部の<br>家賃相当額 |
| Aタイプ  | 318,342円 | 96,660円   | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |
| Bタイプ  | 326,682円 | 105,000円  | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |
| Cタイプ  | 335,012円 | 113,330円  | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600円       |
| Dタイプ  | 343,342円 | 121,660円  | 0        | 70,602円 | 5,280円 | 112,200円 | 33,600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<br>住 所  | 宮下総合法律事務所 弁護士 宮下正臣<br>東京都中央区銀座7丁目13番6号 サガミビル5階 |

### 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 | 標準前払金の35%   |  |

#### (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>○ 入居日に、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を償却し（初期償却）、残りの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   | $\text{返還金} = (\text{標準前払金} - \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \times (\text{償却期間} - \text{入居日数}) / \text{償却期間}$   |





(4) 併用方式（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<br>(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<br><① × 35%> | ③ 想定居住期間の家賃相当額（返還金対象額）<br><① - ②> | ④ 日割額（1日あたりの償却額）<br><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       | -                | -                                      | -    | -    | -       | -   | -                                 | -  |
| B       | -                | -                                      | -    | -    | -       | -   | -                                 | -  |
| C       | -                | -                                      | -    | -    | -       | -   | -                                 | -  |
| D       | -                | -                                      | -    | -    | -       | -   | -                                 | -  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |
|         |                  |  |      |      |         |   |                                   |  |

(5) 本契約【本体部】第39条に規定する解除特約の場合の施設利用料および返還金の計算式

|         |   |
|---------|---|
| 算定方法    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 75歳未満前払金全額から、施設利用料を差し引いて返金する。</li> <li>○ 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。</li> </ul> |
| 計算式     | 75歳未満前払金 - 施設利用料 <sup>※</sup>   |
| ※ 施設利用料 | 想定居住期間の家賃相当額（返還金対象額） ÷ 償却期間 × 利用日数  |

① 介護報酬に係る費用（30日利用、1割負担の場合の目安）

2024年6月1日現在

|      | 1日につき   |         | 30日分     |          | 30日分<br>利用者負担 |         |          |
|------|---------|---------|----------|----------|---------------|---------|----------|
|      | 介護報酬単位  | 介護報酬の額  | 介護報酬単位   | 介護報酬の額   | (1割)          | (2割)    | (3割)     |
|      |         |         |          |          |               |         |          |
| 要支援1 | 353単位   | 3,720円  | 10,798単位 | 113,810円 | 11,381円       | 22,762円 | 34,143円  |
| 要支援2 | 499単位   | 5,259円  | 15,174単位 | 159,933円 | 15,994円       | 31,987円 | 47,980円  |
| 要介護1 | 756単位   | 7,968円  | 22,882単位 | 241,176円 | 24,118円       | 48,236円 | 72,353円  |
| 要介護2 | 831単位   | 8,758円  | 25,137単位 | 264,943円 | 26,495円       | 52,989円 | 79,483円  |
| 要介護3 | 910単位   | 9,591円  | 27,493単位 | 289,776円 | 28,978円       | 57,956円 | 86,933円  |
| 要介護4 | 983単位   | 10,360円 | 29,681単位 | 312,837円 | 31,284円       | 62,568円 | 93,852円  |
| 要介護5 | 1,060単位 | 11,172円 | 32,004単位 | 337,322円 | 33,733円       | 67,465円 | 101,197円 |

- ・当ホームの介護報酬は、1単位＝10.54円（4級地）です。（上記は小数点以下切捨て）
- ・上記の介護報酬は、実際の利用日数に応じて決定します。
- ・実際の利用者負担の額は、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額になります。
- ・消費税は非課税です。
- ・上記は、ADL維持等加算Ⅱ（要介護1～5の方・60単位/月）、夜間看護体制加算Ⅱ（要介護1～5の方・9単位/日）、若年性認知症入居者受入加算（120単位/日）、科学的介護推進体制加算（40単位/月）、生産性向上推進体制加算Ⅰ（100単位/月）、サービス提供体制強化加算Ⅲ（6単位/日）、介護職員等処遇改善加算Ⅱ（12.2%）を含めた“見積”金額です。実際の加算算定により変動します。
- ・別途、個別に対応した場合に、協力医療機関連携加算Ⅰ（100単位/月）、口腔・栄養スクリーニング加算（20単位/回）、退院・退所時連携加算（30単位/日）、退居時情報提供加算（250単位/回）、看取り介護加算Ⅰ（以下の通り）が加算されます。

## &lt;看取り加算Ⅰ&gt;

| 算定期間    | 1日につき   |         |        |        |        |
|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
|         | 介護報酬単位  | 介護報酬の額  | 自己負担額  |        |        |
|         |         |         | (1割)   | (2割)   | (3割)   |
| 31～45日前 | 72単位    | 758円    | 76円    | 152円   | 228円   |
| 4～30日前  | 144単位   | 1,517円  | 152円   | 304円   | 456円   |
| 2～3日前   | 680単位   | 7,167円  | 717円   | 1,434円 | 2,151円 |
| 死亡日     | 1,280単位 | 13,491円 | 1,350円 | 2,699円 | 4,048円 |

## 利用料金の支払方法

介護費用は、1ヵ月ごとに計算し、翌月10日頃、明細書をそえてご請求します。

● 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以下の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、(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを加算します。

イ 入居継続支援加算(Ⅰ)：(1)または(2)のいずれかに適合し、かつ(3)および(4)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) 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）を必要とする者およ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。

a 尿道カテーテル留置を実施している状態

b 在宅酸素療法を実施している状態

c インスリン注射を実施している状態

(3) 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（大臣基準告示・四十二の三）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。

(4) 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)：(1)または(2)のいずれかに適合し、かつ(3)および(4)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5%以上であること。

(2) 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）を必要とする者およ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5%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。

a 尿道カテーテル留置を実施している状態

b 在宅酸素療法を実施している状態

c インスリン注射を実施している状態

(3) イ(3)および(4)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以下の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、(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを加算します。

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。

#### ● ADL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以下の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、以下に掲げる区分に従い、(I)(II)いずれかを加算します。

**イ ADL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ADL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1以上であること。

**ロ ADL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 3 以上であること。

### ● 夜間看護体制加算 (I) : 18 単位/日 (II) : 9 単位/日

別に厚生労働大臣が定める以下の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、入居者に対して、サービスを行った場合は、(I)(II)いずれかを加算します。

#### イ 夜間看護体制加算(I)

- (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) 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 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、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。

#### ロ 夜間看護体制加算(II)

- (1) イ(1)および(3)に該当するものであること。
- (2) 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。

### ● 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以下の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、(I)(II)いずれかを加算します。

#### 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に行っていること。

#### 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。

#### ● 協力医療機関連携加算 (Ⅰ)：100 単位／月 (Ⅱ)：40 単位／月

協力医療機関との間で、入居者の同意を得て、入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催している場合に、(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを加算します。

(Ⅰ) 協力医療機関が、指定居宅サービス基準第 191 条第 2 項第 1 号および第 2 号に規定する要件を満たしている場合

(Ⅱ) (Ⅰ)以外の場合

#### ● 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以下の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。

#### ● 退居時情報提供加算 250 単位／回

入居者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、入居者の同意を得て、入居者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、入居者の照会を行った場合に、入居者 1 人につき 1 回に限り加算を算定します。

#### ● 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。

#### ● イ 看取り介護加算(Ⅰ)

別に厚生労働大臣が定める以下の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、(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを加算します。

- (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以下の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、(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを加算します。

- (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。

#### ● 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)：10単位/月 (Ⅱ)：5単位/月

別に厚生労働大臣が定める以下の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、入居者に対して、サービスを行った場合に、(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを加算します。

**イ 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)** 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律第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) 指定居宅サービス等基準第191条第1項本文に規定する協力医療機関その他の医療機関との間で、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) 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の区分番号A234-2に規定する感染対策向上加算または医科診療報酬点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11および区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関等が行う院内感染対策に関する研修または訓練に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)

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、事業所内で感染者が発生した場合に係る実地指導を受けていること。

#### ● 新興感染症等施設療養費 240単位/日

ホームが、入居者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入居者に対し、適切な感染対策を行った上で、サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定します。

● **生産性向上推進体制加算 (I) : 100 単位/月 (II) : 10 単位/月**

別に厚生労働大臣が定める以下の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、入居者に対して、サービスを行った場合に、(I)(II)いずれかの加算を算定します。

**イ 生産性向上推進体制加算 (I) :** 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 入居者の安全ならびに介護サービスの質の確保およ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において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、および当該事項の実施を定期的に確認していること。

(一)業務の効率化および質の向上又は職員の負担の軽減に資する機器（以下「介護機器」という。）を活用する場合における利用者への安全およびケアの質の確保

(二)職員の負担の軽減および勤務状況への配慮

(三)介護機器の定期的な点検

(四) 業務の効率化および質の向上ならびに職員の負担軽減を図るための職員研修

(2) (1)の取組および介護機器の活用による業務の効率化および質の確保ならびに職員の負担軽減に関する実績があること。

(3) 介護機器を複数種類活用していること。

(4) (1)の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化および質の確保ならびに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し、および当該取組の実施を定期的に確認すること。

(5) 事業年度ごとに(1)、(3)および(4)の取組による業務の効率化および質の確保ならびに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

**ロ 生産性向上推進体制加算 (II) :** 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イ(1)に適合していること。

(2) 介護機器を活用していること。

(3) 事業年度ごとに(2)およびイ(1)の取組による業務の効率化および質の確保ならびに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること。

● **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以下の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

**● 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ):12.8% (Ⅱ):12.2% (Ⅲ):11% (Ⅳ):8.8%**

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。

**● 人員基準欠如に該当する場合 所定単位数×70%**

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数から減算します。

**● 身体拘束廃止未実施減算 所定単位数×10%の減算**

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。

**● 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数×1%の減算**

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数から減算します。

**● 業務継続計画未策定減算 所定単位数×3%の減算**

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数から減算します。

別添1 設置者が神戸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                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 訪問入浴介護                       | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 訪問看護                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 訪問リハビリテーション                  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 居宅療養管理指導                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 通所介護                         | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 通所リハビリテーション                  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 短期入所生活介護                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 短期入所療養介護                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 特定施設入居者生活介護                  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 福祉用具貸与                       | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 特定福祉用具販売                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| <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             | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 夜間対応型訪問介護                    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 認知症対応型通所介護                   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 小規模多機能型居宅介護                  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 認知症対応型共同生活介護                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護             | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 看護小規模多機能型居宅介護                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 居宅介護支援                       | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |  |             |
| 介護予防訪問入浴介護                   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防訪問介護                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 介護予防訪問リハビリテーション              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防居宅療養管理指導                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防通所リハビリテーション              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防短期入所生活介護                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防短期入所療養介護                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防特定施設入居者生活介護              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 介護予防福祉用具貸与                   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 特定介護予防福祉用具販売                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| <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               | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護             | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 別紙（事業所一覧）参照 |
| 介護予防支援                       | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| <b>&lt;介護福祉施設&gt;</b>        |  |             |
| 介護老人福祉施設                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護老人保健施設                     | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護療養型医療施設                    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |
| 介護医療院                        | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |             |

# 事 業 所 一 覧

| サービス                    | 事業所番号              |   |   |   |   |   |   |   |   | 所在地 |                                      |
|-------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|--------------------------------------|
|                         | 事業所名               |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 特定施設<br>入居者生活介護  | 2                  | 8 | 7 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | 6 | 5   | 〒655-0034<br>兵庫県神戸市垂水区仲田2丁目1-8       |
|                         | そんぼの家 神戸垂水         |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 特定施設<br>入居者生活介護  | 2                  | 8 | 7 | 0 | 5 | 0 | 1 | 4 | 6 | 3   | 〒652-0815<br>兵庫県神戸市兵庫区三川口町3丁目5-15    |
|                         | そんぼの家 兵庫柳原         |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 特定施設<br>入居者生活介護  | 2                  | 8 | 7 | 0 | 8 | 0 | 1 | 8 | 8 | 9   | 〒655-0043<br>兵庫県神戸市垂水区南多聞台4丁目7-1     |
|                         | そんぼの家 南多聞台         |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 特定施設<br>入居者生活介護  | 2                  | 8 | 7 | 5 | 2 | 0 | 4 | 6 | 5 | 9   | 〒651-2113<br>兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬1745-1    |
|                         | SOMPOケア ラヴィール神戸伊川谷 |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 特定施設<br>入居者生活介護  | 2                  | 8 | 7 | 0 | 8 | 0 | 3 | 9 | 6 | 8   | 〒655-0852<br>兵庫県神戸市垂水区名谷町猿倉285       |
|                         | SOMPOケア ラヴィール神戸垂水  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 特定施設<br>入居者生活介護  | 2                  | 8 | 7 | 0 | 2 | 0 | 2 | 7 | 4 | 0   | 〒657-0015<br>兵庫県神戸市灘区篠原伯母野山町1丁目2-2   |
|                         | SOMPOケア ラヴィール六甲    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| (介護予防) 認知症対<br>応型協同生活介護 | 2                  | 8 | 7 | 5 | 2 | 0 | 0 | 9 | 2 | 1   | 〒651-2113<br>兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬字大末838-23 |
|                         | そんぼの家GH神戸伊川谷       |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| 訪問介護                    | 2                  | 8 | 7 | 0 | 6 | 0 | 1 | 8 | 4 | 2   | 〒653-0037<br>兵庫県神戸市長田区大橋町4丁目1-10     |
|                         | SOMPOケア 神戸新長田 訪問介護 |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| 訪問介護                    | 2                  | 8 | 7 | 0 | 8 | 0 | 2 | 4 | 3 | 2   | 〒655-0891<br>兵庫県神戸市垂水区山手1丁目3-21      |
|                         | SOMPOケア 神戸東垂水 訪問介護 |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| 訪問介護                    | 2                  | 8 | 7 | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 6 | 5   | 〒652-0046<br>兵庫県神戸市兵庫区上沢通8丁目2-5      |
|                         | SOMPOケア 神戸上沢 訪問介護  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| 訪問介護                    | 2                  | 8 | 7 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 8 | 3   | 〒657-0864<br>兵庫県神戸市灘区新在家南町5丁目2-15    |
|                         | SOMPOケア 神戸東 訪問介護   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| 居宅介護支援                  | 2                  | 8 | 7 | 0 | 6 | 0 | 1 | 8 | 3 | 4   | 〒653-0037<br>兵庫県神戸市長田区大橋町4丁目1-10     |
|                         | SOMPOケア 神戸 居宅介護支援  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |
| 訪問看護                    | 2                  | 8 | 6 | 0 | 6 | 9 | 0 | 3 | 1 | 8   | 〒653-0037<br>兵庫県神戸市長田区大橋町4丁目1-10     |
|                         | SOMPOケア 神戸 訪問看護    |   |   |   |   |   |   |   |   |     |                                      |

# 介護サービス等の一覧表①

2022/10/1現在

| 要介護認定区分                      | 自立                      |                        | 要支援 1                                       |                        | 要支援 2                                       |                        |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|---|------------------------|---|------------------------|
|                              | 自立介護費、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                                    | -                      |
| 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                                    | -                      |
| ○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                                    | -                      |
| ○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                                    | -                      |
| 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                                    | -                      |
| おむつ代                         | -                       | 実費/持込                  | -   | 実費/持込                  | -   | 実費/持込                  |
| ○入浴                          | 浴室使用週2回                 |                        | 週2回   |                        | 週2回   |                        |
| 一般浴介助                        | 状態に応じて※4                | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 |
| 清拭                           | 状態に応じて※4                |                        | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        |
| 特浴介助                         | -                       |                        | -   |                        | -   |                        |
| ○身辺介助                        |                         |                        |   |                        |   |                        |
| 体位交換                         | -                       | -                      | -   | -                      | -   | -                      |
| 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                                    | -                      |
| 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                                    | -                      |
| 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                                    | -                      |
| 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                                    | -                      |
| ○機能訓練                        | -                       | 別料金※1                  | 状態に応じて※4                                    | -                      | 状態に応じて※4                                    | -                      |
| ○通院の介助                       |                         |                        |   |                        |   |                        |
| 協力医療機関                       | -                       | 別料金※1                  | 付添  | -                      | 付添  | -                      |
| 協力医療機関以外                     | -                       |                        | -   | 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  | -                      |
| 緊急搬送                         | 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（居室）                       | 週1回                     | 別料金※1                  | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  |
| 洗濯                           | 週1回                     | 別料金※1                  | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  |
| リネン交換                        | 週1回                     | 別料金※1                  | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  |
| 洗濯（業者依頼分）                    | -                       | 実費                     | -   | 実費                     | -   | 実費                     |
| ○理美容                         | -                       | 実費                     | -   | 実費                     | -   | 実費                     |
| ○代行                          |                         |                        |   |                        |   |                        |
| 買物                           | 指定日                     | 別料金※1                  | 指定日   | 別料金※1                  | 指定日   | 別料金※1                  |
| 役所手続き                        | -                       | 別料金※1                  | -   | 別料金※1                  | -   | 別料金※1                  |
| ○日用雑貨費用                      | -                       | 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                   |
| ○健康相談                        | 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  | -                      |
| ○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                |
| ○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                 |
| <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                |
| ○移送サービス                      | -                       | 実費                     | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 協力医療機関以外は実費            | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 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                  |
| <b>&lt;その他のサービス&gt;</b>      |                         |                        |   |                        |   |                        |
| アクティビティ、その他サービス              |                         |                        |   |                        |   |                        |
| ホームが一律に提供する場合                | -                       | 実費                     | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     |
| 入居者の希望またはホームが参加者を募集して提供する場合  | -                       | 実費                     | -   | ※5                     | -   | ※5                     |

※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。提供する時間帯（日中：8～18時、夜朝：6～8時及び18～22時、深夜：22～6時）により、価格が異なります。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。  
 【15分の場合】 日中：1,540円 夜朝：1,925円 深夜：2,310円、【30分の場合】 日中：2,475円 夜朝：3,093円 深夜：3,712円、【以降30分】 日中：2,475円 夜朝：3,093円 深夜：3,712円、【240～480分の場合】 日中：1,100円 夜朝：1,375円 深夜：1,650円（すべて税込の金額）。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合になります。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理及び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、「（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」の1割から3割の負担が必要となります。介護職員、看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 ケアプラン（特定施設入居者生活介護計画書）の内容に基づき、サービスを実施します。

※5 ①実費（参加費、交通費、材料費等）、②付添援助（※1に定める別料金）等、事前に参加費のご案内をいたします。

## 介護サービス等の一覧表②

2022/10/1現在

| 要介護認定区分                      | 要介護 1                                       |                        | 要介護 2                                       |                        | 要介護 3                                       |                        |
|------------------------------|---|------------------------|---|------------------------|---|------------------------|
| 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           |
| <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                                    | －                      |
| ○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                                    | －                      |
| ○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                                    | －                      |
| 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                                    | －                      |
| おむつ代                         | －   | 実費/持込                  | －   | 実費/持込                  | －   | 実費/持込                  |
| ○入浴                          | 週2回   |                        | 週2回   |                        | 週2回   |                        |
| 一般浴介助                        | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 |
| 清拭                           | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        |
| 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                                    | －                      |
| 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                                    | －                      |
| 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                                    | －                      |
| 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                                    | －                      |
| 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                                    | －                      |
| ○機能訓練                        | 状態に応じて※4                                    | －                      | 状態に応じて※4                                    | －                      | 状態に応じて※4                                    | －                      |
| ○通院の介助                       |   |                        |   |                        |   |                        |
| 協力医療機関                       | 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  | －                      |
| 緊急搬送                         | 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（居室）                       | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  |
| 洗濯                           | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  |
| リネン交換                        | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  |
| 洗濯（業者依頼分）                    | －   | 実費                     | －   | 実費                     | －   | 実費                     |
| ○理美容                         | －   | 実費                     | －   | 実費                     | －   | 実費                     |
| ○代行                          |   |                        |   |                        |   |                        |
| 買物                           | 指定日   | 別料金※1                  | 指定日   | 別料金※1                  | 指定日   | 別料金※1                  |
| 役所手続き                        | －   | 別料金※1                  | －   | 別料金※1                  | －   | 別料金※1                  |
| ○日用雑貨費用                      | －   | 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                   |
| ○健康相談                        | 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  | －                      |
| ○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                |
| ○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                 |
| <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                |
| ○移送サービス                      | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 協力医療機関以外は実費            | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 協力医療機関以外は実費            | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 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                  |
| <b>&lt;その他のサービス&gt;</b>      |   |                        |   |                        |   |                        |
| アクティビティ、その他サービス              |   |                        |   |                        |   |                        |
| ホームが一律に提供する場合                | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     |
| 入居者の希望またはホームが参加者を募集して提供する場合  | －   | ※5                     | －   | ※5                     | －   | ※5                     |

※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。提供する時間帯（日中：8～18時、夜朝：6～8時及び18～22時、深夜：22～6時）により、価格が異なります。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。  
【15分の場合】 日中：1,540円 夜朝：1,925円 深夜：2,310円、【30分の場合】 日中：2,475円 夜朝：3,093円 深夜：3,712円、【以降30分】 日中：2,475円 夜朝：3,093円 深夜：3,712円、【240～480分の場合】 日中：1,100円 夜朝：1,375円 深夜：1,650円（すべて税込の金額）。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合になります。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理及び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、「（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」の1割から3割の負担が必要となります。介護職員、看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 ケアプラン（特定施設入居者生活介護計画書）の内容に基づき、サービスを実施します。

※5 ①実費（参加費、交通費、材料費等）、②付添援助（※1に定める別料金）等、事前に参加費のご案内をいたします。

## 介護サービス等の一覧表③

2022/10/1現在

| 要介護認定区分                      | 要介護 4                                       |                        | 要介護 5                                       |                        |
|------------------------------|---|------------------------|---|------------------------|
| 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           |
| <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                                    | －                      |
| 夜間 18:00～9:00                | 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                                    | －                      |
| ○排泄                          |   |                        |   |                        |
| 排泄介助                         | 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                                    | －                      |
| おむつ代                         | －   | 実費/持込                  | －   | 実費/持込                  |
| ○入浴                          | 週2回   |                        | 週2回   |                        |
| 一般浴介助                        | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 | 週2回   | 希望による週3回目からの援助実施は別料金※1 |
| 清拭                           | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        | 未入浴時<br>状態に応じて※4                            |                        |
| 特浴介助                         | 状態に応じて※4                                    |                        | 状態に応じて※4                                    |                        |
| ○身辺介助                        |   |                        |   |                        |
| 体位交換                         | 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                                    | －                      |
| 衣類の着脱                        | 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                                    | －                      |
| 行動障害対応※2                     | 状態に応じて※4                                    | －                      | 状態に応じて※4                                    | －                      |
| ○機能訓練                        | 状態に応じて※4                                    | －                      | 状態に応じて※4                                    | －                      |
| ○通院の介助                       |   |                        |   |                        |
| 協力医療機関                       | 付添  | －                      | 付添  | －                      |
| 協力医療機関以外                     | －   | 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  | －                      |
| 緊急搬送                         | 適宜対応  | －                      | 適宜対応  | －                      |
| <b>&lt;生活サービス&gt;</b>        |   |                        |   |                        |
| ○家事                          |   |                        |   |                        |
| 清掃（居室）                       | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  | 週1回以上及び必要時                                  | 別料金※1                  |
| 洗濯                           | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週2回及び必要時                                    | 別料金※1                  |
| リネン交換                        | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  | 週1回及び必要時                                    | 別料金※1                  |
| 洗濯（業者依頼分）                    | －   | 実費                     | －   | 実費                     |
| ○理美容                         | －   | 実費                     | －   | 実費                     |
| ○代行                          |   |                        |   |                        |
| 買物                           | 指定日   | 別料金※1                  | 指定日   | 別料金※1                  |
| 役所手続き                        | －   | 別料金※1                  | －   | 別料金※1                  |
| ○日用雑貨費用                      | －   | 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                   |
| ○健康相談                        | 適宜対応  | －                      | 適宜対応  | －                      |
| ○生活指導                        | 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                |
| ○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                 |
| <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                |
| ○移送サービス                      | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 協力医療機関以外の実費            | 協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。 | 協力医療機関以外の実費            |
| ○入院中の生活援助                    | －   | 別料金※1                  | －   | 別料金※1                  |
| <b>&lt;その他のサービス&gt;</b>      |   |                        |   |                        |
| アクティビティ、その他サービス              |   |                        |   |                        |
| ホームが一律に提供する場合                | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     | 必要に応じて付添援助                                  | 実費                     |
| 入居者の希望またはホームが参加者を募集して提供する場合  | －   | ※5                     | －   | ※5                     |

※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。提供する時間帯（日中：8～18時、夜朝：6～8時及び18～22時、深夜：22～6時）により、価格が異なります。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。  
【15分の場合】 日中：1,540円 夜朝：1,925円 深夜：2,310円、【30分の場合】 日中：2,475円 夜朝：3,093円 深夜：3,712円、【以降30分】 日中：2,475円 夜朝：3,093円 深夜：3,712円、【240～480分の場合】 日中：1,100円 夜朝：1,375円 深夜：1,650円（すべて税込の金額）。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合になります。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理及び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、「（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」の1割から3割の負担が必要となります。介護職員、看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 ケアプラン（特定施設入居者生活介護計画書）の内容に基づき、サービスを実施します。

※5 ①実費（参加費、交通費、材料費等）、②付添援助（※1に定める別料金）等、事前に参加費のご案内をいたします。