

重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	森本 博
所属 職名	SOMPOケア ラヴィーレ神戸垂水 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 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 ※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 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 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 住宅型 <input type="checkbox"/> 健康型		
※1又は2 に該当す 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）	

3. 建物概要

土 地	敷地面積	5,283.98 m ² （公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測）	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら全てを所有する土地 <input type="checkbox"/> 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> / 無		
建 物	規模	5階建 棟	
	延床面積	全体	4,551.88 m ²
		うち、有料老人ホーム部分	4,551.88 m ²
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> / 無		

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 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	<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	21.15 m ²	20	介護居室個室	
Bタイプ	<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	21.15 m ²	19	介護居室個室	
Cタイプ	<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	21.15 m ²	2	介護居室個室	
Cタイプ	<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	21.15 m ²	27	一般居室個室	
Dタイプ	<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	21.15 m ²	32	一般居室個室	
※「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	チェア一浴	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			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 基 2 あり (ストレッチャー対応) 2 基 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 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> テレビ回線 有、緊急通報措置 有、電話回線 無 <共用施設の設備状況>							

	<p>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。</p> <p>全館 バリアフリー対応</p>
--	-------------------------------------------------------------------------

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>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。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>自分らしく安心な暮らしに、細やかなサポートを行い上質な暮らしを提供します。 多彩なアクティビティをご用意し、趣味活動を推進し、美味しさと栄養バランスにこだわった食事の提供を行います。 お一人おひとりの状態を考慮した「カスタムメイドケア」の実践により、自立した生活の支援を致します。 テクノロジーの活用により、介護における利用者の選択肢を増やし、介護職は人にしかできない介護に注力することで、利用者の自立支援、QOL向上を目指します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし</p>
食事の提供	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし</p>
健康管理の供与	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし</p>
生活相談サービス	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし</p>

(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	身体拘束廃止未実施減算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	入居継続支援加算	(Ⅰ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	入居継続支援加算	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	生活機能向上連携加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	個別機能訓練加算	(Ⅱ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算		<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
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	口腔衛生管理体制加算		<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
	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
	看取り介護加算	(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
	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)		有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護職員処遇改善加算)		(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
介護職員等特定処遇改善加算		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他（訪問診療医の確保）		
	※複数選択可		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 董会 名谷病院
		住所	神戸市垂水区名谷町字梨原 2350-2
		診療科目	内科、外科、他
		協力内容	健康指導、入院治療、緊急時の受け入れ、他の機関に入院を要する場合の紹介

	2	名称	北瀬循環器科内科
		住所	神戸市垂水区陸の町 1-2 サン&サンビル 2 階
		診療科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介
	3	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、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介
	4	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 舞子シティビル 1 階
		診療科目	内科、他
		協力内容	健康指導、訪問診療、緊急時の対応、入院を要する場合の他の医療機関への紹介
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	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合</p> <p>3 その他（ ）</p>
判断基準の内容	<p>（事業者からの申し出による移り住み）</p> <p>1 事業者は、入居者の心身の状況の変化により、入居時の居室では必要となる介護サービスの提供に支障をきたすこととなった場合、またはその他の事情により、入居者の居室を変更する必要があると判断する場合には、居室を変更できるものとする。なお、変更前後の居室の月額費用が異なる場合は、入居者および身元保証人の同意を得た上で、月額費用を変更することがある。</p> <p>2 事業者は、前項により居室を変更する場合は、次の各号に掲げるすべての手続きを行うものとする。</p> <p>(1) 協力医療機関の医師または主治医の意見を聴く。</p> <p>(2) 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。</p> <p>(3) 入居者および身元保証人に、変更後の居室および介護サービス等の内容、その他の権利、専有面積および階数等の変更、それらに伴う費用負担の増減の有無ならびにその内容について、説明を行う。</p>

	<p>(4) 入居者および身元保証人の同意を得る。</p> <p>(5) 変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結する。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p> <p>3 本状により居室を変更する場合、第40条第2項（明渡しおよび原状回復）の定めに従い、入居者は変更前の居室の原状回復をするものとする。</p> <p>（入居者または身元保証人からの申し出による移り住み）</p> <p>1 入居者および身元保証人は、事業者に対し、居室の変更を請求することができる。事業者は、これに応じる義務は負わないが、入居者および身元保証人の希望、本ホームおよび事業者が運営する他の有料老人ホームにおける空室の状況、他の入居希望者の状況等を踏まえ、可能な限りかかる請求に応じるものとし、入居者および身元保証人と協議の上、変更先の居室を決定するものとする。</p> <p>2 本ホーム内の変更については、変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結するものとする。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p> <p>3 事業者が運営する他ホームへの変更については、事業者の計算するところにより精算をし、退去手続きの上、再度変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結するものとする。</p> <p>4 前第2項および第3項の場合は、第40条第2項（明渡しおよび原状回復）の定めに従い、入居者は変更前の居室の原状回復をするものとする。</p>
<p>手続きの内容</p>	<p>1 協力医療機関の医師または主治医の意見を聴く。</p> <p>2 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。</p> <p>3 入居者および身元保証人に、変更後の居室および介護サービス等の内容、その他の権利、専有面積および階数等の変更、それらに伴う費用負担の増減の有無ならびにその内容について、説明を行う。</p> <p>4 入居者および身元保証人の同意を得る。</p> <p>5 変更後の居室番号、月額費用等を記載した変更覚書を締結する。ただし、料金プランが「前払い方式」または「併用方式」の場合は、事業者の計算するところにより清算をし、退去手続きの上、変更先の居室について改めて「入居契約書」を締結する。</p>
<p>追加的費用の有無</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無 （事業者側の都合の場合）</p>
<p>居室利用権の取扱い</p>	<p>上記の手続きを経て、住み替え前の介護居室の利用権をご入居者の同意を得て変動させ、新たな介護居室の利用権を設定します。</p>

前払金償却の調整の有無		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	※ 有の場合、 変更内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者
留意事項	<p>入居時、原則 60 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。 (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)</p>
契約の解除の内容	<p>(事業者の契約解除)</p> <p>1 事業者は、次の各号のいずれかに該当したときは、入居者に対し、居室の明渡しを通告し、本契約を解除することができる。</p> <p>(1)入居時の提出書類に虚偽の事項を記載し、または虚偽の資料を提出し、その他不正の手段を用いて入居したとき。</p> <p>(2)第 30 条 (入居までに支払う費用) に定める前払金または内金を事業者の定める支払期日までに支払わなかったとき</p> <p>(3)第 31 条 (入居後に支払う月額費用) に定める月額費用、その他これに準じる事業者に対する支払を2か月以上遅延し、または、正当な理由なくしばしば遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず支払わなかったとき。</p> <p>(4)建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき。</p> <p>(5)2 か月を超える長期の不在・外泊により、復帰の目途がたたず本契約を継続する意思がないものと事業者が認めたとき。</p> <p>(6)入居者の心身の状態が著しく悪化し、継続的に医療行為が必要となり、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれに対応することができないとき (かかる場合、事業者は、原則として、協力医療機関の医師または主治医の意見を聴き、一定の観察期間を置くものとする)。</p>

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

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

(9)その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他の入居者の関係者が、事業者、職員、他の入居者等に対して社会通念上許容できないような行為を行う等、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき。

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

3 事業者は、入居者または身元保証人が次の各号のいずれかに該当したときは、何らの催告・手続きを要さず、直ちに本契約を解除することができる。

(1) 第11条（反社会的勢力に関する表明・保証）に反する事実が判明したとき、または、反していると事業者が合理的に判断したとき。

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

4 事業者は、本条第1項または第3項に基づき本契約を解除した場合、入居者または身元保証人に損害が生じても、何らこれを賠償する責任を負わない。

（入居者からの契約解除）

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、解除されたものとする。

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。

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。

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 期間：6 泊 7 日を限度とする。 費用：費用 1 泊 2 日（3 食、間食付）11,000 円（税込） 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 ※	【費用負担について】 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 63	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	37	30	7	35.2
うち介護職員	33	28	5	31.2
うち看護職員	4	2	2	4
機能訓練指導員	1	0	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	5	1	4	-
その他職員	16	1	15	-

※ 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			
介護福祉士	22	22	0
実務者研修の修了者	4	4	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護職員基礎研修	1	0	1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計 1		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		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※ 【表示事項】	1	1.5 : 1 以上
		2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.0 : 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 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		3								
前年度1年間の退職者数	2	1	1	2							
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満	2	0	3			0	1			
	1年以上 3年未満		2	6							
	3年以上 5年未満			5					1		
	5年以上 10年未満			11	4	1			1		
	10年以上			3	1						
従業者の健康診断の実施状況									<input 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 type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 <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】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 有 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 減額なし(管理費) <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食費) <input 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	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	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		239,596円	239,596円	336,256円	352,926円	361,256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		21,326円	21,326円	21,326円	21,326円	21,326円
	介護保険外	食費(税込)	70,590円	70,590円	70,590円	70,590円	70,590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	30,200円	30,200円	30,200円	30,200円	30,200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 「用途」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	近傍同種の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定
敷金	家賃の 0 か月分
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない</p> <p>基礎サービス費：71,500円(税込)</p> <p>入居時自立の方、又は入居後に自立と認定され、継続して入居をする方で、ご入居者の選択により、要支援者と同等のサービスを受ける場合の費用。</p> <p>なお、個別サービスを受ける場合は、介護サービス等一覧表(自立の欄)をご参照ください。</p>
管理費	112,200円(税込)(1人あたり)

	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	30,200 円（非課税）（1 人あたり） 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	70,590 円（税込）（1 人あたり/30 日の場合） 食費に含まれるサービス：献立、栄養管理、調理配膳、食事サービス全般等。3 日前までに欠食の届出があった場合、食事ごとに返金致します。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、当日欠食分より返金いたします。 〔1 日 2,353 円/ 朝食 626 円、昼食 979 円、夕食 748 円（税込）〕 ※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、一食 640 円以下、一日累計額 1,920 円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。
光熱水費	居室電気代 一律 4,180 円（税込）1 人あたり） 居室水道代 一律 1,100（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 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、月額利用料の口座引落とし手数料

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、省略可能

費 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><標準前払金> (入居日に満75歳以上の方) $(1\text{か月分の家賃相当額}) \times (\text{想定居住期間}) + (\text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額})$にて算定。</p> <p><入居日に満75歳未満の方の前払金> 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。 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。 $\text{前払金} = \text{標準前払金} + (\text{日割額} \times \text{入居日から満75歳の誕生日前日までの日数})$ ※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。 $\text{施設利用料} = (\text{標準前払金} - \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \div 1,826\text{日} \times (\text{利用日数})$ ※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。 $\text{返還金} = (\text{標準前払金} - \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \times (1,826\text{日} - \text{入居日数}) / 1,826\text{日}$ ※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	15人	女性	60人
年齢別	65歳未満	1人	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	14人	85歳以上	57人
要介護度別	自立	1人	要支援1	13人
	要支援2	6人	要介護1	16人
	要介護2	9人	要介護3	10人
	要介護4	7人	要介護5	13人
入居期間別	6か月未満	5人	6か月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	21人	5年以上10年未満	28人
	10年以上15年未満	14人	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.0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。 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	0人	社会福祉施設	0人
	医療機関	3人	死亡者	16人
	その他	1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 ラヴィーレ神戸 垂水	お客様相談窓口
電話番号		078-704-4165	0120-65-1192
対応している 時間	平日	9:00~18:00	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00	9:00~18:00
定休日		なし	なし
窓口の名称		神戸市 福祉局 監査指導部 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		078-322-6771	078-332-5617
対応してい る時間	平日	8:45~12:00, 13:00~17: 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 (契約についてのご相談)	兵庫県福祉サービス運営適正化 委員会
電話番号		078-371-1221	078-242-6868
対応してい る時間	平日	8:45~17:30	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			
電話番号			
対応してい る時間	平日		
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日			

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 加入済み		
	2 未加入		
	※1の場合	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)		
	2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし)		
	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 利用者の意見等を把握する取組の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 取組あり 2 取組なし		
	※1の場 合	実施日・開始日	平成 年 月 日
		結果の開示	1 あり () <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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 未実施		
	※1の場 合	実施日	平成 年 月 日
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり () 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 2 未設置（代替措置あり） 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） 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 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 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） <input checked="" type="checkbox"/> 4 不適合事項なし 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 ※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） <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） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <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） <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） 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 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） <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

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

説明者署名 _____ 印

本重要事項説明書について説明を受け、その内容に同意し、受領しました。

署 名 _____ 印

- ※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、
「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省
老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容
を合わせて記載して差し支えありません。その場合、上記重要事項説明書の1から3まで及び
6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して
差し支えありません。

別紙

居室タイプ別価格表

【前払い方式】 <入居日に満 75 歳以上の方>

プラン名称	標準 前払金	(内訳)						
		月額 計	家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱水費	管理費	共用部の 家賃相当額
Aタイプ	590万	218,270円	0	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円
Bタイプ	670万	218,270円	0	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円
Cタイプ	710万	218,270円	0	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円
Dタイプ	750万	218,270円	0	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円

【月払い方式】

プラン名称	(内訳)						
	月額 計	家賃 相当額	介護 費用	食費	光熱水費	管理費	共用部の 家賃相当額
Aタイプ	314,930円	96,660円	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円
Bタイプ	323,270円	105,000円	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円
Cタイプ	331,600円	113,330円	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円
Dタイプ	339,930円	121,660円	0	70,590円	5,280円	112,200円	30,200円

前払金の保全および終身償却表

1. 前払金の保全

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

2. 標準前払金の終身償却表

(1) 標準前払金の概要

対 象 者	【表題部】「1. 契約の締結日および入居日」記載の「入居日」における入居者の年齢が、 満75歳以上 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 (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 <① × 35%>	③ 想定居住期間の家賃相当額（返還金対象額） <① - ②>	④ 日割額（1日あたりの償却額） <③ ÷ 1,826日（小数点以下切捨て）>
	満74歳	満70歳	満65歳	満60歳				
A	-	-	-	-	-	-	-	-
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"> ○ 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。 ○ 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。
計算式	75歳未満前払金 - 施設利用料 [※]
※ 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）

2022年4月1日現在

	1日につき		30日分		30日分		
	介護報酬 単位	介護報酬 の額	介護報酬 単位	介護報酬 の額	利用者負担		
					(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	197単位	2,076円	6,018単位	63,429円	6,343円	12,686円	19,029円
要支援2	337単位	3,551円	10,205単位	107,560円	10,756円	21,512円	32,268円
要介護1	602単位	6,345円	18,164単位	191,448円	19,145円	38,290円	57,435円
要介護2	675単位	7,114円	20,342単位	214,404円	21,441円	42,881円	64,322円
要介護3	751単位	7,915円	22,652単位	238,752円	23,876円	47,751円	71,626円
要介護4	822単位	8,663円	24,764単位	261,012円	26,102円	52,203円	78,304円
要介護5	898単位	9,464円	27,041単位	285,012円	28,502円	57,003円	85,504円

②

- ・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。
- ・上記の額には、夜間看護体制加算（要介護1～5の方10単位/日）、医療機関連携加算（80単位/月）、介護職員処遇改善加算Ⅰ（8.2%）、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（要介護1～5の方1.8%）を含みます。
- ・別途、個別に対応した場合に、入居継続支援加算（要介護1～5の方22単位/日）、口腔衛生管理体制加算（30単位/月）、栄養スクリーニング加算（5単位/回）、退院・退所時連携加算（要介護1～5の方30単位/日）、看取り介護加算（要支援の方を除き以下の通り）が加算されます。

<看取り加算Ⅰ>

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。

③ 運営基準で定められた「その他の費用」

項 目	金 額	内容の説明
おむつ代	「おむつ価格表」参照	利用者の希望で提供した場合（持参の場合は無料）
日用雑貨費用	歯ブラシ、化粧品等 実費	利用者の希望で提供した場合（持参の場合は無料）
クリーニング（業者依頼分）	実費	利用者の希望で提供した場合
理美容	実費	利用者の希望で提供した場合
レクリエーション・クラブ	材料費 実費	利用者の希望で提供した場合

④ 通常のサービス提供の範囲を超える費用

項 目	金 額	内容の説明
指定日以外買い物代行・支払い代行	30分以内 1,650 円（税込） 30分増すごとに 1,100 円（税込）追加	利用者の希望で行く場合
入院中の生活援助	30分以内 1,650 円（税込） 30分増すごとに 1,100 円（税込）追加 （6時～8時及び18時～22時 25%増、22時～6時 50%増）	利用者の希望で提供した場合
協力医療機関以外の薬取り	1回 330 円（税込）	利用者の希望で提供した場合

加算・減算項目の説明 <特定施設入居者生活介護>

● 入居継続支援加算（Ⅰ）：36 単位／日 （Ⅱ）：22 単位／日

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

イ 入居継続支援加算（Ⅰ）：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

ロ 入居継続支援加算（Ⅱ）：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

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

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

イ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）：次のいずれにも適合すること。

- (1) 指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーションまたはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または医師（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、ホームの機能訓練指導員等が共同して入居者の身体状態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態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基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対してサービスを行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い加算します。

イ 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ADL利得の平均値が2以上であること。

● 夜間看護体制加算 10 単位／日

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

イ 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。

ロ 看護職員により、または病院もしくは診療所もしくは指定訪問看護ステーションとの連携により、入居者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。

ハ 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者またはその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

● 若年性認知症入居者受入加算 120 単位／日

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

受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めていること。

● 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)：3単位/日 (Ⅱ)：4単位/日

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

イ 認知症専門ケア加算(Ⅰ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) ホームにおける入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の入居者（以下「対象者」といいます。）の占める割合が50%以上であること。

(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては一に当該対象者の数が19を超えて10またはその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

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

ロ 認知症専門ケア加算(Ⅱ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イの基準のいずれにも適合すること。

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

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

● 医療機関連携加算 80単位/月

看護職員が、入居者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該入居者の同意を得て、協力医療機関または入居者の主治の医師に対して、入居者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合に加算します。

● 口腔衛生管理体制加算 30単位/月

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するホームにおいて、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言および指導を月1回以上行っている場合に加算します。

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

ロ 人員基準欠如に該当していないこと。

● 口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回

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

人員基準欠如に該当していないこと。

● 退院・退所時連携加算 30 単位／日

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

● 科学的介護推進体制加算 40 単位／月

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

- (1) 入居者ごとの A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
- (2) 必要に応じて介護計画を見直すなどサービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

● 看取り介護加算(Ⅰ)

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

- (1) 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者またはその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- (2) 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員（新設）その他の職種の者による協議の上、当該指定特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- (3) 看取りに関する職員研修を行っていること

● 看取り介護加算(Ⅱ)

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

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

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

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

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

(1) 次のいずれかに適合すること。

- ① ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 70%以上であること。
- ② ホームの介護職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25%以上であること。

(2) 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していること。

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

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

(1) ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること

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

(1) 次のいずれかに適合すること。

- ① ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上であること。
- ② ホームの看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上であること。
- ③ サービスを入居者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること

● 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)：8.2%

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

● 介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)：1.8% (Ⅱ)：1.2%

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

● 身体拘束廃止未実施減算 10%

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

別添1 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
<居宅サービス>		
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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無	
居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無	
通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無	
短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
短期入所療養介護	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無	
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
夜間対応型訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
小規模多機能型居宅介護	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
看護小規模多機能型居宅介護	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
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問入浴介護	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防短期入所療養介護	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
特定介護予防福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無	
<地域密着型介護予防サービス>		
介護予防認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防小規模多機能型居宅介護	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
<介護福祉施設>		
介護老人福祉施設	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護老人保健施設	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護療養型医療施設	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護医療院	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 入居者生活介護	2	8	7	0	8	0	0	8	6	5	〒655-0034 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 入居者生活介護	2	8	7	0	5	0	1	4	6	3	〒652-0815 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 入居者生活介護	2	8	7	0	8	0	1	8	8	9	〒655-0043 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 入居者生活介護	2	8	7	5	2	0	4	6	5	9	〒651-2113 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 入居者生活介護	2	8	7	0	8	0	3	9	6	8	〒655-0852 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 入居者生活介護	2	8	7	0	2	0	2	7	4	0	〒657-0015 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 応型協同生活介護	2	8	7	5	2	0	0	9	2	1	〒651-2113 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 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 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 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 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 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										

介護サービス等の一覧表

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

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

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。
30分1,650円、以降30分毎に1,100円（6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増）
なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合です。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

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

※4 計画書に基づいて実施

金額はすべて税込金額となっております。

介護サービス等の一覧表

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

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

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。
30分1,650円、以降30分毎に1,100円（6時～8時及び18時～22時25%増、22時～6時50%増）
なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は介護保険給付に含まれます。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合です。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

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

※4 計画書に基づいて実施

金額はすべて税込金額となっております。

オムツ価格表

(SOMPOケア ラヴィーレ・トレクォーレ)

(最終改定：2020年4月1日)

1. オムツ価格

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

- 価格は、2020年4月1日現在の販売価格（非課税）を表示している。
- 価格は、メーカーの商品の改廃、市場価格の変動により変更する場合がある。
- 販売は、1袋単位の販売となる。
- 表示の販売価格は、廃棄料を含む
- 買物代行サービスにて購入した市販品については、購入代金と廃棄料の合計額の請求となる。
- おむつを持込む場合は、2. 「オムツ廃棄料」記載の費用を別途請求するものとする。

2. オムツ廃棄料

- 廃棄料は、次の計算式および表より算出する。

・1枚あたりの廃棄料単価×1袋の入数=1袋あたりの廃棄料

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