

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2022 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 中島 敏彰 |
| 所属・職名 | 内部監査部 行政課 |
| 取込種別 | 1 追加 |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-----------------------|-----------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) そんぽけあかぶしきがいしゃ | |
| | SOMPOケア株式会社 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 1260001015656 |
| 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 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | 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 | ※別添1（別を実施する介護サービス一覧表） | |

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | | | | | | |
|---------------|------------------------|--|-------------------|------------|---|------|---|
| 名称 | (ふりがな) そんぽけあ らづいーれはんのう | | | | | | |
| | SOMPOケア ラヴィーレ飯能 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 357 | - | 0036 | | | |
| | 埼玉県飯能市南町2番7号 | | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | SOMPOケア ラヴィーレ飯能 | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 埼玉県 | 市区町村 | 112097 飯能市 | | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 西武池袋線「飯能」 駅 | | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | ①電車の場合 西武池袋線「飯能」駅より徒歩5分(約400m) ②自動車の場合 青梅ICより約33分(27km) | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042 | - | 983 | - | 4165 | |
| | FAX番号 | 042 | - | 971 | - | 3157 | |
| | メールアドレス | lv_hannou @ sompocare.com | | | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | |
| | ホームページアドレス | https:// | www.sompocare.com | | | | |
| 管理者 | 氏名 | 渡邊 明 | | | | | |
| | 職名 | ホーム長 | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2015 | 年 | 5 | 月 | 31 | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2018 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|---|---|---|---|
| 類型 | 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 1172601096 | | | | | |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 | | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2018 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 |
| | 指定の更新日（直近） | | 年 | | 月 | | 日 |

3 建物概要

| | | | | | | |
|----|---------|-----------------|-------------------------|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 1,946.87 | m ² | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | | | |
| | | 契約期間 | 開始 | | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 |
| | | | 終了 | | | |
| | | 年 | 月 | 日 | | |
| | 契約の自動更新 | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2,599.44 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,599.44 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | |

| | | | | | | |
|------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|----------|----------|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 1 あり | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | |
| | | | | 開始 | | |
| | | | | 2015 年 7 月 1 日 | | |
| | | 契約の自動更新 | | 終了 | | |
| | 2040 年 6 月 30 日 | | | | | |
| | 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | |
| 2 相部屋ありの場合 | | | | | | |
| 最少 | | | 人部屋 | | | |
| 最大 | | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 |
| タイプ1 | | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 3 | 3 介護居室個室 |
| タイプ2 | | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 14 | 3 介護居室個室 |
| タイプ3 | | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 31 | 3 介護居室個室 |
| タイプ4 | | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 13 | 3 介護居室個室 |
| タイプ5 | | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 5 | 3 介護居室個室 |
| タイプ6 | 1 有 | 2 無 | 18 m ² | 9 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ7 | | | m ² | | | |
| タイプ8 | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | |

| | | | | | | |
|---------|------------------|----------------|---------|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 6 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2 | ヶ所 | 個室 | 1 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 1 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 2 | ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | その他 | | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 入居者の意思を尊重し、心身の特性にあわせた自立支援サービスを提供することを通じて、生活の質の向上を目指す。また、地域とのかかわりを深め、入居者の地域での暮らしを支える。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 自分らしく安心な暮らしに、細やかなサポートを行い上質な暮らしを提供します。多彩なアクティビティをご用意し、趣味活動を推進し、美味しさや栄養バランスにこだわった食事の提供を行います。(続きは備考欄に記載) |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | |
|--------------------------------|---------------|------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 2 | なし |
| | | (II) | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ | 2 | なし |
| (I)ロ | | 2 | なし | |
| (II) | | 1 | あり | |
| (III) | | 2 | なし | |

| | | | | |
|----------------------|---------------|---------------|---|-----|
| | 介護職員処遇改善加算 | (I) | 1 | あり |
| | | (II) | 2 | なし |
| | | (III) | 2 | なし |
| | | (IV) | 2 | なし |
| | | (V) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (I) | 1 | あり |
| | | (II) | 2 | なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | 2 なし | | |
| | | 1 ありの場合 | | |
| | | (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="radio"/> | 救急車の手配 | |
| | | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い | |
| | | <input type="radio"/> | 通院介助 | |
| | | | その他 | |
| 1 | 名称 | 医療法人 元気会 わかさクリニック | | |
| | 住所 | 埼玉県所沢市若狭4-2468-31 | | |
| | 診療科目 | 内科、他 | | |
| | 協力科目 | 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。 | | |

| | | | |
|----------|---|------|-------------------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人 桜樹会 さくらぎ入間歯科 |
| | | 住所 | 埼玉県入間市豊岡1丁目13番2号1 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------------|--|------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 一時介護室へ移る場合 | |
| | ○ | 介護居室へ移る場合 | |
| | | その他 | |
| 判断基準の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者からの申し出による移り住み（入居契約書第22条に規定あり） ・入居者または身元保証人からの申し出による移り住み（入居契約書第23条に規定あり） | | |
| 手続きの内容 | 同上 | | |
| 追加的費用の有無 | 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 変更後の居室に利用権が移行する | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の 変更 | 面積の増減 | 2 なし | |
| | 便所の変更 | 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 2 なし | |
| | 台所の変更 | 2 なし | |
| | その他の変更 | 2 なし | |
| 1 ありの場合 | | (変更内容) | |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|--|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり |
| | 要介護の者 | 1 あり |
| 留意事項 | 入居時、おおむね60歳以上の方で、伝染性疾患のない要支援・要介護の方。反社会的勢力に該当せず、原則として確実な保証人がいる方（前払金、家賃相当額、月々の生活費を支弁できる方）。 | |
| 契約解除の内容 | 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。（入居契約書第36条に規定あり） | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第35条に規定あり（下記解約予告期間は最短の場合） |
| | 解約予告期間 | 0 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (内容) | 期間：6泊7日を限度とする 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 | 75 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。 | |

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1 ※2 |
|--|----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | 25 | 16 | 9 | 22.1 |
| 介護職員 | 22 | 14 | 8 | 19.4 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.7 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 2 | 1 | 1 | 1.4 |
| その他職員 | 5 | | 5 | 3.2 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 40 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要 | | | | |

（資格を有している介護職員の人数）

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 13 | 8 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 4 | 4 | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 介護支援専門員 | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 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 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (17 時 0 分 ~ 10 時 0 分) | | |
|----------|-------------------------|---|-----------------|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | | 人 | 人 |
| 介護職員 | 3 | 人 | 2 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | | |
|--|------------------------------------|------------|-----|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | d 3 : 1 以上 | |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.9 | : 1 |
| ※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | | |
| | 訪問看護事業所の名称 | | |
| | 通所介護事業所の名称 | | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|---------|------|------|-----|-------|-----|---------|-------|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | 介護福祉士 | | |
| 資格等の名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 5 | 1 | | | | | | |
| に業務に応じた従事した経験年数 人数 | 1年未満 | | 1 | | 2 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 7 | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 4 | 2 | 1 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | | 3 | 4 | | | 1 | | 1 | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | | プラン2 | | |
|------------|------------------|-----------|----------------|---------|----------------|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護2 | | 要介護2 | | |
| | 年齢 | 満75歳以上 | 歳 | - | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18 | m ² | 18 | m ² | |
| | 便所 | 1 | 有 | 1 | 有 | |
| | 浴室 | 2 | 無 | 2 | 無 | |
| | 台所 | 2 | 無 | 2 | 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 5,280,000 | 円 | 0 | 円 | |
| | 敷金 | 0 | 円 | 0 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 170,190 | 円 | 263,190 | 円 | |
| 家賃 | | 0 | 円 | 88,000 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 18,120 | 円 | 18,120 | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 59,070 | 円 | 59,070 | 円 |
| | | 管理費 | 55,000 | 円 | 55,000 | 円 |
| | | 介護費用 | 0 | 円 | 0 | 円 |
| | | 光熱水費 | 5,500 | 円 | 5,500 | 円 |
| | | その他 | 32,500 | 円 | 37,500 | 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 家賃 | 支払地代家賃額を考慮し、近隣の同業種の家賃額と同水準に設定 |
| 敷金 | 家賃の 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。 | 設定なし |

| | |
|----------------------|---|
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費および事務費 |
| 食費 | 1日1,969円〔朝食529円、昼食814円、夕食626円〕(税込)。食費は1日単位。上記は1か月30日の場合の費用。 |
| 光熱水費 | 居室電気代：4,180円(税込)、居室水道代：1,320円(税込) |
| 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 | ○別添2(別紙)、別添3-1、別添3-2、別添4参照。 ○6 利用料金(利用料金のプラン)月額費用の合計(サービス費用・その他)は共用部家賃相当額：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。 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|--|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | 要介護度に応じて介護費用の※「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額を徴収する。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス) | 設定なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|--|
| 算定根拠 | | 想定居住期間の家賃相当額および想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。 |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | 60 ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 前払金から利用日数に応じた施設利用料を差し引いた全額を返還する。 |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | 入居日から契約終了日までの日数が5年 (1,826日) 未満の場合には、所定の計算に基づき算出した額を返還する。 |
| 前払金の保全先 | 3 信託契約を行う信託会社等 | |
| | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 名称 | みずほ信託銀行株式会社 |

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | | |
|-------|------------|----|---|
| 性別 | 男性 | 21 | 人 |
| | 女性 | 52 | 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 | 15 | 人 |
| | 85歳以上 | 56 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 7 | 人 |
| | 要支援 2 | 8 | 人 |
| | 要介護 1 | 24 | 人 |
| | 要介護 2 | 8 | 人 |
| | 要介護 3 | 14 | 人 |
| | 要介護 4 | 8 | 人 |
| 入居期間別 | 要介護 5 | 4 | 人 |
| | 6ヶ月未満 | 10 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 43 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 16 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 0 | 人 |
| | 15年以上 | 0 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 88.8 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 73 | 人 |
| 入居率※ | 97.3 | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | | |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|----------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 2 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 | 人 |
| | 医療機関 | 4 | 人 |
| | 死亡 | 12 | 人 |
| | その他 | 0 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 18 | 人 |
| | | (解約事由の例) | |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|---------------------------|---|-----|---|------|----|---|---|---|
| 窓口の名称 | | SOMPOケア ラヴィーレ飯能 生活相談員担当窓口 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 042 | - | 983 | - | 4165 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| 定休日 | | なし | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--|--|---|----|---|-----|----|---|----|------|
| 窓口の名称 | | | SOMPOケア お客様相談窓口 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 0120 | | - | | 65 | | - | | 1192 |
| 対応している時間 | 平日 | | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 18 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土曜日、日曜日、祝日、年末年始は定休日です。 この際は事業所にご連絡ください。 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | 飯能市 福祉部 介護福祉課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 042 | | - | | 973 | | - | | 2118 |
| 対応している時間 | 平日 | | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 15 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土日祝休日、12月29日～翌年1月3日 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | 埼玉県 国民健康保険団体連合会 苦情専用 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 048 | | - | | 824 | | - | | 2568 |
| 対応している時間 | 平日 | | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | 土日祝休日、12月29日～年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | - | | | | - | | |
| 対応している時間 | 平日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 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 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 損害保険ジャパン株式会社「企業総合賠償責任保険」 |
| 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 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 施設の緊急対応マニュアルに沿って、医療機関と連絡を取り適切に処理。家族及び身元保証人へ連絡し、対処方法を相談。 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | |
|----------------------------------|---------|------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 随時 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | |
|--|----------------------------|---------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 2 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | 当社運営ホーム |
| | 1 代替措置ありの場合 | |
| 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 | (内容) | |
| | 1 あり | |
| | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| 高齢者の居住の安定確保 に関する法律第5条第1 項に規定するサービス付 き高齢者向け住宅の登録 | 合致しない事項がある場合の内容 | |
| | 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | |
| | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模及び 構造設備」に合致しない 事項 | なし | |
| | なし | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | なし | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | 不適合事項がある 場合の内容 | |
|--|-------------------|--|

備考

4 サービス内容 (1)全体の方針「サービスの提供内容の特色(続き)」
 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。

6 利用料金(利用料金の支払い方法)「入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い」
 ・減額なし(管理費)
 ・日割り計算で減額(食費)
 ・入居・退去のとき…日割請求、1か月不在のとき…請求なし、1～15日間不在のとき…全額請求、16日以上不在のとき…半額請求(光熱水費)

6 利用料金(利用料金のプラン)「特定施設入居者生活介護の費用欄」に記載の金額は、基本報酬(要介護2・1日につき604単位)×30日×地域単価10.0×自己負担1割の場合(加算および地域区分別の単価は含まず)

◎欄外記載以外の添付書類
 ・別添2(別紙) 介護サービス等の一覧表
 ・別添3-1 特定施設入居者生活介護等利用料金表
 ・別添3-2 加算・減算項目の説明
 ・別添4 短期利用の概要

添付書類： 別添1(別の実施する介護サービス一覧表)
 別添2(個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

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。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|----------------------------|--------------------------------|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | 1 有 | SOMPOケア さいたま大宮西 訪問介護 | さいたま市大宮区桜木町4- 702-1 秀宝ビル4F | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 1 有 | SOMPOケア 北越谷 訪問看護 | 越谷市北越谷4-23-8 ルミエール北 越谷 1F | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 1 有 | SOMPOケア 杉戸 デイサービス | 北葛飾郡杉戸町下野914-6 丸 林貸店舗 1F | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | SOMPOケア ラヴィーレ戸田 | 戸田市大字新曽297-2 | | |
| 福祉用具貸与 | 1 有 | SOMPOケア 埼玉 福祉用具 | さいたま市大宮区東町1-198番 地 サイトビル102 | | |
| 特定福祉用具販売 | 1 有 | SOMPOケア 埼玉 福祉用具 | さいたま市大宮区東町1-198番 地 サイトビル102 | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1 有 | SOMPOケア さいたま大宮東 定期巡回 | さいたま市大宮区天沼町1-56- 2 ワールドビル2F | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型通所介護 | 1 有 | SOMPOケア ハッピーデイズ入 間 | 入間市宮前町3-26 | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 1 有 | SOMPOケア 北越谷 小規模多 機能 | 越谷市北越谷1-18-2 | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 認知症対応型共同生活介護 | 1 有 | SOMPOケア そんぼの家GH北 越谷 | 越谷市北越谷1-18-2 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 1 有 | SOMPOケア さいたま大宮西 居宅介護支援 | さいたま市大宮区桜木町4- 702-1 秀宝ビル4F | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 1 有 | SOMPOケア 北越谷 訪問看護 | 越谷市北越谷4-23-8 ルミエール北 越谷 1F | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有 | SOMPOケア ラヴィーレ戸田 | 戸田市大字新曽297-2 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | 1 有 | SOMPOケア 埼玉 福祉用具 | さいたま市大宮区東町1-198番 地 サイトビル102 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 1 有 | SOMPOケア 埼玉 福祉用具 | さいたま市大宮区東町1-198番 地 サイトビル102 | | |
| ＜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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 1 有 | SOMPOケア 北越谷 小規模多 機能 | 越谷市北越谷1-18-2 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 1 有 | SOMPOケア そんぼの家GH北 越谷 | 越谷市北越谷1-18-2 | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|----------------------------|-------------------------------|--|--|
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 1 有 | SOMPOケア さいたま大宮西 訪問介護 | さいたま市大宮区桜木町4- 702-1 秀宝ビル4F | | |
| 通所型サービス | 1 有 | SOMPOケア 杉戸 デイサービス | 北葛飾郡杉戸町下野914-6 丸 林貸店舗 1F | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | | 1 あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------|------|----------|--|------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス (利用者が全額負担) | | | | 備考 | |
| | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | | |
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 自立および介護専用型の要支援1・2の方は個別の利用料金あり（別添2別紙に規定） | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 自立および介護専用型の要支援1・2の方は個別の利用料金あり（別添2別紙に規定） | |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | 実費 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは回数上限あり（別添2別紙に規定） | |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは要介護度別の設定あり（別添2別紙に規定） | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | 自立および介護専用型の要支援1・2の方は個別の利用料金あり（別添2別紙に規定） | |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | 自立および介護専用型の要支援1・2の方は個別の利用料金あり（別添2別紙に規定） | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは協力医療機関に限る | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは回数上限あり（別添2別紙に規定） | |
| リネン交換 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは回数上限あり（別添2別紙に規定） | |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは回数上限あり（別添2別紙に規定） | |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | | | | | |
| おやつ | | | | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費 | | |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは週1回指定日に限る | |
| 役所手続き代行 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | | |
| 金銭・貯金管理 | | | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 実費 | | |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | | | | | |
| 服薬支援 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 2 なし | | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービスは協力医療機関に限る | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 別添2別紙に規定 | | |
| 入院中に見舞い訪問 | 2 なし | 2 なし | | | | | |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用者費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

介護サービス等の一覧表

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

| 要介護認定区分 | 自立 | | 要支援1 | | 要支援2 | | 要介護1 | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| サービスの分類 | 前払金及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴収する サービス | 介護保険給付・ 前払金及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴収する サービス | 介護保険給付・ 前払金及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴収する サービス | 介護保険給付・ 前払金及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴収する サービス |
| <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 | 未入浴時 状態に応じて※4 | 週 2回 | 未入浴時 状態に応じて※4 | 週 2回 | 未入浴時 状態に応じて※4 |
| 清拭 | — | 1回 3,300円 | — | — | — | — | — | — |
| 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 | — |
| 行動障害対応※2 | — | 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 | — |
| ○機能訓練 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| ○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 | — | 週2回及び必要時 | — | 週2回及び必要時 | — |
| リネン交換 | — | 1回 880円 | 週1回及び必要時 | — | 週1回及び必要時 | — | 週1回及び必要時 | — |
| 洗濯（業者依頼分） | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 |
| ○居室配膳・下膳 | — | 1食 220円 | 状態に応じて※4 | 希望による援助 実施は自立と同 額 | 状態に応じて※4 | 希望による援助 実施は自立と同 額 | 状態に応じて※4 | 希望による援助 実施は自立と同 額 |
| ○理美容 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 |
| ○代行 | | | | | | | | |
| 買物 | — | 別料金※1 | 週1回 指定日 | *指定日以外は 別料金※1 | 週1回 指定日 | *指定日以外は 別料金※1 | 週1回 指定日 | *指定日以外は 別料金※1 |
| 役所手続き | — | 別料金※1 | — | 別料金※1 | — | 別料金※1 | — | 別料金※1 |
| ○日用雑貨費用 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 |
| <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※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| 夜間 18:00～9:00 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| ○食事介助 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| ○排泄 | | | | | | | | |
| 排泄介助 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| おむつ交換 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| おむつ代 | — | 実費/持込 | — | 実費/持込 | — | 実費/持込 | — | 実費/持込 |
| ○入浴 | 週 2回 | 希望による週3回目からの援助実施は1回1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 |
| 一般浴介助 | 週 2回 | | 週 2回 | | 週 2回 | | 週 2回 | |
| 清拭 | 未入浴時状態に応じて※1 | | 未入浴時状態に応じて※1 | | 未入浴時状態に応じて※1 | | 未入浴時状態に応じて※1 | |
| 特浴介助 | — | | — | | — | | — | |
| ○身辺介助 | | | | | | | | |
| 体位交換 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| 居室からの移動 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| 衣類の着脱 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| 身だしなみ介助 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| 行動障害対応※2 | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — | 状態に応じて※1 | — |
| ○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※1 | 希望による援助実施は自立と同額 | 状態に応じて※1 | 希望による援助実施は自立と同額 | 状態に応じて※1 | 希望による援助実施は自立と同額 | 状態に応じて※1 | 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※1 | 薬剤管理※3 | 状態に応じて※1 | 薬剤管理※3 | 状態に応じて※1 | 薬剤管理※3 | 状態に応じて※1 | 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 | 協力医療機関以外実費 | 協力医療機関へ移送 | 協力医療機関以外実費 | 協力医療機関へ移送 | 協力医療機関以外実費 | 協力医療機関へ移送 | 協力医療機関以外実費 |
| ○入院中の生活援助 | — | 別料金※1 | — | 別料金※1 | — | 別料金※1 | — | 別料金※1 |
| <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。

特定施設入居者生活介護等利用料金表



1. 適用される地域区分および地域単価

| | | | |
|-----------|-----|--------|-------|
| 適用される地域区分 | 6級地 | (地域単価) | 10.27 |
|-----------|-----|--------|-------|

2. (介護予防) 特定施設入居者生活介護費 (1か月30日、金額の目安)

2021/4/1現在

| 要介護認定 | 介護給付費 (単位/日) | 介護給付費の 額 (円/日) | 介護給付費の目 安 (円/30日) | 自己負担額 (円/30日) | | |
|-------|-----------------|-------------------|----------------------|---------------|---------|---------|
| | | | | (1割) | (2割) | (3割) |
| 要支援 1 | 182単位 | 1,869円 | 56,074円 | 5,608円 | 11,215円 | 16,823円 |
| 要支援 2 | 311単位 | 3,193円 | 95,819円 | 9,582円 | 19,164円 | 28,746円 |
| 要介護 1 | 538単位 | 5,525円 | 165,757円 | 16,576円 | 33,152円 | 49,728円 |
| 要介護 2 | 604単位 | 6,203円 | 186,092円 | 18,610円 | 37,219円 | 55,828円 |
| 要介護 3 | 674単位 | 6,921円 | 207,659円 | 20,766円 | 41,532円 | 62,298円 |
| 要介護 4 | 738単位 | 7,579円 | 227,377円 | 22,738円 | 45,476円 | 68,214円 |
| 要介護 5 | 807単位 | 8,287円 | 248,636円 | 24,864円 | 49,728円 | 74,591円 |

※新型コロナウイルス対応の時限措置として、2021年9月30日までの間は、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を加算します。

3. 加算給付費

2021/10/1現在

| 加算内容 | 届出 | 介護給付費 (単位) | 介護給付費の 額 (円) | 介護給付費の 目安 (円/30) | 自己負担額 (円/30日) | | |
|----------------|-------------------|----------------------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------|--------|
| | | | | | (1割) | (2割) | (3割) |
| 入居継続支援加算 | 無 | - /日 | - /日 | - /30日 | - | - | - |
| 生活機能向上連携加算 | 無 | - /月 | - /月 | - /月 | - | - | - |
| 個別機能訓練加算 (I) | 無 | - /日 | - /日 | - /30日 | - | - | - |
| 個別機能訓練加算 (II) | 無 | - /月 | - /月 | - /月 | - | - | - |
| A D L 維持等加算 | 無 | - /月 | - /月 | - /月 | - | - | - |
| 夜間看護体制加算 | 有 | 10単位 /日 | 102円 /日 | 3,081円 /30日 | 309円 | 617円 | 925円 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 無 | - /日 | - /日 | - /30日 | - | - | - |
| 認知症専門ケア加算 | 無 | - /日 | - /日 | - /30日 | - | - | - |
| 医療機関連携加算 | - | 80単位 /月 | 821円 /月 | 821円 /月 | 83円 | 165円 | 247円 |
| 口腔衛生管理体制加算 | - | 30単位 /月 | 308円 /月 | 308円 /月 | 31円 | 62円 | 93円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | - | 20単位 /回 | 205円 /回 | 205円 /回 | 21円 | 41円 | 62円 |
| 退院・退所時連携加算 | - | 30単位 /日 | 308円 /日 | 9,243円 /30日 | 925円 | 1,849円 | 2,773円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 有 | 40単位 /月 | 410円 /月 | 410円 /月 | 41円 | 82円 | 123円 |
| 看取り介護加算 | ① 死亡日以前31日以上45日以下 | 72単位 /日 | 739円 /日 | 739円 /日 | 74円 | 148円 | 222円 |
| | ② 死亡日以前4日以上30日以下 | 144単位 /日 | 1,478円 /日 | 1,478円 /日 | 148円 | 296円 | 444円 |
| | ③ 死亡日以前4日または3日 | 680単位 /日 | 6,983円 /日 | 6,983円 /日 | 699円 | 1,397円 | 2,095円 |
| | ④ 死亡日 | 1,280単位 /日 | 13,145円 /日 | 13,145円 /日 | 1,315円 | 2,629円 | 3,944円 |
| サービス提供体制強化加算 | (III) | 6単位 /日 | 61円 /日 | 1,848円 /30日 | 185円 | 370円 | 555円 |
| 介護職員処遇改善加算 | (I) | (介護予防) 特定施設単位数+加算単位数 × | | | 8.2% | × 地域区分単価 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | (II) | (介護予防) 特定施設単位数+加算単位数 × | | | 1.2% | × 地域区分単価 | |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 無 | 身体的拘束に係る運営項目に違反した場合、基本単位数より10%の減 | | | | | |

・消費税は非課税

【自己負担額の計算方法】

- ① 介護給付費の目安 (30日) : 介護給付費 (単位/日) × (地域単価) × (利用日数) …ア (小数点切り捨て)
 ② 法定代理受領分 : ア × (1-介護保険被保険者証に記載された負担割合) …イ (小数点切り捨て)
 ③ 自己負担分 : アーイ

加算・減算項目の説明 〈特定施設入居者生活介護〉

● 入居継続支援加算(Ⅰ)：36単位/日 (Ⅱ)：22単位/日

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

イ 入居継続支援加算(Ⅰ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

ロ 入居継続支援加算(Ⅱ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

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

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

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

イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)：次のいずれにも適合すること。

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

ロ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)：次のいずれにも適合すること。

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

● 個別機能訓練加算(Ⅰ)：12単位/日 (Ⅱ)：20単位/月

専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師またはきゅう師（以下「理学療法士等」といいます。）を1名以上配置しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合に加算します。また、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算(Ⅱ)として、加算します。

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

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

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

- (1) 評価対象者の総数が10人以上であること。
- (2) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から起算して6月目においてA D L を評価し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。
- (3) 評価対象者の評価対象期間開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したA D L 値から評価対象利用開始月に測定したA D 値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値が1以上であること。

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

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

● 夜間看護体制加算 10単位/日

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

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ADL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1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。

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの内容

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

2 利用料

| 費用の支払い方法 ※ | 日額利用料その他は、利用終了時に全額払い。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------|------|-------|------|-------|-----|--|----|--------|------|--------|------|------|--------|------|------|--------|------|------|--------|------|------|--------|------|
| 1泊2日あたりの利用料 | 5,090 円（税込） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 料金プラン | 利用料 | 内訳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 税込（円） | 5,090 | 2,937 | 0 | 1,969 | 184 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 算定根拠 | 管理費 | 短期利用における管理費の1日あたりの額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護費用 | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 食費 | 月払い方式で定める食費の1日あたりの額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 光熱水費 | 月払い方式で定める光熱水費の1日あたり額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 家賃相当額 | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1泊2日あたりの利用料に含まれない実費負担等 | 医療費、おむつ代、日用品代、嗜好品、個別外出加助、週2回を超える入浴費用、協力医療機関以外への通院加助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクリエーション活動時の材料等の実費、理美容費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険に係る利用料 *（自己負担が1割の場合） | 特定施設入居者生活介護 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>日額</th> <th>自己負担額*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>6,387円</td> <td>639円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>7,127円</td> <td>713円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>7,918円</td> <td>792円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>8,647円</td> <td>865円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>9,427円</td> <td>943円</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | 日額 | 自己負担額* | 要介護1 | 6,387円 | 639円 | 要介護2 | 7,127円 | 713円 | 要介護3 | 7,918円 | 792円 | 要介護4 | 8,647円 | 865円 | 要介護5 | 9,427円 | 943円 |
| | 日額 | 自己負担額* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 6,387円 | 639円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 7,127円 | 713円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 7,918円 | 792円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 8,647円 | 865円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 9,427円 | 943円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *実際の自己負担額の割合は、介護保険負担割合証に記載の割合となります。 | 夜間看護体制加算（無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有） 認知症専門ケア加算（ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有） サービス提供体制強化加算Ⅱ（無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有） 介護職員処遇改善加算Ⅰ（無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有） 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3 その他

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