

重要事項説明書

作成日 2021年 7月 1日

※ 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、以下の1から3までの内容については、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。

1 事業主体概要

事業主体名	SOMPOケア株式会社
代表者名	代表取締役 遠藤 健
所在地	東京都品川区東品川四丁目12番8号
電話番号／FAX番号	03-6455-8560／03-5783-4170
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com
設立年月日	平成9年5月26日
直近の事業収支決算額※	(収益)131,794百万円(費用)117,368百万円(損益)14,425百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、居宅サービス事業

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費および及び一般管理+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	SOMPOケア ラヴィーレ大磯	
所在地	神奈川県中郡大磯町国府新宿374-1	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (<input type="checkbox"/> 一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号 1471300838 指定年月日 平成30年7月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (ご入居者、保証人の希望により弊社が運営する他のホームへの住み替え可)
開設年月日	平成30年 7月 1日	
管理者氏名	轟 梅次	
電話番号／FAX番号	0463-70-1165／0463-70-1161	
メールアドレス	lv_oiso@sompocare.com	

交通の便	JR東海道線「二宮」駅より徒歩17分、バス「平塚駅北口」行き(約3分) バス停「槇の木」下車徒歩約1分				
ホームページアドレス	https://www.sompocare.com				
敷地概要	権利形態 (借地の場合の契約形態) (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無)	所有・借地 通常借地契約・定期借地契約 年月日～年月日 無・有			
	敷地面積	2,764.27㎡			
	抵当権の設定	無・有			
建物概要	権利形態 (借家の場合の契約形態) (借家の場合の契約期間) (通常借家契約における自動更新条項の有無)	所有・借家 通常借家契約・定期借家契約 平成22年2月1日～平成47年1月31日 無・有			
	建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上4階建(耐火・準耐火・その他)			
	延床面積	3,494.91㎡(うち有料老人ホーム 3,494.91㎡)			
	建築年月日	平成21年12月31日建築			
	改築年月日	年月日改築			
	建築確認時の主要用途	有料老人ホーム・その他()			
	抵当権の設定	無・有			
居室概要	居室総数 70室 定員 70人(一時介護室を除く)				
	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり				
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積 室数
	Aタイプ	1人	無・有	無・有	19.20㎡ 9室
	Bタイプ	1人	無・有	無・有	19.20㎡ 10室
	Cタイプ	1人	無・有	無・有	19.20㎡ 9室
	Dタイプ	1人	無・有	無・有	19.20㎡ 9室
	Eタイプ	1人	無・有	無・有	19.20～20.48㎡ 14室
	Fタイプ	1人	無・有	無・有	20.15㎡ 1室
	Gタイプ	1人	無・有	無・有	19.20㎡ 9室
	Hタイプ	1人	無・有	無・有	19.20㎡ 9室
共用設備概要	食堂	無・有 (1階・223.65㎡)			
	浴室	一般浴槽	無・有 (2・3階・5.68㎡～7.62㎡)		
		リフト浴	無・有 (階・㎡)		
		ストレッチャー浴	無・有 (2階・11.56㎡)		
	便所	無・有 (各階・3.38㎡～6.46㎡)			
	洗面設備	無・有 (各階・各居室に設置)			
	医務室(健康管理室)	無・有 (2階・25.20㎡)			
	談話室	無・有 (各階・12.80㎡～51.00㎡)			
	面談室	無・有 (1階・18.86㎡)			
	事務室	無・有 (1階・38.06㎡)			
	洗濯室	無・有 (1階・19.07㎡)			
	汚物処理室	無・有 (1階・6.98㎡)			
		(2階・3.51㎡)			
		(3階・3.29㎡)			
		(4階・4.50㎡)			

	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (2階・ 7.26㎡) (3・4階・10.03㎡)	
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)	
	健康・生きがい施設	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (1階)	
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可 2基)	
	居室のある区域の廊下幅	(1.80 m ~ 1.80m)	
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>)	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	指定されている危険区域		
	1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()		
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要			

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ 月払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式						
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)						
プラン名	月額 利用料	(内訳)					
		家賃	管理費	共用部の 家賃相当額	介護 費用	食費	光熱水費
Aタイプ (月払い)	297,600	90,000	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Bタイプ (月払い)	300,930	93,330	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Cタイプ (月払い)	307,600	100,000	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Dタイプ (月払い)	314,260	106,660	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Eタイプ (月払い)	320,930	113,330	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Fタイプ (月払い)	340,930	133,330	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Gタイプ (月払い)	354,260	146,660	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Hタイプ (月払い)	360,930	153,330	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Aタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Bタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Cタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280

プラン名	月額 利用料	(内訳)					
		家賃	管理費	共用部の 家賃相当額	介護 費用	食費	光熱水費
Dタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Eタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Fタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Gタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
Hタイプ (前払い)	207,600	0	102,300	32,700	0	67,320	5,280
額 利 用 料 の 算 定 根 拠	家賃	(月払い方式) 近傍の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定 家賃相当額の一部を前払金として一括受領します。					
	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					
	共用部の家賃相当額	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					
	介護費用						
	食費	67,320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。 但し、緊急入院等、不測の事態と事業者が認めた場合に限り、当日欠食 分より返金いたします。 〔1日2,244円/朝食594円、昼食935円、夕食715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円(税込)(1人あたり) ⇒過去実績より平均を算出、一律に設定					
前払金		(前払い方式) Aタイプ540万円 Bタイプ560万円 Cタイプ600万 円 Dタイプ640万円 Eタイプ680万円 Fタイプ800万円 Gタイ プ880万円 Hタイプ920万円					
算定根拠		<標準前払金> (1か月分の家賃相当額)×60か月(想定居住期間)+(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)より設定 <入居日に満75歳未満の方の前払金の算定方法> 前払金=標準前払金+(日割額×入居日から満75歳の誕生日前日ま での日数)					
償却開始日		入居日とします。					
返還対象としない額		標準前払金の35%の額					

契約終了時の返還金の算定方法	<p>入居契約書第 32 条に定める各事由に基づき契約終了したとき、入居日から契約終了日までの日数（以下「入居日数」という）が 5 年（1,826 日）未満の場合には、次の計算式によって算出した額を返還金として事業者は第 44 条に定める返還金受取人に返還します。</p> <p>なお、千円未満の端数がでた場合にはその端数は切り捨てます。</p> $\text{返還金} = (\text{標準前払金} - \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \times (1,826 \text{ 日} - \text{入居日数}) / 1,826 \text{ 日}$	
短期解約の返還金の算定方式	<p>入居日の翌日から 3 か月以内に解約（死亡退去も含む）の申出がなされた場合は、設置者は、前払金から利用日数に応じた施設利用料を差し引いた全額を、返還金受取人に返還いたします。なお、算出した施設利用料に千円未満の端数があるときは、その端数を切り上げます。</p> $\text{施設利用料} = (\text{標準前払金} - \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \div 1,826 \text{ 日} \times (\text{利用日数})$	
返還期限	<p>入居契約書第 40 条に従った居室の明渡しおよび第 4 1 条に従った財産の引き取り（同条第 2 項の場合には同項の定めによる所有権放棄）のいずれもが完了した日（以下「居室明渡し完了日」という。）から起算して 90 日以内に返還する。</p>	
保全措置	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>保全措置の内容（みずほ信託銀行株式会社との保全信託契約を締結）</p> <p>無の場合の理由（ ）</p>
その他留意事項		

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月月末までに支払うこととする。
支払方法	<p>「前払金」は入居時一括払い。</p> <p>「月額利用料」は毎月月末までに支払うこととする。</p>
その他留意事項	<p>基礎サービス費 71,500 円（税込）（1 人あたり）</p> <p>入居後に自立と認定され継続して入居をし、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>

(3) 契約解約手続き

事業者主体から解約を求める場合	<p>条件</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</p>
-----------------	--

(4) その他共通事項

利用料の改定	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				
	手続き方法	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				
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	1	減額なし（管理費）				
	2	日割り計算で減額（食費）				
	3	不在期間が16日以上の場合に限り、半額請求（水光熱費）				
消費税の対象外とする利用料等	前払金、家賃相当額、介護保険サービス利用に係る自己負担					
体験入居の取扱い	1	無				
	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>期間</td> <td>6泊7日を限度とする。</td> </tr> <tr> <td>費用</td> <td>1泊2日（3食間食付）11,000円（税込） その他（オムツ代・日用雑貨品等、実費）</td> </tr> </table>	期間	6泊7日を限度とする。	費用
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（オムツ代・日用雑貨品等、実費）					

4 サービスの内容

(1) 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の特色	自分らしく安心な暮らしに、細やかなサポートを行い上質な暮らしを提供します。 多彩なアクティビティをご用意し、趣味活動を推進し、美味しさと栄養バランスにこだわった食事の提供を行います。 お一人おひとりの状態を考慮した「カスタムメイドケア」の実践により、自立した生活の支援を致します。 テクノロジーの活用により、介護における利用者の選択肢を増やし、介護職は人にしかできない介護に注力することで、利用者の自立支援、QOL向上を目指します。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	事務・管理部門人件費、共用施設設備維持管理費	
	食費	食材費、厨房管理費	
	その他		

業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先（SOMPOケアフーズ株式会社）
		委託内容（献立の作成、朝・昼・夕・おやつの調理、食器等の洗浄、他）
安否確認の方法・頻度等	安否確認はケアプランに基づき巡回して行っている。	
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	保険名（企業総合賠償責任保険）

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	介護居室
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合

<p>判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等</p>	<p>1 一時介護室へ移る場合 該当なし</p> <p>2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合</p> <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。 (2) 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。 (3) 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。 (4) 入居者および身元保証人の同意を得る。 (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、これに応じる義務を負わないが、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>
--	---

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人おひさま会 おひさまクリニック開成
	診療科目	内科、他
	所在地	神奈川県足柄上郡開成町みなみ1丁目23-3
	距離及び所要時間	ホームから約21.6km、車で約34分
	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
	名称	医療法人社団 扇会 小田原中央クリニック
	診療科目	内科、他
	所在地	神奈川県小田原市堀之内7-1
	距離及び所要時間	ホームから約13.5km、車で約32分
	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（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人 桜樹会 さくらぎ秦野歯科
	所在地	神奈川県秦野市南矢名一丁目4番1号 フェアリーチェックビル 1階C号室
	距離及び所要時間	ホームから13.4km、車で約24分
	協力内容	歯科

	名 称	医療法人 happy smile ほたるだ歯科医院
	所在地	神奈川県小田原市蓮正寺470-109
	距離及び所要時間	ホームから4.2km、車で約12分
	協力内容	歯科
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>病気または怪我により診断、治療が必要な場合、ご入居者の意思を確認し、医師の判断により、職員が下記のサービスを提供します。また、急に身体の具合が悪くなった場合は、職員がその知らせによりの確かつ迅速に応急処置にあたります。状況により医師と連絡をとり協力医療機関等での救急入院が受けられるように計ります。</p> <p>①通院可能な場合は、ご入居者のかかりつけの医師・病院、施設の協力医療機関・歯科医療機関等への通院介助。</p> <p>②入院治療が必要となった場合、ご入居者のかかりつけの医師・病院、施設の協力医療機関・歯科医療機関等への入院支援。</p> <p>③その他のサービス 通院、入院に際し、介護・看護職員による医療機関までの付添い、投薬支援等。</p> <p>ホームの協力医療機関、又はご入居者が選択する医療機関において治療を受ける費用については、医療保険制度で支給される以外の費用はご入居者負担となります。なお、食費については、入院期間が3日を超えた分を返還いたします。ただし、事前に欠食届が提出されている場合、並びに緊急入院等、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。入院中の居室の利用権は存続し、維持・管理を行うため、管理費の返還は行いません。</p>	

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌10時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員	2			苦情対応責任者
	介護職員	16	9	3	
	看護職員	3	2		機能訓練指導員兼務
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1			看護職員兼務
	計画作成担当者	2			介護支援専門員
	栄養士				SOMPOケアフーズ(株) ～委託
	調理員				
	事務職員		3		
	その他職員		8		
合 計	24	22	3		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務						無 ・ 有			
	資格等		1 無							
			2 有							
		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				7	5					
前年度1年間の退職者数				5	3					
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			4	4					
	1年以上3年未満	1		4	3				1	
	3年以上5年未満	2		5	1					
	5年以上10年未満		1	3	1	2			1	
	10年以上		1						1	
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし						

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	6人	介護職員初任者研修修了者	7人
介護支援専門員	人	資格なし	11人

6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	65人(定員70人)		
入居者の状況	男性	15人、女性	50人
	自立	0人	
	要支援	9人	(内訳) 要支援1 4人 要支援2 5人
	要介護	56人	(内訳) 要介護1 15人 要介護2 7人 要介護3 13人 要介護4 9人 要介護5 12人
平均年齢	89.3歳(男性88.9歳、女性89.4歳)		

7 退去状況等

前年度における退去者の状況	退去先別の人数	自宅等	3人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	2人	
		死亡者	9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		15人
		(解約事由の例)		

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>1 無</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり ()</td> </tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td> </tr> </table>			1 代替措置あり ()	2 代替措置なし										
1 代替措置あり ()															
2 代替措置なし															
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有														
苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	<p>施設及び本部</p> <table border="1"> <tr> <td>施設担当者</td> <td>管理者・生活相談員</td> <td>TEL 0463-70-1165</td> </tr> <tr> <td>本部担当者</td> <td>お客様相談窓口</td> <td>TEL 0120-65-1192</td> </tr> </table> <p>施設及び本部での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <table border="1"> <tr> <td>大磯町福祉課</td> <td>TEL 0463-61-4100</td> </tr> <tr> <td>神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課</td> <td>TEL 045-210-1111 (代)</td> </tr> <tr> <td>神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課</td> <td>TEL 0570-022110 (苦情専用)</td> </tr> </table> <p>この他、入居契約書の定めにより、本契約に起因する一切の紛争に関しては、東京地方裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とする。</p>			施設担当者	管理者・生活相談員	TEL 0463-70-1165	本部担当者	お客様相談窓口	TEL 0120-65-1192	大磯町福祉課	TEL 0463-61-4100	神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課	TEL 045-210-1111 (代)	神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課	TEL 0570-022110 (苦情専用)
施設担当者	管理者・生活相談員	TEL 0463-70-1165													
本部担当者	お客様相談窓口	TEL 0120-65-1192													
大磯町福祉課	TEL 0463-61-4100														
神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課	TEL 045-210-1111 (代)														
神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課	TEL 0570-022110 (苦情専用)														
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	<p>サービスの提供に当たり事故、体調の急変等が生じた場合は、協力医療機関等において対応いたします。また、医療機関は予め、ご入居者・ご家族の希望により選択できます。また、事故、体調の急変等が生じた場合は、速やかに保証人等届出いただいた緊急連絡先に事故・急変の状況、受診の経過・結果等をご連絡します。</p>														
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 可														
身元引受人の条件及び義務等	<p>(身元保証人)</p> <p>1 入居者は、身元保証人1名を定めるものとする。ただし、事業者の承諾する債務保証事業者の提供する保証を利用する場合、その他事業者が個別に認めた場合はこの限りではない。</p>														

	<p>2 身元保証人は、本契約に別に定める権利を有し義務を負うほか、次の各号に定める義務を負う。</p> <p>(1) 身元保証人は、事業者に対し、入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の一切の債務を保証する。</p> <p>(2) 身元保証人は、本契約が終了し、事業者が請求したときは、当人固有の債務として入居者の身柄を引取るとともに、第40条(明渡しおよび原状回復)に従った居室の明渡しおよび第41条(財産の引取等)に従った財産の引き取りをして、居室の明渡しをするものとする。なお、かかる場合に第45条(明渡しの遅延による損害賠償)第2項の損害が事業者が発生した場合には、身元保証人が保証するものとする。</p> <p>3 前項第(1)号の身元保証人の負担は、【表題部】2.「契約当事者の表示」の身元保証人欄の記載の極度額を限度とする。</p> <p>4 前第2項第(1)号の身元保証人の負担する債務の元本は、入居者または身元保証人が死亡したときに確定する。</p> <p>5 事業者は、身元保証人の請求があったときは、身元保証人に対し、遅滞なく、本契約に基づく入居者の支払債務の履行状況(不履行の有無)ならびに滞納額、利息、違約金、損害賠償の額等、入居者の本契約に基づく全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。</p> <p>6 身元保証人が死亡したとき、または、経済的破綻、多重債務、その他の事由により適格でない事業者が認めたときは、入居者は、事業者の承認する身元保証人を90日以内に新たに立てる義務を負う。</p>		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況	協会への加入	無 ・ 有	
	入居者基金への加入	無 ・ 有	
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 無		
	2 有	実施日	3ヶ月に1回
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無 ・ 有
看取りの対応	無 ・ 有		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

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 帝産関内ビル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、 <u>満75歳以上</u> 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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済の場合には、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。 ○ 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	$\text{返還金} = (\text{標準前払金} - \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \times (\text{償却期間} - \text{入居日数}) / \text{償却期間}$

(3) 前払い方式（標準前払金）の総額

居室タイプ	① 標準前払金 (前払い方式)	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）>
A	5,400,000	1,890,000	3,510,000	1,922
B	5,600,000	1,960,000	3,640,000	1,993
C	6,000,000	2,100,000	3,900,000	2,135
D	6,400,000	2,240,000	4,160,000	2,278
E	6,800,000	2,380,000	4,420,000	2,420
F	8,000,000	2,800,000	5,200,000	2,847
G	8,800,000	3,080,000	5,720,000	3,132
H	9,200,000	3,220,000	5,980,000	3,274

(4) 併用方式（標準前払金）の総額

居室タイプ	① 標準前払金 (併用方式)	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）>
A	-	-	-	-
B	-	-	-	-
C	-	-	-	-
D	-	-	-	-
E	-	-	-	-
F	-	-	-	-
G	-	-	-	-
H	-	-	-	-

(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"> ○ 標準前払金全額から、施設利用料を差引いて返金する。 ○ 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	標準前払金 - 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

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

(1) 75歳未満前払金の概要

対 象 者	【表題部】「1. 契約の締結日および入居日」記載の「入居日」における入居者の年齢が、 満75歳未満 の方	
償 却 期 間	1,826日（5年）+入居日から満75歳の誕生日前日までの日数	
入 居 日 数	入居日から契約終了日までの日数	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額	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	<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>

(3) 前払い方式（75歳未満前払金）の総額

総額の算出方法		① 標準前払金+④ 日割額×入居日から満75歳の誕生日前日までの日数						
居室タイプ	75歳未満前払金 (参考)				① 標準前払金	② 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 <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	6,101,530	8,907,650	12,415,300	15,922,950	5,400,000	1,890,000	3,510,000	1,922
B	6,327,445	9,237,225	12,874,450	16,511,675	5,600,000	1,960,000	3,640,000	1,993
C	6,779,275	9,896,375	13,792,750	17,689,125	6,000,000	2,100,000	3,900,000	2,135
D	7,231,470	10,557,350	14,714,700	18,872,050	6,400,000	2,240,000	4,160,000	2,278
E	7,683,300	11,216,500	15,633,000	20,049,500	6,800,000	2,380,000	4,420,000	2,420
F	9,039,155	13,195,775	18,391,550	23,587,325	8,000,000	2,800,000	5,200,000	2,847
G	9,943,180	14,515,900	20,231,800	25,947,700	8,800,000	3,080,000	5,720,000	3,132
H	10,395,010	15,175,050	21,150,100	27,125,150	9,200,000	3,220,000	5,980,000	3,274

別紙 《加算の概要》

【入居継続支援加算】

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

- ①介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6 又はその端数を増すごとに1 以上であること。
- ②たんの吸引等を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。

●36 単位/日

【生活機能向上連携加算】

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

●200 単位/月

※個別機能訓練加算を算定している場合は「100 単位/月」となります。

【個別機能訓練加算】（短期利用は除く）

ご入居者に対して、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、ご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、専従の機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の有資格者）が計画的に機能訓練を行います。

●12 単位/日

【夜間看護体制加算】（要支援は除く）

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

●10 単位/日

【若年性認知症入居者受入加算】

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

●120 単位/月

【医療機関連携加算】（短期利用は除く）

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

加算の開始時にご入居者様又はそのご家族様に同意をいただきます。

●80 単位/月

【口腔衛生管理体制加算】

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

●30 単位/月

【栄養スクリーニング加算】

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

●5単位/回

※6月に1回を限度として算定させていただきます

【看取り介護加算】（要支援及び短期利用は除く）（要夜間看護体制加算算定）

医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したご入居者様について、その旨を本人又はそのご家族様等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、ご入居者様等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、ご入居者様等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、ご入居者様がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援します。なお入居の際に「看取りに関する指針」をご入居者様又はそのご家族様等に内容を説明し、同意をいただきます。

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

【退院・退所時連携加算】（要支援は除く）

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

●30単位/日

【認知症専門ケア加算】（短期利用は除く）

日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の方（以下「対象者」という。）に対して、以下の基準に従い、専門的な認知症ケアを行います。

・認知症専門ケア加算Ⅰ

①ホームにおけるご入居者様の50%以上が対象者で、「認知症介護実践リーダー研修」を修了している者を対象者20人未満で1人以上、19人を超えて10人増すごとに1人追加配置しホームの職員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催しチームとして専門的な認知症ケアを行います。

●（3単位/日）

・認知症専門ケア加算Ⅱ

①の基準を満たし、且つ「認知症介護指導者研修」を修了している者を1人以上配置し、ホームの認知症ケアの指導等を実施します。介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し実施します。

●（4単位/日）

（ⅠまたはⅡのいずれかを算定）

【サービス提供体制強化加算】

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

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ

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

●（18単位/日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ

ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。

●（12単位/日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

ホームの看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること。

●（6単位/日）

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

ご入居者様に直接サービス提供を行う職員の総数（生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員）のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上であること。

●（6単位/日）

※Ⅰイ、Ⅰロ、Ⅱ、Ⅲのいずれか算定

【介護職員処遇改善加算】

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

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

【介護職員等特定処遇改善加算】

介護人材確保・定着のための取組をより一層すすめ、経験・技能のある職員に重点を図りながら、介護職員のさらなる処遇改善を行うことを目的とし、現行加算（上記の介護職員処遇改善加算）に加え創設された加算です。（以下①から④の要件により特定加算ⅠまたはⅡを算定します。）

- ・特定加算（Ⅰ）以下の要件①から④の4つすべてを満たしている。
 - （1か月のサービス合計単位数に1.8%乗じて加算します。）
- ・特定加算（Ⅱ）以下の要件②から④までの3つを満たしている。
 - （1か月のサービス合計単位数に1.2%乗じて加算します。）

<要件>

- ① 介護福祉士の配置等要件
サービス提供体制強化加算の最も上位の区分（Ⅰイ、または入居継続支援加算）を算定していること。
- ② 現行加算要件
現行加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを算定していること。
- ③ 職場環境等要件
2008年10月から届出を要する日の属する月の前日までに実施した処遇改善（賃金改善を除く。）の内容をすべて職員に周知していること。この処遇改善については、複数の取組を行っていることとし、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」および「その他」の区分ごとに1以上の取組を行うこと。
- ④ 見える化要件
特定加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等により公表していること。具体的には、介護サービスの情報公表制度を活用し、特定加算の取組状況を報告し、賃金以外の処遇改善に関する具体的な取組内容を記載すること。

【短期利用特定施設入居者生活介護】（要支援は除く）

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

- 要介護1 536単位/日、要介護2 602単位/日、要介護3 671単位/日、要介護4 735単位/日、要介護5 804単位/日

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	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回3,300円	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
衣類の着脱	—	助着等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	—	助着等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	—	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	希望による援助実施は自立と同額	週1回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額	週1回及び必要時	希望による援助実施は自立と同額
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、入居中のサービス>								
○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、居室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「居室療養管理指導」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 介護を行う場所	要介護2 介護居室		要介護3 介護居室		要介護4 介護居室		要介護5 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	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※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	—		—		—		—	
○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								
ファースコール	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						
夜泊手続き	—	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、入居中のサービス>								
○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、介護に必要な場合の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。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい 施設	有			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他 (上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

--

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型 (外部サービス利用型) 4 地域密着型 5 介護予防 6 介護予防 (外部サービス利用型)																																																			
介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「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)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																																																			
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区 分</th> <th rowspan="2">月 額</th> <th colspan="3">利用者負担額</th> </tr> <tr> <th>(1割)</th> <th>(2割)</th> <th>(3割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>186,390円</td> <td>18,639円</td> <td>37,278円</td> <td>55,917円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>208,645円</td> <td>20,865円</td> <td>41,729円</td> <td>62,594円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>231,896円</td> <td>23,190円</td> <td>46,380円</td> <td>69,569円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>253,473円</td> <td>25,348円</td> <td>50,695円</td> <td>76,042円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>276,735円</td> <td>27,674円</td> <td>55,347円</td> <td>83,021円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額			(1割)	(2割)	(3割)	要介護1	186,390円	18,639円	37,278円	55,917円	要介護2	208,645円	20,865円	41,729円	62,594円	要介護3	231,896円	23,190円	46,380円	69,569円	要介護4	253,473円	25,348円	50,695円	76,042円	要介護5	276,735円	27,674円	55,347円	83,021円																		
	区 分			月 額	利用者負担額																																															
		(1割)	(2割)		(3割)																																															
	要介護1	186,390円	18,639円	37,278円	55,917円																																															
	要介護2	208,645円	20,865円	41,729円	62,594円																																															
	要介護3	231,896円	23,190円	46,380円	69,569円																																															
	要介護4	253,473円	25,348円	50,695円	76,042円																																															
	要介護5	276,735円	27,674円	55,347円	83,021円																																															
	各種加算の状況																																																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/>基準型</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/>・有</td> <td style="text-align: center;">(I) (II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">(I) イ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I) ロ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> (III)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="5" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> II</td> </tr> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型		退院・退所時連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	夜間看護体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	医療機関連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I) (II)	サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I) イ	(I) ロ	<input checked="" type="checkbox"/> (III)	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I	II	III	IV	V	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I	<input checked="" type="checkbox"/> II
身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																																			
退院・退所時連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																		
入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																		
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																		
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																		
夜間看護体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																		
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																		
医療機関連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																		
口腔衛生管理体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																		
栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																		
看取り介護加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																		
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	(I) (II)																																																		
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I) イ																																																		
		(I) ロ																																																		
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)																																																		
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I																																																		
		II																																																		
		III																																																		
		IV																																																		
		V																																																		
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I																																																		
		<input checked="" type="checkbox"/> II																																																		

区分	月額	利用者負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
		要支援1	63,365円	6,337円
要支援2	106,849円	10,685円	21,370円	32,055円

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「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)

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(I)
		(II)
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)イ
		(I)ロ
		(II)
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		<input checked="" type="checkbox"/> II

短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出)	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	有の場合は別添短期利用のサービス等の概要 参照
-----------------------------	---	-------------------------

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	7.6	6.1	9.0
要介護者の人数	54.0	60.6	56.0
指定基準上の直接処遇職員の数	19	21	19.6
配置している直接処遇職員の数	26.0	25.2	25.3
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数割合	2.1:1	2.5:1	2.4:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	7:00 ~ 16:00	
	日勤	9:00 ~ 18:00	
	遅番	11:00 ~ 20:00	
	夜勤	17:00 ~ 翌10:00	

	看護職員	早番	:	~	:
		日勤	9:00	~	18:00
		遅番	:	~	:
		夜勤	:	~	:

短期利用のサービス等の概要

1 サービスの利用期間と内容

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	重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である

2 利用料

費用の支払方法	利用料その他は、利用終了時に全額払い。					
1日あたりの利用料	6,939円(税込)					
年齢に応じた金額設定	無・有					
要介護状態に応じた金額設定	無・有					
料金プラン (単位:円)	利用料	内 訳				
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額
(税込)	6,939	4,519	0	2,244	176	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	前払い方式で定める食費の1日あたりの額				
	光熱水費	前払い方式で定める光熱水費の1日あたりの額				
	家賃相当額	—				
	その他	—				
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	医療費、おむつ代、日用品代、嗜好品、個別外出介助、週2回を超える入浴費用、協力医療機関以外への通院介助・移送サービス、規定回以上の清掃・洗濯、買物・役所手続きの代行、レクリエーション活動時の材料等の実費、理美容費					
介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「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)	○特定施設入居者生活介護					
		日 額	利用者負担額			
			(1割)	(2割)	(3割)	
	要介護1	6,203円	621円	1,241円	1,861円	
	要介護2	6,942円	695円	1,389円	2,083円	
	要介護3	7,712円	772円	1,543円	2,314円	
	要介護4	8,441円	845円	1,689円	2,533円	
	要介護5	9,212円	922円	1,843円	2,764円	
	○各種加算の状況					
	若年性認知症入居者受入加算		無・有			
	夜間看護体制加算		無・有			
	サービス提供体制強化加算	無・有	(I) イ			
			(I) ロ			
(II)						
介護職員処遇改善加算	無・有	(III)				
		I				
		II				
		III				
		IV				
介護職員等特定処遇改善加算	無・有	(I)				
		(II)				

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。
----------------------	---

※消費税の端数処理の都合上、表示の税込金額と実際の請求金額に数十円程度の誤差が生じる可能性があります。