

重要事項説明書

記入年月日	2023年 7月 1日
記入者名	加古原 淳
所属・職名	ソルケア神戸名谷 施設長

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) かぶしきがいしゃ あるふあらいふ 株式会社 アルファライフ		
主たる事務所の所在地	〒550-0014	大阪市西区北堀江1丁目20番13号ライフシステムビル9階	
連絡先	電話番号	06-6585-9132	
	FAX番号	06-6585-9133	
	ホームページアドレス	無し	
代表者	氏名	中井 哲司	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14年 10月 16日		
主な実施事業	有料老人ホーム		

2. 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) そるけあ こうべみょうだに ソルケア 神戸名谷		
所在地	〒655-0013	兵庫県神戸市垂水区福田5丁目2-30	
主な利用交通手段	最寄駅	JR神戸線「垂水」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	JR垂水駅→山陽バス10分・掘割バス停→徒歩5分	
連絡先	電話番号	078-705-5765	
	FAX番号	078-705-5766	
	ホームページアドレス		
	メールアドレス		
管理者	氏名	加古原 淳	
	職名	施設長	
建物の竣工日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 16年 3月 15日		
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 16年 3月 15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	昭和 / 平成 年 月 日		

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）	
3	住宅型	
4	健康型	
※1又は2 に該当す る場合	介護保険事業者番号	2870801202
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	平成 16年 3月 15日
	指定の更新日（直近）	平成 28年 3月 15日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,007.00 m ² （公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測）			
	所有関係	1 事業者が自ら全てを所有する土地 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 3 事業者が賃借する土地			
		※1又は2に該当する場合			
		抵当権の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
		※2又は3に該当する場合			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> （平成16年3月1日～令和6年2月29日） / 無		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
建 物	規模	3階建			
		延床面積	全体	1,641.98 m ²	
			うち、有料老人ホーム部分	1,641.98 m ²	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）			
		耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）		
			所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
				※1に該当する場合	
	抵当権等の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	※2に該当する場合				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> （平成16年3月1日～令和6年2月29日） / 無			
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無				

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり ※2に該当する場合					
	【表示事項】	最小	人部屋			最大	人部屋
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	17.1 m ²	45	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「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	3 箇所	うち男女別の対応が可能な便房	0 箇所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3 箇所			
	共用浴室	3 箇所	個室	3 箇所			
			大浴場	0 箇所			
	共用浴室に設置 された介助浴槽	1 箇所	チェアー浴	0 箇所			
			リフト浴	0 箇所			
			ストレッチャー浴	1 箇所			
その他 ()			0 箇所				
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						
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1 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	※ テレビ、電話回線、緊急通報措置や談話室、機能訓練室等の状況、バリアフリーの対応状況を記載すること。 各居室内に、テレビ回線、外線電話回線、緊急通報装置の設置をしており、各階に、食堂・談話室・機能訓練指導室を配置している。 また、居室だけでなく、すべての共用施設において、高齢者の生活に配慮し、建物全体がバリアフリー対応となっている。						

4 サービスの内容
(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>本事業所では、自立した生活が困難になった入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこととする。また、入居者が尊厳ある自立した日常生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練などの介護、その他必要な援助を適切に行うものとし、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>事業に当たっては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。</p> <p><個人情報の保護について></p> <p>本事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。</p> <p>また、事業者が得た利用者及びその家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその家族の了解を得るものとする。</p> <p><虐待防止に関する事項></p> <p>本事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとする。</p> <p>① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施 ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備 ③ その他虐待防止のために必要な措置</p> <p>また本事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>本事業所では、おひとりおひとりの生活、想いを大切にし、それぞれのニーズに基づいたオーダーメイドケアを個別プランに基づき提供いたします。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<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）</p>

	3 サービスの提供なし
食事の提供	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input checked="" type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） ミストラル HD 株式会社 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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

（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	個別機能訓練加算	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	退院退所連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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) イ	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(I) ロ	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
(III)		<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)

<p>医療支援</p> <p>※複数選択可</p>	<p>1 救急車の手配</p> <p>2 入退院の付き添い</p> <p>3 通院介助</p> <p>4 その他（訪問診療医の確保等）</p>		
<p>協力医療機関</p>	<p>1</p>	<p>名称</p>	<p>おひさまクリニック</p>
		<p>住所</p>	<p>兵庫県神戸市垂水区旭が丘 1 丁目 9 番 60 号</p>
		<p>診療科目</p>	<p>内科</p>
		<p>協力内容</p>	<p>24 時間の往診対応、入院及び救急の受入れ医療機関の手配 月 2 回往診時の健康管理（バイタル測定など）</p>
	<p>2</p>	<p>名称</p>	<p>北瀬循環器科内科</p>
		<p>住所</p>	<p>兵庫県神戸市垂水区陸ノ町 1-2 サン&サンビル 2F</p>
		<p>診療科目</p>	<p>循環器科、内科</p>
		<p>協力内容</p>	<p>24 時間の往診対応、入院及び救急の受入れ医療機関の手配 月 2 回往診時の健康管理（バイタル測定など）</p>
	<p>3</p>	<p>名称</p>	<p>よねむらクリニック</p>
		<p>住所</p>	<p>兵庫県神戸市垂水区青山台 7 丁目 7-1 イオン ジェームス山店 4 階</p>
		<p>診療科目</p>	<p>内科</p>
		<p>協力内容</p>	<p>24 時間の往診対応、入院及び救急の受入れ医療機関の手配 月 2 回往診時の健康管理（バイタル測定など）</p>
	<p>4</p>	<p>名称</p>	<p>小川内科クリニック</p>
		<p>住所</p>	<p>兵庫県神戸市垂水区小東山本町 3-1-2</p>
		<p>診療科目</p>	<p>内科</p>
		<p>協力内容</p>	<p>24 時間の往診対応、入院及び救急の受入れ医療機関の手配 月 2 回往診時の健康管理（バイタル測定など）</p>
	<p>5</p>	<p>名称</p>	<p>みなとクリニック</p>
		<p>住所</p>	<p>兵庫県神戸市垂水区舞子坂 4-1-7 舞子坂シティビル 1 階</p>
		<p>診療科目</p>	<p>内科・腎臓内科</p>
		<p>協力内容</p>	<p>24 時間の往診対応、入院及び救急の受入れ医療機関の手配 月 2 回往診時の健康管理（バイタル測定など）</p>

	6	名称	神戸徳洲会病院
		住所	兵庫県神戸市垂水区高丸1丁目3番10号
		診療科目	総合病院
		協力内容	入院、及び救急の受入れ
協力歯科医療機関	7	名称	神戸デンタルクリニック
		住所	兵庫県神戸市中央区磯上通 8-1-23 そごうウイング 5F
		協力内容	歯科、審美歯科、ホワイトニング、訪問治療、無痛治療、インプラント

(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	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()		
判断基準の内容	都合により、同一ホーム内での介護居室から他の介護居室への変更は可能		
手続きの内容	居室変更確認書の締結		
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
居室利用権の取扱い	特になし		
前払金償却の調整の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	便所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	浴室の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	洗面所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	※ 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	1 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要介護の者	
留意事項	利用者、身元保証人、利用者の家族その他利用者の関係者は、当ホームの利用に当たり、次の各号の掲げる行為を行うことはできない。 ① 利用者以外の第三者に対して、居室の全部又は一部を利用させる行為 ② 利用者以外の第三者を居室に居住させる行為	

	<ul style="list-style-type: none"> ③ 事前に事業所の承諾を得ることなく、利用者以外の第三者を居室に宿泊させる行為 ④ 管理規程及び運営規程に違反する行為 ⑤ 介護サービス計画に含まれていないサービスを要求する行為 ⑥ 他の入居者の生活や事業所による他の利用者に対するサービスの提供に悪影響を及ぼす行為 ⑦ 他の入居者又は事業所の従業員の心身・生命に危害を及ぼす行為及び危害を及ぼすと威勢を示す言動 ⑧ 当ホーム又は当ホームの周辺において、粗野、乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、他の入居者、付近の住民、通行人又は事業所の従業員に不安を覚えさせる行為 ⑨ 共同生活の秩序を乱し、他の入居者又は事業所の従業員に迷惑をかける行為及び当ホームの健全な運営に支障をきたす行為 ⑩ 暴力的な要求行為又は法的な責任を超えた不当な要求行為、脅迫的な言動、風説の流布、偽計・威力による信用毀損・業務妨害等の行為 ⑪ 著しく粗野な若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、当ホームの他の入居者、その関係者、周辺住民、通行人又は事業者の従業員に不安を与える行為 ⑫ 当ホームに反社会的勢力を入居させ、反復継続して反社会的勢力を出入りさせ、又は当ホームを反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供する行為
<p>契約の解除の内容</p>	<p>1. 事業者は、入居者が以下のいずれかに該当するときには、3ヶ月の予告期間において契約を解除することができる。ただし、契約の解除に際しては、入居者の事情を十分に斟酌し、身元保証人も含めた協議の上、決定するものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入院又は外泊が連続して2ヶ月を超えるとき、又は予想されるときで、復帰の目途がたたないとき。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他の事業所への入居も含めてその実現に努めるものとする。 ②共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき。ただし、この場合は、事業者の一方的な判断によらず、入居者及び身元保証人に対し、弁明の機会を与えるものとする。 ③利用料等その他の支払いを怠って、その滞納期間が2ヶ月を超え、催告をしたにもかかわらず支払いの意思がしめされないとき。 ④不正の手段によって入居したとき。 ⑤提出書類等で虚偽の申告があったとき。 ⑥介護保険の認定更新において、自立と認定されたとき。 ⑦常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲をこえたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定

	<p>の観察期間を経た上で、入居者及び身元保証人の同意を得るものとする。</p> <p>2. (1) 入居者は、退去予定日の属する月の前月末日までに、事業者の定める退去届を事業者に提出し、その退去届に記載された退去予定日をもって、契約を解除することができる。</p> <p>(2) 前月の末日までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、入居者は、事業者に違約金として1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。</p> <p>(3) 入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合について、事業者は、既受領金の全額を返還するものとする。</p> <p>3. 契約は、次の場合に終了する。</p> <p>①入居者が死亡したとき。</p> <p>②事業者が1. に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。</p> <p>③入居者が2. (1) の退去届を事業者に提出し、次月の退去予定日が到来したとき。</p>
<p>設置者から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p> <p>(1) 事業所は、利用者が次の各号のいずれかに該当する場合、本契約を解除することができる。</p> <p>① 入院又は外泊が連続して2か月を超える場合、又はそれが予想される場合で、復帰の目途が立たないとき。ただし、退去後に利用者が復帰を希望する場合、事業所は、他のホームへの入居も含めてその実現に努めるものとする。</p> <p>② 基本利用料、又はその他利用料の支払いを2か月以上怠り、事業所が催告をしたにもかかわらず、その支払いがなされないとき</p> <p>③ 不正の手段によって入居したとき</p> <p>④ 提出書類等で虚偽の申告があったとき</p> <p>⑤ 介護保険の認定更新において、自立と認定されたとき</p> <p>⑥ 常時医療行為が必要となる等、利用者の身体状況が事業所の介護の範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聴き、一定の観察期間を経た上で、事業所が判断するものとする。</p> <p>⑦ 留意事項に違反し、事業所が催告したにもかかわらず、これを是正しないとき。</p> <p>⑧ その他、利用者、身元保証人、利用者の家族その他利用者の関係者が、事業所の従業員又は他の入居者に対して社会通念上許容できない行</p>

		<p>為を行い、事業所との信頼関係を著しく害したと事業所が判断したとき。</p> <p>(2) 事業者は、利用者又は身元保証人が次の各号のいずれかに該当したときは、何らの催告を要せず、入居契約を直ちに解除することができる。</p> <p>① 入居契約書第9条に反する事実が判明したとき、又は、反していると事業者が合理的に判断したとき。</p> <p>② 入居契約書第10条第2項各号に掲げる行為を行ったとき。</p> <p>③ 事業者は、前項に基づき本契約を解除した場合に利用者又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。</p>
	解約予告期間	なし
入居者からの解約予告期間	退去予定日が属する月の前月末日まで	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 (内容：空き室がある場合のみ3日間可能。食費のみ実費負担)	
入居定員	45人	
その他 ※		

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

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員				
うち介護職員				
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			40時間	
※ 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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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			
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		16時～ 翌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	3人	3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)	3 : 1

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務									有 / <input type="checkbox"/> 無	
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> / 無								
	※ 有の場合、資格等の名称						社会福祉士				
	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											
前年度1年間の退職者数											
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入院等による不在等における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	基本利用料等が経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較等によって著しく不相当となったとき
	手続き	1 か月前に通知し、運営懇談会を経て、利用料等を改定する。

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状況※1	要介護度	-					
	年齢	-					
居室の状況※2		タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		17.1 m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	-	円	円	円	円	
	敷金	-	円	円	円	円	
月額費用の合計		169,840 円	円	円	円	円	
家賃		81,300 円	円	円	円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	別紙参照	円	円	円	円	
	介護保険外	食費	58,320 円	円	円	円	円
		管理費※3	30,240 円	円	円	円	円
		介護費用	-	円	円	円	円
		光熱水費	実費	円	円	円	円
有料サービス	別紙参照	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
※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。

※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。

※3 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	支払地家賃額を考慮し、近隣の同業種の家賃額と同水準にて設定
敷金	-
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	共用部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等
食費	朝・昼・夕食を含む。5日前までに申し出れば、日額1,800円(税抜)の返還あり。ただし、朝・昼・夕いずれかを摂れば請求する。
光熱水費	共用部分は、管理費に含む。個人居室の電気料金(34円(税抜)/kwh)については実費負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	介護保険外として、ご要望に応じて有料サービスあり※別添2参照
その他のサービス利用料	※日常生活費や日本放送協会等の放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載すること。 おむつやティッシュペーパー、トイレットペーパー代金やアクティビティによる参加費用等は実費。また、各居室でのテレビ設置による放送受信料、固定電話設置による電話代や買い物援助での購入物品代においても実費となる。

(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	厚生労働大臣が定める基準(告示上の報酬額)
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)	なし

(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 (償却年月数)		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)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を越えた契約終了	
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	
	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	人	女性	人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人	85歳以上	人
要介護度別	変更申請中	人	要支援1	人
	要支援2	人	要介護1	人
	要介護2	人	要介護3	人
	要介護4	人	要介護5	人
入居期間別	6か月未満	人	6か月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%

※ 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	人	社会福祉施設	人
	医療機関	人	死亡者	人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出			人
		(解約事由の例)		
	入居者側の申し出			人
		(解約事由の例)	・経済的理由により、老人福祉施設へ転居。医療行為が必要なため。	

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		お客様相談室 (ソルケア本社)	ソルケア神戸名谷 (生活相談員: 藤澤 幸生) またはご意見・要望カード
電話番号		06-6585-9132	078-705-5765
対応している時間	平日	9:30~17:00	9:00~18:00
	土曜	定休日	9:00~18:00
	日曜・祝日	定休日	9:00~18:00
定休日		年末年始は定休日です。この際は事業所窓口までご連絡ください。	なし
窓口の名称		神戸市福祉局 監査指導部	神戸市消費生活センター
電話番号		078-322-6242	078-371-1221 (相談専用)
対応している時間	平日	8:45~12:00 13:00~17:30	9:0~17:00 (来訪相談の受付は 17:00 まで)
	土曜	定休日	定休日
	日曜・祝日	定休日	定休日
定休日		12月29日~翌年1月3日を除く	12月29日~翌年1月3日を除く
窓口の名称		兵庫県国民健康保険団体連合会	兵庫県福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		078-332-5617	078-242-6868
対応している時間	平日	8:45~17:15	10:00~16:00
	土曜	定休日	定休日
	日曜・祝日	定休日	定休日
定休日		国民の祝日に関する法律に規定する休日及び1月2日・3日、12月29日・30日・31日を除く	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input type="checkbox"/> 1 加入済み <input type="checkbox"/> 2 未加入		
	※ 1 の場合	加入する保険会社の名称	介護事業者向け賠償責任保険
		加入する保険の名称	三井住友海上火災保険
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	<input type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) <input type="checkbox"/> 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 取組あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 () 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 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 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
管理規定	<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
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 <input type="checkbox"/> 2 未設置 (代替措置あり) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 移行あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 届出あり <input type="checkbox"/> 2 届出なし <input type="checkbox"/> 3 届出なし (サービス付き高齢者向け住宅の登録済み)	

る届出	
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：別紙（特定施設入居者生活介護の費用）

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 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別紙（特定施設入居者生活介護の費用）

<特定施設入居者生活介護費>

要介護認定等	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)		代理受領の場合の利用者 負担額の目安(円/30 日)	
	～R3年 3月	R3年 4月～	～R3年 3月	R3年 4月～	～R3年3月	R3年4月～	～R3年3月	R3年4月～
要支援1	181	182	1,907	1,918	57,232	57,548	5,724	5,755
要支援2	310	311	3,267	3,277	98,022	98,338	9,803	9,833
要介護1	536	538	5,649	5,670	169,483	170,115	16,949	17,012
要介護2	602	604	6,345	6,366	190,352	190,984	19,036	19,098
要介護3	671	674	7,072	7,103	212,170	213,118	21,217	21,312
要介護4	735	738	7,746	7,778	232,407	233,355	23,241	23,335
要介護5	804	807	8,474	8,505	254,224	255,173	25,423	25,517

加算給付費

令和3年4月1日現在

加算内容	対象者	介護給付費	介護給付費の額	介護給費の目安	代理受領場合の利 用者負担分の目安
医療連携加算	要支援者・要介護者	80 単位/月	843/月	843/月	85 円/月
サービス提供体制 強化加算Ⅲ	要支援者・要介護者	6 単位/日	60 円/日	1800 円/30 日	180 円/30 日
夜間看護体制加算	要介護者	10 単位/日	105 円/日	3,162 円/30 日	317 円/30 日
退院退所時連携加算	要介護者	30 単位/日	316 円/日	9,486 円/30 日	948 円/30 日
加算内容	対象者	算定方法			
介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	要支援者・要介護者	((介護予防) 特定施設単位数+加算単位数) × 8.2% × 地域区分単価			
介護職員特定処遇 改善加算（Ⅱ）	要支援者・要介護者	((介護予防) 特定施設単位数+加算単位数) × 1.2% × 地域区分単価			
看取り看護加算	要介護者	死亡日以前 4～30 日	144 単位/日	× 地域区分単価	
		死亡日前日及び前々日	680 単位/日		
		死亡日	1,280 単位/日		
		※算定条件として、夜間看護体制加算を算定していること			
新型コロナ対策費	要支援者・要介護者	0.1% 上乗せ ※令和3年9月まで			

- ・当施設の地域区分単価は、1 単位 = 10,54 円（4 級地）です。
- ・介護給付費の目安は、(介護費の単位) × (地域区分単価) × (利用日数) で求め、小数点以下切り捨て。
- ・法定代理受領分の目安は、介護給付費から法定代理受領相当分を差し引いた額です。
- ・利用者負担額（代理受領の場合の利用者負担分の目安）は、1 割負担の場合です。（小数点以下切り上げ）但し、法令で定める額以上の所得のある方は、2 割又は 3 割負担となります。
- ・消費税は非課税です。

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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
＜居宅介護予防サービス＞		
介護予防訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護予防訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無	
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	
介護予防通所介護	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
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	

事 業 所 一 覧

サービス	事業所番号										所在地	
	事業所名											
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	2	8	7	0	8	0	1	2	0	2	ソルケア 神戸名谷	〒655-0013 兵庫県神戸市垂水区福田5丁目2-30
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	2	7	7	5	5	0	1	8	8	1	ソルケア 八尾中田	〒581-0014 大阪府八尾市中田2丁目43-2
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	2	7	7	1	9	0	0	6	0	8	ソルケア 大東深野	〒574-0071 大阪府大東市深野北1丁目15-6
認知症対応型協同生活介護・介護予防認知症対応型協同生活介護	2	7	7	9	1	0	3	0	1	5	ソルケア 西中島	〒532-0012 大阪府大阪市淀川区木川東1丁目6-14

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						有 / 無
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）	個別の利用料で実施するサービス					備考 *：自立者へ「介護費」で提供 する一時的介護サービス
	（利用者が 全額負担）	包含 ※2	都度 ※2	料金※ 3		
介護サービス						
食事介助	有 / 無	有 / 無				
排泄介助・おむつ交換	有 / 無	有 / 無				
おむつ代		有 / 無		○	実費	月毎に請求
入浴（一般浴）介助・清拭	有 / 無	有 / 無		○	2,500円	週3回目以上の場合 1回（60分以内）
特浴介助	有 / 無	有 / 無		○	5,000円	週3回目以上の場合 1回（60分以内）
身辺介助（移動・着替え等）	有 / 無	有 / 無				
機能訓練	有 / 無	有 / 無				
通院介助	有 / 無	有 / 無		○	30分1,500円以後30分毎1,500円	
生活サービス						
居室清掃	有 / 無	有 / 無				
リネン交換	有 / 無	有 / 無				
日常の洗濯	有 / 無	有 / 無				
居室配膳・下膳	有 / 無	有 / 無				
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / 無		○		
おやつ		有 / 無		○		食事代に含む
理美容師による理美容サービス		有 / 無		○	実費	
買い物代行	有 / 無	有 / 無		○	1回500円	
役所手続き代行	有 / 無	有 / 無		○	30分1,500円以後30分毎1,500円	
金銭・貯金管理		有 / 無				
健康管理サービス						
定期健康診断		有 / 無		○	実費	年2回
健康相談	有 / 無	有 / 無				
生活指導・栄養指導	有 / 無	有 / 無				
服薬支援	有 / 無	有 / 無				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	有 / 無	有 / 無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	有 / 無	有 / 無				
入退院時の同行	有 / 無	有 / 無				緊急時は同行
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / 無	有 / 無				
入院中の見舞い訪問	有 / 無	有 / 無				

※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：「有」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。

介護予防サービス等の一覧表

要介護認定結果	要支援1		要支援2	
状態	・友人との行き来や趣味活動の継続、地域行事への参加範囲が狭くなった。 ・日常での生活において、希望を実行するための自己判断する範囲が狭くなった。 ・仕事や社会での役割(ボランティアなど)の活動範囲が狭くなった。		・友人との行き来や趣味活動の継続、地域行事への参加範囲が狭くなった。 ・日常での生活において、希望を実行するための自己判断する範囲が狭くなった。 ・仕事や社会での役割(ボランティアなど)の活動範囲が狭くなった。	
介護を行う場所	利用者居室／共有フロア		利用者居室／共有フロア	
サービスの分類	介護予防給付に含むサービス	介護予防給付に含まれず料金を徴収するサービス	介護予防給付に含むサービス	介護予防給付に含まれず料金を徴収するサービス
介護予防サービス				
○食事介助				
	—	—	—	—
○排泄	排泄介助	—	—	—
	おむつ交換	—	—	—
	おむつ代	—	—	実費／持込
○入浴等	一般浴介助	2回/週以上(注5)	—	2回/週以上(注6)
	清拭	—	—	—
	機械浴介助	—	—	—
○身辺介助	体位交換	—	—	—
	居室からの移動	—	—	—
	衣類の着脱	—	—	—
	身だしなみ介助	—	—	—
○機能訓練	日常生活リハビリ(※)	—	日常生活リハビリ(※)	—
○通院の介助／同行	—	タクシー代等は実費	—	タクシー代等は実費
緊急時対応サービス				
	ナースコール	適宜対応	—	適宜対応
	緊急搬送	適宜対応	—	適宜対応
生活サービス				
○清掃	居室	1回/週以上	—	1回/週以上
	洗面台・トイレ	必要に応じて	—	必要に応じて
○洗濯	—	—	—	必要に応じて
○居室配膳・下膳	—	—	—	必要に応じて
○代行	買い物	—	購入物品代実費	必要に応じて
	役所手続き	—	証明書類等は実費	—
巡回サービス				
	昼間6時～20時	状態に応じて	—	状態に応じて
	夜間20時～6時	状態に応じて	—	状態に応じて
健康管理サービス				
	健康診断	—	2回/年(注1)	—
	健康相談	適宜対応	—	適宜対応
	生活相談	適宜対応	—	適宜対応
	医師の往診	—	状態に応じて	—
	服薬援助	必要に応じて	薬剤管理(注3)	必要に応じて
入退院時、入院中のサービス				
	医療費	—	医療保険の1部負担	—
	移送サービス	—(注4)	タクシー代等は実費	—(注4)
アクティビティ、その他サービス				
	散歩援助	—	—	—
	買い物援助	—	購入物品代実費	—
	各種イベント／季節行事	—	参加費実費	—
	趣味活動等	—	材料代実費	—
	外出・外食援助	—	交通費・外食代実費	—
	理容・美容	—	利用料実費	—
	旅行援助	—	旅行代実費	—
	社会参加(公民館利用)	—	参加費実費	—

※日常生活リハビリとは、ベッド上での寝返り・起き上がり・端座位、立ち上がり、トイレまたはホールへの移動・移乗、散歩・買い物等の歩行訓練などの日常生活に密着した機能訓練のこと。

※～以上と表記されている箇所について、記載以上の実施頻度で提供したサービスについても介護予防給付に含まれます。

(注1) 健康診断は、年に2回実施機会を設けます。健康診断は実費となります。

(注2) 協力医療機関の医師が月に2回居室に往診します。医療保険の一部負担が必要になります。

(注3) 薬の管理・服薬指導は、週に1度委託薬剤師が施設を訪れ行います。これは、介護保険上、「介護予防特定施設入居者生活介護」とは別の、「居宅療養管理指導サービス」で、別途、費用の1割負担が必要となります。介護職員は、薬剤師の指示により、服薬援助をします。

(注4) 緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時の対応として行います。

(注5) 浴室環境の整備を行い、必要に応じ、安否確認を行います。

(注6) 浴室環境の整備を行い、必要に応じ、見守りを行います。

☆ この「介護予防サービス等の一覧表」は、サービスの概要を示したもので、より具体的で細かいサービス内容は、個人毎に作成されるケアプランに記載しています。

介護サービス等の一覧表①

要介護認定結果	要介護1		要介護2		要介護3	
状態	・身だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話に何らかの介助を必要とする。 ・立ち上がりや両足での立位保持など複雑な動作に何らかの支えを必要とすることがある。 ・排泄や食事はほとんど自分一人で行える。 ・問題行動や理解の低下が見られることがある。		・身だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話に何らかの介助を必要とする。 ・立ち上がりや片足での立位保持など複雑な動作に何らかの支えを必要とする。 ・歩行や両足の立位保持などの移動動作に何らかの支えを必要とする。 ・排泄や食事に何らかの介助を必要とすることがある。 ・問題行動や理解の低下が見られることがある。		・身だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話が自分一人ではできない。 ・立ち上がりや片足での立位保持など複雑な動作が自分一人ではできない。 ・歩行や両足の立位保持などの移動の動作が自分ではできないことがある。 ・排泄が自分一人ではできない。 ・いくつかの問題行動や理解の低下が見られることがある。	
介護を行う場所	利用者専用介護居室／共有フロア		利用者専用介護居室／共有フロア		利用者専用介護居室／共有フロア	
サービスの分類	介護保険給付に含むサービス	介護保険給付に含まれず料金を徴収するサービス	介護保険給付に含むサービス	介護保険給付に含まれず料金を徴収するサービス	介護保険給付に含むサービス	介護保険給付に含まれず料金を徴収するサービス
介護サービス						
○食事介助	状態に応じて	—	状態に応じて	—	状態に応じて	—
○排泄	排泄介助	状態に応じて	—	状態に応じて	—	状態に応じて
	おむつ交換 おむつ代	状態に応じて —	— 実費／持込	状態に応じて —	— 実費／持込	一部・全面介助 —
○入浴等	一般浴介助	2回/週以上	—	2回/週以上	—	2回/週以上
	清拭 機械浴介助	— —	— —	— —	— —	状態に応じて —
○身辺介助	体位交換	—	—	—	—	一部介助
	居室からの移動	状態に応じて	—	状態に応じて	—	状態に応じて
	衣類の着脱 身だしなみ介助	一部介助 一部介助	— —	一部・全面介助 一部・全面介助	— —	一部・全面介助 一部・全面介助
○機能訓練	日常生活リハビリ(※)	—	—	日常生活リハビリ(※)	—	日常生活リハビリ(※)
○通院の介助／同行	—	タクシー代等は実費	—	タクシー代等は実費	—	タクシー代等は実費
緊急時対応サービス						
ナースコール 緊急搬送	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
生活サービス						
○清掃	居室	1回/週以上	—	1回/週以上	—	1回/週以上
	洗面台・トイレ	必要に応じて	—	必要に応じて	—	必要に応じて
○洗濯	必要に応じて	—	必要に応じて	—	必要に応じて	—
○居室配膳・下膳	必要に応じて	—	必要に応じて	—	必要に応じて	—
○代行	買い物	必要に応じて	購入物品代実費	必要に応じて	購入物品代実費	必要に応じて
	役所手続き	—	証明書類等は実費	—	証明書類等は実費	—
巡回サービス						
昼間6時～20時 夜間20時～6時	状態に応じて	—	状態に応じて	—	3回以上	—
	状態に応じて	—	状態に応じて	—	1回以上	—
健康管理サービス						
健康診断 健康相談 生活相談 医師の往診 服薬援助	—	2回/年(注1)	—	2回/年(注1)	—	2回/年(注1)
	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
	—	2回/月(注2)	—	2回/月(注2)	—	2回/月(注2)
	必要に応じて	薬剤管理(注3)	必要に応じて	薬剤管理(注3)	必要に応じて	薬剤管理(注3)
入退院時、入院中のサービス						
医療費 移送サービス	—	医療保険の1部負担	—	医療保険の1部負担	—	医療保険の1部負担
	—(注4)	タクシー代等は実費	—(注4)	タクシー代等は実費	—(注4)	タクシー代等は実費
アクティビティ、その他サービス						
散歩援助 買い物援助 各種イベント／季節行事 趣味活動等 外出・外食援助 理容・美容 旅行援助 社会参加(公民館利用)	必要に応じて付添援助	—	必要に応じて付添援助	—	必要に応じて付添援助	—
	必要に応じて付添援助	購入物品代実費	必要に応じて付添援助	購入物品代実費	必要に応じて付添援助	購入物品代実費
	必要に応じて付添援助	参加費実費	必要に応じて付添援助	参加費実費	必要に応じて付添援助	参加費実費
	必要に応じて付添援助	材料代実費	必要に応じて付添援助	材料代実費	必要に応じて付添援助	材料代実費
	必要に応じて付添援助	交通費・外食代実費	必要に応じて付添援助	交通費・外食代実費	必要に応じて付添援助	交通費・外食代実費
	必要に応じて付添援助	利用料実費	必要に応じて付添援助	利用料実費	必要に応じて付添援助	利用料実費
	必要に応じて付添援助	旅行代実費	必要に応じて付添援助	旅行代実費	必要に応じて付添援助	旅行代実費
	必要に応じて付添援助	参加費実費	必要に応じて付添援助	参加費実費	必要に応じて付添援助	参加費実費

※日常生活リハビリとは、ベッド上での寝返り・起き上がり・端座位、立ち上がり、トイレまたはホールへの

移動・移乗、散歩・買い物等の歩行訓練などの日常生活に密着した機能訓練のこと。

※～以上と表記されている箇所について、記載以上の実施頻度で提供したサービスについても介護保険給付に含まれます。

(注1) 健康診断は、年に2回実施機会を設けます。健康診断は実費となります。

(注2) 協力医療機関の医師が月に2回居室に往診します。医療保険の一部負担が必要になります。

(注3) 薬の管理・服薬指導は、週に1度委託薬剤師が施設を訪れ行います。これは、介護保険上、「特定施設入居者生活介護」とは別の、「居宅療養管理指導サービス」で、別途、費用の1割負担が必要となります。介護職員は、薬剤師の指示により、服薬援助をします。

(注4) 緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時の対応として行います。

☆この「介護サービス等の一覧表」は、サービスの概要を示したもので、より具体的に細かなサービス内容は、個人毎に作成されるケアプランに記載しています。

介護サービス等の一覧表②

要介護認定結果	要介護4		要介護5	
状態	・身だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話がほとんどできない。 ・立ち上がりや片足での立位保持など複雑な動作がほとんどできない。 ・歩行や両足の立位保持などの移動の動作が自分ひとりでできない。 ・排泄がほとんどできない。 ・多くの問題行動や全般的な理解の低下が見られることがある。		・身だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話がほとんどできない。 ・立ち上がりや片足での立位保持など複雑な動作がほとんどできない。 ・歩行や両足の立位保持などの移動の動作がほとんどできない。 ・排泄や食事がほとんどできない。 ・多くの問題行動や全般的な理解の低下が見られることがある。	
介護を行う場所	利用者専用介護居室／共有フロア		利用者専用介護居室／共有フロア	
サービスの分類	介護保険給付に含むサービス	介護保険給付に含まれず料金を徴収するサービス	介護保険給付に含むサービス	介護保険給付に含まれず料金を徴収するサービス
介護サービス				
○食事介助				
	状態に応じて	—	状態に応じて	—
○排泄	排泄介助	状態に応じて	—	状態に応じて
	おむつ交換	全面介助	—	全面介助
	おむつ代	—	実費／持込	—
○入浴等	一般浴介助	2回/週以上	—	2回/週以上
	清拭	状態に応じて	—	状態に応じて
	機械浴介助	2回/週以上	—	2回/週以上
○身辺介助	体位交換	一部・全面介助	—	一部・全面介助
	居室からの移動	状態に応じて	—	状態に応じて
	衣類の着脱	一部・全面介助	—	全面介助
	身だしなみ介助	一部・全面介助	—	全面介助
○機能訓練	日常生活リハビリ(※)	—	日常生活リハビリ(※)	—
○通院の介助／同行	—	タクシー代等は実費	—	タクシー代等は実費
緊急時対応サービス				
	ナースコール	適宜対応	—	適宜対応
	緊急搬送	適宜対応	—	適宜対応
生活サービス				
○清掃	居室	1回/週以上	—	1回/週以上
	洗面台・トイレ	必要に応じて	—	必要に応じて
○洗濯	必要に応じて	—	必要に応じて	—
○居室配膳・下膳	必要に応じて	—	必要に応じて	—
○代行	買い物	必要に応じて	購入物品代実費	必要に応じて
	役所手続き	—	証明書類等は実費	—
巡回サービス				
	昼間6時～20時	3回以上	—	3回以上
	夜間20時～6時	1回以上	—	1回以上
健康管理サービス				
	健康診断	—	2回/年(注1)	—
	健康相談	適宜対応	—	適宜対応
	生活相談	適宜対応	—	適宜対応
	医師の往診	—	2回/月(注2)	—
	服薬援助	必要に応じて	薬剤管理(注3)	必要に応じて
入退院時、入院中のサービス				
	医療費	—	医療保険の1部負担	—
	移送サービス	—(注4)	タクシー代等は実費	—(注4)
アクティビティ、その他サービス				
	散歩援助	必要に応じて付添援助	—	必要に応じて付添援助
	買い物援助	必要に応じて付添援助	購入物品代実費	必要に応じて付添援助
	各種イベント／季節行事	必要に応じて付添援助	参加費実費	必要に応じて付添援助
	趣味活動等	必要に応じて付添援助	材料代実費	必要に応じて付添援助
	外出・外食援助	必要に応じて付添援助	交通費・外食代実費	必要に応じて付添援助
	理容・美容	必要に応じて付添援助	利用料実費	必要に応じて付添援助
	旅行援助	必要に応じて付添援助	旅行代実費	必要に応じて付添援助
	社会参加(公民館利用)	必要に応じて付添援助	参加費実費	必要に応じて付添援助

※日常生活リハビリとは、ベッド上での寝返り・起き上がり・端座位、立ち上がり、トイレまたはホールへの移動・移乗、散歩・買い物等の歩行訓練などの日常生活に密着した機能訓練のこと。

※～以上と表記されている箇所について、記載以上の実施頻度で提供したサービスについても介護保険給付に含まれます。

(注1) 健康診断は、年に2回実施機会を設けます。健康診断は実費となります。

(注2) 協力医療機関の医師が月に2回居室に往診します。医療保険の一部負担が必要になります。

(注3) 薬の管理・服薬指導は、週に1度委託薬剤師が施設を訪れ行います。これは、介護保険上、「特定施設入居者生活介護」とは別の、「居宅療養管理指導サービス」で、別途、費用の1割負担が必要となります。介護職員は、薬剤師の指示により、服薬援助をします。

(注4) 緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時の対応として行います。

☆この「介護サービス等の一覧表」は、サービスの概要を示したもので、より具体的で細かなサービス内容は、個人毎に作成されるケアプランに記載しています。