

サービス付き高齢者向け住宅入居契約・（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約 重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約及び特定施設入居者生活介護の利用に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び東京都有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅（（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所）の概要

住宅の名称		フリガナ デンマークインツツジガオカ デンマークINNつつじヶ丘				
住宅の所在地		〒 182 - 0005 東京都調布市東つつじヶ丘2丁目36番地1				
住宅へのアクセス		最寄駅	京王線 つつじヶ丘駅			
住宅へのアクセス		交通手段と所要時間	徒歩6分			
住宅の連絡先		電話番号	03-5384-7881			
住宅の連絡先		FAX番号	03-5384-7882			
住宅の連絡先		ホームページアドレス	http://kenseikai-group.or.jp			
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	令和4年 5月 31日 から 令和34年 5月 30日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		敷地面積	2,375.12 m ²			
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	令和4年 5月 31日 から 令和34年 5月 30日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		建築物用途区分	有料老人ホーム	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物
	併設施設	延床面積	3,994.48 m ²		うち、サ付き分	3,994.48 m ²
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		施設名称	提供されるサービスの種類	事業所の場所		
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地
介護保険事業所番号（特定施設）		1374203741				
指定した自治体名		東京都				
指定年月日（初回）		2022年 7月 1日				
指定有効期限		2028年 6月 30日				
入居時の要件		<input type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ) <input type="checkbox"/> 混合型(自立除く) <input checked="" type="checkbox"/> 混合型(自立含む)				
介護保険の利用		<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型) <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)				
住宅の管理者名（役職名）		氏名	山崎 由紀子	役職名	施設長	
終身賃貸事業者の事業の認可		<input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input type="checkbox"/> 認可を受けていない				
入居開始時期(住宅の開設年月日)		令和4年 7月 1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ トクテイイリョウホウジンシャダン ケンセイカイ 特定医療法人社団 研精会			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 182 -0005 東京都調布市東つつじヶ丘2丁目27番地1			
事業主体の連絡先	電話番号	03-3308-8801		
	FAX番号			
	ホームページアドレス	http://kenseikai-group.or.jp		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	山田 多佳子	職名	理事長
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり			
設立年月日	昭和46年 4月 24日			
事業主体が行っている主な事業等	別添2「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり			

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	18.66 m ²	定員	1名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨）	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約				
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 単身高齢者世帯				
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり				
契約期間等	入居契約	契約期間	年 月 日 から		年 月 日 まで
		更新			
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から		年 月 日 まで
		更新			
契約解除の内容					
入居契約書第9条「契約の解除」による。					
事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）					
解約条項	入居契約書第10条「甲からの解約」による。				
解約予告期間	6か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
入居契約書第11条「乙からの解約」による。解約予告期間30日。					
契約解約時の連絡先	名称	デンマーク INNつつじヶ丘 事務局			
	電話番号	03-5384-7881			

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

戸数/定員数	80 戸（登録申請対象戸数）		/ 80 人		
居住部分の規模	(最小)	18.66 m ²	詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	(最大)	18.66 m ²			
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	構造	鉄筋コンクリート造り	階数	4階建	うち、サ付き分 4階建
竣工の年月日	令和4年 5月 31日				
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している				
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている				
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている				

設備の詳細

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考	
介護居室	タイプ1	1~4階	1名	18.66 m ²	80	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	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		
	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		
	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		
	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		
	タイプ6					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ7					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ8					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ9					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ10					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考				
便所		共同便所	6 か所	うち男女別	階 (か所)					
				うち、男女共用	1階 (3か所 (内2か所車いす等対応可能)) 2階~4階 (各1箇所 車いす対応可能)					
浴室		居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
		共同浴室	個室	8か所	場所	1階 (1か所) , 2階 (3か所) 3階 (3か所) 、 4階 (1か所)		面積	92.97 m ²	
				併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ()		<input checked="" type="checkbox"/> なし		
			大浴槽	か所	場所	階		面積	m ²	
				併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし		
			共同浴室における介護浴槽	2 か所	場所	2, 3 階		面積	m ²	
		併設施設との共用の有無			<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし			
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェアー浴								
		<input type="checkbox"/> 2 リフト浴								
		<input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴								
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()								
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし				
食堂		場所	1~4 階			面積	133.55 m ²			
		兼用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼用設備					
		併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用できる調理設備		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
機能訓練室		場所	1 階			面積	113.66 m ²			
		兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼用設備	多目的ホール				
		併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり ()		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
その他の共用設備		談話コーナー、リビング、キッチン								
エレベーター		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
		台数	2 基	定員	15	ストレッチャー	対応可			
緊急呼出装置		居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
消防設備		自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
非常災害対策		消防計画	消防署への届出日 (消防署名)		2022年 8月 1日		(調布消防署)			
		防火管理者	齋藤 香津美							
		避難訓練	消防署の指導のもと、年 2回実施 (うち 1回は夜間想定)							

5. 従業員の勤務体制

従業員の人数								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者		1				1	1	
生活相談員		1				1	1	
看護職員(直接雇用)		3				3	3	
看護職員(派遣)						0		
介護職員(直接雇用)		16		3		19	18.8	
介護職員(派遣)						0		
機能訓練指導員		1				1	1	
計画作成担当者		2				2	2	
栄養士		1				1	1	
調理員		3		1		4	3.5	
事務員		3				3	3	
その他従業員						0	0	

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 35 時間

介護職員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
社会福祉士						0		
介護福祉士		12				12	12	
実務者研修の修了者		4		2		6	6	
介護職員初任者研修の修了者						0		
介護支援専門員						0	0	
たん吸引等研修(不特定)						0		
たん吸引等研修(特定)						0		
資格なし				1		1	0.8	

機能訓練指導員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
看護師又は准看護師		1				1	1	
理学療法士						0		
作業療法士						0		
言語聴覚士						0		
柔道整復師						0		
あん摩マッサージ指圧師						0		
はり師又はきゅう師						0		

管理者の資格						
夜勤・宿直体制	時間帯	平均人数		最少時人数		備考
		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
夜勤	16:30 ~ 9:30	人	3人	人	2人	
宿直	~	人	人	人	人	

看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数 人

(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制		
(介護予防) 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(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2 : 1 以上
	※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	<input checked="" type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 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)	:	
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制(一般型(包括型)特定施設の場合、記入不要)	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	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（冒頭に記した記入日現在）											
管理者		他の職種との兼務		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼務する職種					
		業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		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						1	
前年度1年間の退職者数				3							
数業に務 応に じ 従 た 事 職 し 員 た の 経 人 験 数 年	1年未満			2							
	1年以上 3年未満			3	3						
	3年以上 5年未満									1	
	5年以上 10年未満			3				1			
	10年以上	3		8		1				1	
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色		
<p>ご利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供いたします。 ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。 なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療サービスを自由に選択することができます。</p>		
介護保険対象サービスの種類・提供方法等		
サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	<ul style="list-style-type: none"> 毎日各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。 ベッド用マットセンサー、人感センサー等を併用します。 上記以外にも、ご利用者様（ご家族様）とご相談の上必要に応じて行います。 	自ら実施
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。 	自ら実施
緊急時対応	<ul style="list-style-type: none"> 24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯している携帯電話等にて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（ご家族への連絡、救急車の手配等）を行います。 	自ら実施
食事介助	<ul style="list-style-type: none"> 食堂において食事介助を行います。 	自ら実施
入浴介助	<ul style="list-style-type: none"> 週2回入浴介助を行います。 	自ら実施
排せつ介助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 排せつの自立に向けた援助を行います。 	自ら実施
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なリハビリテーションを行います。 	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	<ul style="list-style-type: none"> 週2回居室内の清掃を行います。（換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します。） ご希望により有料で洗濯を行います。（専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。） 週1回シーツ交換を行います。 	自ら実施
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 看護職員等により、健康相談をお受けします。 	自ら実施
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。 	自ら実施
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<ul style="list-style-type: none"> 健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） 経管栄養（胃ろう、経鼻）、在宅酸素、吸引、人工肛門、IVH、インシュリン、膀胱カテーテル等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。 		

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類			
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))		<input type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
A D L維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))		<input type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅲ))		<input type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ))		<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ))		<input type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等			
人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	2.5 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は7時～8時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の三日前の15時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してまいりますので、お気をつけ下さい。 		(提供者が委託先等の場合、委託先を記入)
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
個別的な外出介助	あり		
個別的な買物等の代行	あり		
週3回以上の入浴介助	あり		

医療機関との連携・協力 (ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。)			
医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
※複数選択可			
協力医療機関	医療機関 1	名称	東京さつきホスピタル
		所在地	東京都調布市東つつじヶ丘2-27-1 住宅からの距離：約0.3*。
		診療科目	内科、心療内科、精神科、小児科
		協力内容	入居者の疾病についての治療・健康管理・予防接種
	医療機関 2	名称	西田医院
		所在地	東京都調布市柴崎1-64-13 住宅からの距離：約1.5*。
		診療科目	内科、外科
		協力内容	入居者の疾病についての治療・健康管理・予防接種
協力歯科医療機関	名称		
	所在地		
	診療科目		
	協力内容		

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式		<input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式 ※選択方式の場合： <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式 (該当する方式全て選択)																																																																	
料金構造	前払金	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。																																																																	
	金額	Aプラン：9,600,000円 Bプラン：4,800,000円	期間 5年																																																																
	算定方法	Aプラン：一部前払金＝賃料の一部（月額160,000円）×想定居住期間（60か月） Bプラン：一部前払金＝賃料の一部（月額80,000円）×想定居住期間（60か月）																																																																	
	(説明)	月額単価の内容	家賃・管理費	前払金の月額単価：Aプラン160,000円、Bプラン80,000円																																																															
		サービス提供の対価	-																																																																
	想定居住期間の算出根拠	想定居住期間は、入居時から居住が継続されている入居者の率が概ね50%となるまでの期間としました。具体的には、当法人の施設の過去実績を使用して、全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度におけるデータを使用して算定しました。																																																																	
	支払日	(支払期日を記入)	支払方法	施設の指定口座への振込																																																															
	償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)																																																																	
	契約終了時の返還金	円	算定方法	Aプラン：月額賃料の一部160,000円÷30×(想定居住日数1825日-経過日数) Bプラン：月額賃料の一部80,000円÷30×(想定居住日数1825日-経過日数) なお、初期償却(想定居住期間を超えて入居する場合に備える額)はありません。																																																															
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	円 期間 3か月	起算日 入居した日																																																															
返還期限	乙の居室明け渡しの翌日から起算して90日以内																																																																		
前払金の保全先	<input type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称																																																																	
	<input type="checkbox"/>	信託契約を行う信託会社等の名称																																																																	
	<input type="checkbox"/>	保証保険を行う保険会社の名称																																																																	
	<input checked="" type="checkbox"/>	全国有料老人ホーム協会																																																																	
	<input type="checkbox"/>	その他 (名称：)																																																																	
敷金	算定根拠																																																																		
金額	0 円	家賃の か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。																																																																
月額費用	算定根拠																																																																		
家賃	225,000 円	家賃は、建物の賃料、厨房機器・電気機器等の共用部分の機器のリース料、修繕費等のコストを賄う費用としました。																																																																	
管理費	94,000円	管理費は、事務・清掃の人員費、共用部分の光熱費等のコストを賄う費用としました。																																																																	
介護費用(介護保険)	1ヶ月 30 日の場合	※地域単価 10.68 円 ※給付率 90 % (1割負担の場合) (1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基本単位 a</th> <th>加算 b ※処遇改善加算以外</th> <th>処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入</th> <th>総単位数 d=a+b+c</th> <th>月額費用(円) e=d×地域単価 小数点以下四捨五入</th> <th>保険請求額(円) f=e×給付率 小数点以下四捨五入</th> <th>自己負担額(円) g=e-f</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>要支援1</td><td>5,460</td><td>720</td><td>507</td><td>6,687</td><td>71,417</td><td>64,275</td><td>7,142</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>9,330</td><td>720</td><td>824</td><td>10,874</td><td>116,134</td><td>104,520</td><td>11,614</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>16,140</td><td>1,020</td><td>1,407</td><td>18,567</td><td>198,295</td><td>178,465</td><td>19,830</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>18,120</td><td>1,020</td><td>1,569</td><td>20,709</td><td>221,172</td><td>199,054</td><td>22,118</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>20,220</td><td>1,020</td><td>1,742</td><td>22,982</td><td>245,447</td><td>220,902</td><td>24,545</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>22,140</td><td>1,020</td><td>1,899</td><td>25,059</td><td>267,630</td><td>240,867</td><td>26,763</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>24,210</td><td>1,020</td><td>2,069</td><td>27,299</td><td>291,553</td><td>262,397</td><td>29,156</td></tr> </tbody> </table>					基本単位 a	加算 b ※処遇改善加算以外	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d×地域単価 小数点以下四捨五入	保険請求額(円) f=e×給付率 小数点以下四捨五入	自己負担額(円) g=e-f	要支援1	5,460	720	507	6,687	71,417	64,275	7,142	要支援2	9,330	720	824	10,874	116,134	104,520	11,614	要介護1	16,140	1,020	1,407	18,567	198,295	178,465	19,830	要介護2	18,120	1,020	1,569	20,709	221,172	199,054	22,118	要介護3	20,220	1,020	1,742	22,982	245,447	220,902	24,545	要介護4	22,140	1,020	1,899	25,059	267,630	240,867	26,763	要介護5	24,210	1,020	2,069	27,299	291,553	262,397	29,156
	基本単位 a	加算 b ※処遇改善加算以外	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d×地域単価 小数点以下四捨五入	保険請求額(円) f=e×給付率 小数点以下四捨五入	自己負担額(円) g=e-f																																																												
要支援1	5,460	720	507	6,687	71,417	64,275	7,142																																																												
要支援2	9,330	720	824	10,874	116,134	104,520	11,614																																																												
要介護1	16,140	1,020	1,407	18,567	198,295	178,465	19,830																																																												
要介護2	18,120	1,020	1,569	20,709	221,172	199,054	22,118																																																												
要介護3	20,220	1,020	1,742	22,982	245,447	220,902	24,545																																																												
要介護4	22,140	1,020	1,899	25,059	267,630	240,867	26,763																																																												
要介護5	24,210	1,020	2,069	27,299	291,553	262,397	29,156																																																												
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/日																																																																		
夜間看護体制加算(10単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ																																																																		
医療機関連携加算(80単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ																																																																		
看取り介護加算(72~1,780単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ																																																																		
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日																																																																		
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日																																																																		
若年性認知症入居者受入加算(120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ																																																																		
A D L維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…30単位/日、加算Ⅱ…60単位/日																																																																		
科学的介護推進体制加算(40単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																		
口腔衛生管理体制加算(30単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																		
口腔・栄養スクリーニング加算(1)(20単位/回)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ																																																																		
退院・退所時連携加算(30単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ、対象者のみ																																																																		

料金構造		認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ)) <input type="checkbox"/> なし
			※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日
		サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅲ)) <input type="checkbox"/> なし
			※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日
		介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ)) <input type="checkbox"/> なし
			※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%
		介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ)) <input type="checkbox"/> なし
			※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%
		介護職員等ベースアップ等支援加算(加算率…1.5%)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<p>※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。</p> <p>※1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります(高額介護サービス費)。</p>			
	短期利用	1日当たり	①自費/要介護3以下：12,600円 ②自費/要介護4.5：16,000円 ③介護保険利用：9,600円＋介護保険 利用料の算出方法 介護費用の月額合計400,800円の1/30を、一日当たりの概ねの利用料としました。
	(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	20,000円	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 算定根拠：介護職員の人員配置を週35時間の常勤換算で2.5：1と通常(3：1)より手厚く配置しております。当該費用は介護保険給付及び利用者負担分で賄えない額に充当するものとして合理的な算定根拠に基づきます。
	(介護保険外)利用者の個別的な選択による介護サービス費用	利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。	・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
	食費	61,800円	朝食 400円、昼食 830円、夕食 830円、(税込) 1日当たり2060円(税込)×30日で精算 キャンセルする場合の取扱い：三日前の15時までに職員に連絡してください。 【消費税軽減税率の説明例】 消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別640円以下で、その累計額が1日1,920円に達するまでの食費が該当し、軽減税率(8%)が適用されます。当住宅では、朝食の費用が軽減税率(8%)の対象となりますが、昼食・夕食の費用は軽減税率の対象外となります。
	光熱水費	円	居室の電気料は実費請求致します。居室の水道料金と共用部分の光熱水費は管理費に含まれます。居室の水道料金は、建物全体にかかる水道代から共有部分で使用する金額を控除し全居室数で除した額とします。
	その他	円	
	合計	円	
	支払日・支払方法	毎月26日に口座振替の方法でお支払いいただきます。	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い			
<ul style="list-style-type: none"> ・入院中も入居契約は継続し、家賃・管理費をお支払いいただきます。 ・選択サービス費、食費は利用実績により、お支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいたしません)。 			
料金改定の条件及び手続き			
人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、運営懇談会に諮った上で改定する場合があります。			

料金プラン（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
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	18.66 m ²	18.66 m ²
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	9,600,000円	0円
	敷金	円	円
月額費用の合計		264,402円	424,402円
家賃		65,000円	225,000円
管理費		94,000円	94,000円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	23,602円	23,602円
	上乗せ介護費用(※2)	20,000円	20,000円
	介護費用(選択サービス)	円	円
	食費	61,800円	61,800円
	光熱水費	円	円
	その他	円	円

※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※2 該当する場合のみ。
 ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）

平均年齢		86.5歳		入居者数合計		36人				
介護度別・年齢別入居者数	年齢/介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	65歳未満									
	65歳以上75歳未満		2		1				1	
	75歳以上85歳未満					2	2	1	2	1
	85歳以上		2	2	7	4	2	4	3	
合計		0	4	2	10	6	3	6	5	
入居継続期間別入居者数	入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計		
	入居者数	7	6	23					36	
男女別入居者数		男性：9			女性：27					
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		45% (定員に対する入居者数)								
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計		4人 (下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)						
		理由		人数(人)		理由		人数(人)		
		自宅・家族同居				他のサービス付き高齢者向け住宅への転居				
		介護老人福祉施設(特養等)へ転居				その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				
		介護老人保健施設へ転居				医療機関(入院)		2		
		介護療養型医療施設へ転居				死亡		2		
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居				その他						

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称	デンマークINNつつじヶ丘 事務室					
電話番号	03-5384-7881					
対応している時間	平日	9時	0分	～	17時	0分
	土曜	9時	0分	～	17時	0分
	日曜	9時	0分	～	17時	0分
	祝日	9時	0分	～	17時	0分
定休日						
窓口の名称	特定医療法人社団研精会 本部					
電話番号	03-3308-8801					
対応している時間	平日	9時	0分	～	17時	0分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
窓口の名称	全国有料老人ホーム協会					
電話番号	03-3548-1077					
対応している時間	平日	10時	0分	～	17時	0分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会					
電話番号	03-6238-0177					
対応している時間	平日	9時	0分	～	17時	0分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					
サービスの提供において事故が発生したときの対応						
具体的な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡・救急車の呼び出し等）を行います。 ・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部及び調布市に報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。 					
損害賠償責任保険の加入状況						
<input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称及び加入先： 介護保険・社会福祉事業者総合保険 東京海上日動火災保険) <input type="checkbox"/> なし						

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等				
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はございません。なお、夜間の外出・帰宅の際や外泊時は、事前にスタッフへご連絡下さい。				
共用設備の利用について				
共用キッチン	共用キッチンの使用をご希望の場合は、事前にスタッフまで申し込みください。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等は行いません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限りです。 ・身体的拘束等を行う場合は、説明書を用いて、利用者又はご家族に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで実施します。 ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。 ・具体的な手続き等については、別に定める「身体的拘束等の適正化細則」のとおりです。 				
入居希望者への事前の情報開示				
入居契約書のひな形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
管理規程 (重要事項説明書)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ()	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
その他				
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託		
	委託する業務の内容 (契約事項)			
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ	
		住所 (事務所所在地)	〒	
	修繕計画	計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実施予定		竣工後5年ごとに実施予定		
その他計画的な修繕予定				
運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度: 年 2 回) (開催内容等) 施設運営内容の報告、及び入居者様・ご家族様のご意見を聴取し、以降の運営に反映する。 <input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)			
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要			
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 <input type="checkbox"/> なし	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり 実施日 <input checked="" type="checkbox"/> なし	実施機関の名称		
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨	高齢者の居住の安全の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安全確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。			

説明年月日

年 月 日

入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名 特定医療法人社団 研精会

所在地 東京都調布市東つつじヶ丘二丁目27番地1

代表者名 理事長 山田 多佳子

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

事業主体が東京都内(中核市を除く)で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	無し			
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	有り	1	訪問看護ステーションゆい若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
訪問リハビリテーション	有り	1	はらまち訪問リハビリテーション	東京都新宿区原町2-43
居宅療養管理指導	無し			
通所介護	無し			
通所リハビリテーション	有り	2	デンマークイン若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	有り	2	デンマークイン若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
特定施設入居者生活介護	有り	3	デンマークINN府中	東京都府中市緑町1-23-3
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	無し			
認知症対応型共同生活介護	無し			
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	無し			
居宅介護支援	有り	1	介護支援センターゆい若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	有り	1	訪問看護ステーションゆい若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
介護予防訪問リハビリテーション	有り	1	はらまち訪問リハビリテーション	東京都新宿区原町2-43
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	有り	2	デンマークイン若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	有り	2	デンマークイン若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	3	デンマークINN府中	東京都府中市緑町1-23-3
介護予防福祉用具貸与	無し			
特定介護予防福祉用具販売	無し			
<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	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し			
介護予防支援	有り	1	介護支援センターゆい若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	有り	2	デンマークイン若葉台	東京都稲城市若葉台3-7-1
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

介護サービス等の一覧表

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
<基本(必須)サービス>				
状況把握(安否確認)				
・巡回 日中	○		■	
・巡回 夜間	○		■	
生活相談	○		■	
緊急時対応	○		■	
オンコール対応	○		■	
<介護サービス>				
食事介助		625円/15分	■	
治療食・特別食		実費		実費
居室配膳・下膳	○病気の場合等	625円/15分	■	
おやつ	○		■	
排泄介助		625円/15分	■	
おむつ交換		625円/15分	■	
おむつ代		実費		実費
入浴(一般浴)介助		625円/15分	■	週3回から625円/15分
清拭		625円/15分	■	週3回から625円/15分
特浴介助		625円/15分	■	週3回から625円/15分
身辺介助				
・体位交換		625円/15分	■	
・居室からの移動		625円/15分	■	
・衣類の着脱		625円/15分	■	
・身だしなみ介助		625円/15分	■	
<生活サービス>				
居室清掃		625円/15分	■	週3回から625円/15分
リネン交換		625円/15分	■	週2回から625円/15分
洗濯		625円/15分		625円/15分
理美容		実費		実費
事務室での取次	○		■	

介護サービス等の一覧表

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
買物代行(通常の利用区域)		625円/15分・交通費実費	■	
買物代行(上記以外の区域)		625円/15分・交通費実費		625円/15分・交通費実費
買い物付添		625円/15分・交通費実費		625円/15分・交通費実費
事務手続き代行(役所・病院)		625円/15分・交通費実費		625円/15分・交通費実費
<健康管理サービス>				
定期健康診断		実費	■(年1回)	
健康相談	○	医療対応部分は医療費負担	■	医療対応部分は医療費負担
生活指導・栄養指導	○	医療対応部分は医療費負担	■	医療対応部分は医療費負担
服薬支援	○		■	
機能訓練		625円/15分	■	
通院介助 (協力医療機関)		625円/15分・交通費実費	■	交通費実費
通院介助 (上記以外)		625円/15分・交通費実費		625円/15分・交通費実費
生活リズムの記録(排便・睡眠等)			■	
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス		実費		実費
入退院時の同行(協力医療機関)		625円/15分・交通費実費	■	交通費実費
入退院時の同行(上記以外)		625円/15分・交通費実費		625円/15分・交通費実費
入院中の洗濯物交換・買物		625円/15分・交通費実費		625円/15分・交通費実費
<その他サービス>				
レクリエーション		実費		実費