

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		ブリガナ ホームステーションライフセージョウニシ				
住宅の所在地		〒 201-0004 東京都狛江市岩戸北4-2-36				
住宅へのアクセス		最寄駅	小田急線 喜多見駅			
		交通手段と所要時間	徒歩 8分			
住宅の連絡先		電話番号	03-5761-5871			
		FAX番号	03-5761-5872			
		ホームページアドレス	http://www.life-silver.com/			
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	2013年 9月 30日 から 2043年 9月 29日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		敷地面積	2054.48 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	2013年 9月 30日 から 2043年 9月 29日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	老人ホーム	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()	
	併設施設	延床面積	1,526.26 m ²	うち、少付き分	1,526.26 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)	1374500955					
指定した自治体名	東京都					
指定年月日(初回)	2013年 10月 1日					
指定有効期限	2025年 9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 checked="" 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	大江 和男	役職名	管理者		
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input checked="" 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)	2013年 10月 1日					

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャライフ 株式会社らいふ		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 140-0002 東京都品川区東品川2-2-24		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5769-7268	
	FAX番号	03-5769-7269	
	ホームページアドレス	http://www.life-silver.com/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	熊谷 敬	職名 代表取締役社長
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり		
設立年月日	1995年 11月 9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	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は、その旨）	<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input 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	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）															
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																
（建物賃貸借契約における契約の解除） ・建物賃貸借契約書第9条（契約の解除）に定める解除事由に該当したとき ・建物賃貸借契約書第10条（乙からの解約）により入居者が契約の解除を申し入れた場合（サービス利用契約における契約の解除） ・（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当したとき ・（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解除を申し入れた場合 ・生活支援サービス契約書第8条に定める解除事由に該当したとき ・生活支援サービス契約書第9条により入居者が契約の解除を申し入れた場合 （返還金について） 既に払い込まれている賃料は、日割りの賃料を差し引き返還します。																
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）																
<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td></td> </tr> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>か月</td> </tr> </table>						解約条項		解約予告期間	か月							
解約条項																
解約予告期間	か月															
利用者からの解約・予告期間・連絡先																
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">契約解約時の連絡先</td> <td>名称</td> <td colspan="4">ホームステーションらいふ成城西</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="4">03-5761-5871</td> </tr> </table>						契約解約時の連絡先	名称	ホームステーションらいふ成城西				電話番号	03-5761-5871			
契約解約時の連絡先	名称	ホームステーションらいふ成城西														
	電話番号	03-5761-5871														

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	36戸（登録申請対象戸数） / 36人	
居住部分の規模	（最小）	18.0 m ²
	（最大）	18.0 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 階数 地上3階建て うち、サ付き分 地上3階建て
竣工の年月日	2013年 9月 30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	
									タイプ
介護居室	タイプ1	2階	1	18.0 m ²	18	<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	3階	1	18.0 m ²	18	<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×4か所、2.3階×各1か所 (車いす等対応可能)					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	個浴	2か所	場所	2階 (1か所), 3階 (1か所)	面積	10.28 m ²			
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
	大浴槽	1か所	場所	1階	面積	24.00 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	共同浴室における介護浴槽	1か所	場所	1階	面積	16.0 m ²		
<input type="checkbox"/> 1 チェアー浴									
<input type="checkbox"/> 2 リフト浴									
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし							
食堂	場所	1階	面積	131.95 m ²					
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	機能訓練室					
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" 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	131.95 m ²					
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	食堂					
	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、洗濯室、台所								
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1基	定員	15	ストレッチャー	ストレッチャー対応			
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)	2015年 2月 17日	(狛江消防署)					
	防火管理者	大江 和男							
	避難訓練	消防署の指導のもと、1年 2回実施 (うち1回は夜間想定)							

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数										
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	0.5	生活相談員		
生活相談員			2			2	1			
看護職員(直接雇用)		1		2		3	2.2			
看護職員(派遣)						0	0			
介護職員(直接雇用)		4		21		25	13.7			
介護職員(派遣)						0	0			
機能訓練指導員				1		1	0.01			
計画作成担当者			1			1	0.5	生活相談員		
栄養士						0	0	外部委託		
調理員						0	0	外部委託		
事務員						0	0	外部委託		
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		40 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		1		6		7	1			
実務者研修の修了者						0				
介護職員初任者研修の修了者		2		10		12	8			
介護支援専門員		1				1	1			
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				5		5	2			
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						0				
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				1		1	0.01			
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	19:30	～	7:30	0人	2人	0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					2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 type="checkbox"/>	2.5 : 1 以上			
						<input checked="" type="checkbox"/>	3 : 1 以上			
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)	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
	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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼務する職種	生活相談員					
	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										
前年度1年間の退職者数										
数業に 応じた 従事 した 職員の 経年 人数 数年	1年未満		2	4	1					
	1年以上 3年未満	2	3	4						
	3年以上 5年未満			2			1		1	
	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"/> 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

地域に開かれた施設として、地域住民やボランティアの積極受け入れを実施する。身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止委員による取り組みを継続的に実施する。「真の」プロフェッショナルな介護職員を育成し、各自がプライドを持った介護サービスを提供する。入居者一人一人の心身状態に合わせた介護サービス計画の作成及び実施を徹底し、ADLの向上を図る。入居者様が自然体で快適に暮らして頂けるよう新生活サービスを充実させ実施する。

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)	・昼間9～17時は1時間毎、夜間17～9時は2時間毎に各住戸に職員が伺い安否の確認を行います。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのことを職員が随時、相談に応じます。	自ら実施
緊急時対応	・ナースコールを各住戸に設置し、24時間対応しています。緊急時には協力医療機関・ご家族へ連絡致します。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・入浴の際に職員1名が入浴介助を提供します。	自ら実施
排せつ介助	・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
居室清掃・洗濯等 家事援助	【居室清掃】職員1名が居室内清掃を行います。週1回までとします。 【洗濯家事】職員1名が日常の衣類等の洗濯を行います。週2回までとします。 【リネン交換】週1回シーツ交換を行います。	自ら実施
健康管理	【健康相談・血圧等の測定】 看護職員が必要に応じて、体温・血圧・脈拍等をチェックします。結果に基づきご相談に応じます。 【栄養相談】必要に応じ、外部の栄養士が相談にお応えします。 【医師往診】月1回、提携医が往診を行います。 【定期健診】年2回の機会提供があります。	自ら実施
服薬管理	・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

【医療対応体制】

1、提携先の医療機関、協力医にて、または医師の訪問を受けて行われる行為
 ①健康相談②診察、治療行為③定期健康診断④予防接種⑤緊急時の対応（24時間対応）⑥医師の指導のもと、機能訓練士によるリハビリ行為

2、施設看護師が実施する医療行為（医師の指示による）
 ①経管栄養（胃や鼻から直接栄養を流し込む）②点滴③インシュリンの投与④たん吸引⑤在宅酸素

3、施設スタッフが行う行為
 ①日常の健康管理として体温や心拍数・血圧（自動血圧測定器による）の測定と記録②医師の指示のもと、看護師の助言に基づいて、一包化された薬の服薬確認

4、治療への協力
 病気またはケガにより診断・治療が必要となった場合、次のサービスを提供します。
 ①緊急時の対応②通院の介助（一部有料）③入退院時の移送（一部有料）

【医療的ケア充実の為の協力医療機関との連携強化への取り組み】

1、医療機関との連携・情報の共有
 地域の協力医療機関の医師による月2回の訪問診療、また年2回の定期健康診断を実施。入居者様の健康状態は、看護師や介護スタッフで共有し、毎日のサポートに反映するとともに、お身体の状態については、状況に応じてご家族様にもお伝えしています。週1回、訪問歯科医による治療も実施。

2、緊急時の連絡体制
 ご家族様に事前にお決めいただいた優先順位に基づいた連絡体制のもと、緊急時には、看護師や介護スタッフが協力医療機関の医師との連携を図りながら、迅速な対応をいたします。ホームでの対応が難しい症状の場合や、医師からの指示があった場合は、医療機関での治療となります。

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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" 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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ)	<input checked="" 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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	3 : 1
食事の提供サービス	〈月契約の場合〉66,000円（税込） ・業務委託費、食料費、厨房部分の水光熱費、厨房機器リース費用 ・日額2,200円（内訳 朝食：708円、昼食：708円、夕食：709円、おやつ：75円） ・一日の喫食がないときのみ日額料金を返金します。		委託先：株式会社コスモプラン
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	医療法人社団寿恵会 経堂3丁目クリニック
		所在地	東京都世田谷区経堂3-20-22 住宅からの距離：約10*
		診療科目	内科
		協力内容	内科、訪問診療、健康診断、緊急対応
	医療機関 2	名称	
		所在地	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団コンパス コンパスデンタルクリニック三鷹	
	所在地	東京都三鷹市下連雀3-20-10 クレストメゾン三鷹B1F 住宅からの距離 約10km	
	診療科目	歯科	
	協力内容	歯科往診、口腔ケア	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 選択方式						
	※選択方式の場合： (該当する方式全て選択) <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式						
料金構造	前払金		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	円	期間	年/終身			
	算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出					
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費 サービス提供の対価				
		想定居住期間の算出根拠					
	支払日	(支払期日を記入)	支払方法				
	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	(短期解約ではない場合の返還金の算定方法を記入)			
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算日	入居した日
		算定方法 (月額単価を明示した上で日割り計算で記入)					
	返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)					
	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 type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会					
<input type="checkbox"/> その他 (名称:)							
敷金	金額		0 円	家賃の	か月分	算定根拠	※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	金額			家賃の	か月分	算定根拠	
家賃	134,800 円	近傍同種の家賃相場を参考に設定					
共益費	47,600 円	共用設備の維持管理費、専用住戸内の水光熱費含む					
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30 日の場合	※地域単価		10.7 円	※給付率 90 % (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%)	
(●割負担の場合)							
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用(円)	保険請求額(円)	自己負担額(円)
	a	b	c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	d=a+b+c	e=d×地域単価 小数点以下四捨五入	f=e×給付率 小数点以下四捨五入	g=e-f
要支援1	5,460	150	611	6,221	66,564	59,907	6,657
要支援2	9,330	150	1,033	10,513	112,489	101,240	11,249
要介護1	16,140	450	1,808	18,398	196,858	177,172	19,686
要介護2	18,120	450	2,025	20,595	220,366	198,329	22,037
要介護3	20,220	450	2,253	22,923	245,276	220,748	24,528
要介護4	22,140	450	2,462	25,052	268,056	241,250	26,806
要介護5	24,210	450	2,318	26,978	288,664	259,797	28,867
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) <input checked="" 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						
嚥取り介護加算(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						
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) <input checked="" 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/月)	<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 checked="" 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 type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ))	<input checked="" 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

※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。

※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)。

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(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		算定根拠:	・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり ・個別的な外出介助、個別的な買物等代行、週3回以上の入浴介助
食費	66,000円 (税込) 軽減税率対象外		朝食 708円、昼食 708円、夕食 709円、おやつ 75円 1日当たり2,200円×30日で精算 一日の喫食がないときのみ日額料金を返金します。
光熱水費	共益費に含む		・算出方法:(共用部分+住戸部分)÷入居者数 ・浴室等の共同利用部分及び廊下等の共用部分の維持管理に係る経費等
その他		円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
合計		円	
支払日・支払方法	【支払日】 入居者宛てに費用項目の明細を付し毎月18日までに請求書を発行します。詳細は、建物賃貸借契約書頭書【3】の通りです。 【支払方法】 ①郵便局引落:毎月20日 ②銀行引落:毎月翌月27日 ③振込:毎月月末頃を振込期日とさせていただきます(振込手数料は入居者負担)。		

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。食費は利用実績により日割り計算を行い、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だきません)。また、選択サービス費は利用実績があったもののみお支払いいただきます。

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、運営懇談会を踏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	要支援1	要介護3
	自己負担割合	割	割
	年齢	66歳	85歳
居室の状況	床面積	m ²	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		248,400円	248,400円
家賃		134,800円	134,800円
共益費		47,600円	47,600円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	円	円
	上乗せ介護費用(※2)	円	円
	介護費用(選状サービス)	円	円
	食費	66,000円	66,000円
	光熱水費	共益費に含む円	共益費に含む円
	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		89.7歳			入居者数合計 33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	1							
	65歳以上75歳未満								
	75歳以上85歳未満				1				1
	85歳以上		2	1	9	5	2	7	4
合計		1	2	1	10	5	2	7	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	9	8	15	1			33	
男女別入居者数		男性： 10人			女性： 23人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）		92%（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			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）			
		介護療養型医療施設へ転居				死亡			
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	ホームステーションらいふ成城西					
電話番号	03-5761-5871					
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時	30分
	土曜	8時	30分	～	17時	30分
	日曜	8時	30分	～	17時	30分
	祝日	8時	30分	～	17時	30分
定休日	なし					
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会（苦情対応係）					
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					
窓口の名称						
電話番号						
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	株式会社らいふ 施設事業部					
電話番号	03-5769-7268					
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時	30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	<p>〈事故発生時対応〉 事故の発生時は施設内マニュアルに沿って速やかに応急措置、協力医療機関、保険者へ連絡をし、指示を仰ぐ。若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うと共に、東京都住宅政策本部（TEL：03-5320-4967）へ至急連絡を入れ、施設長から家族への連絡も行います。さらに事故についての記録・検証を行い今後の防止策を講じます。</p>
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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： 三井住友海上火災保険株式会社) <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ありません。なお、夜間の外出・帰宅の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。

共用設備の利用について

食堂兼機能訓練室	必要に応じて随時。
浴室	入居者毎に入浴時間を定めさせていただきます。(週2回程度、10～17時の間) 個浴については9～17時の間で利用できます。
洗濯室	必要に応じて随時。
談話コーナー	入居者・来訪者との歓談の場として随時、利用できます。
談話コーナー(台所)	8～20時の間で必要に応じ随時、利用できます。

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

サービスの提供にあたり、利用者または他の入居者等の生命または身体を保護する為の緊急をやむを得ない場合のみ、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。
 【緊急をやむを得ない場合の判断基準】
 A、入居者(利用者)本人又は他の入居者(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。
 B、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。
 C、身体拘束その他の行動制限が一時的である。
 【やむを得ず身体拘束を行う場合の手続】
 I 内容をご家族に説明の上、同意を頂く。必要書類「緊急をやむを得ない身体拘束に関する説明書」①A、B、Cを全て満たしている場合のみ、緊急をやむを得ず、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。②解除することを目標に検討することを約束する。③上記書類の解除予定日またはモニタリング・カンファレンスにおいて、状況の変化がみられ解除あるいは時間や拘束方法の変更が必要となった場合、書類を新たに作成し家族へ再度説明・同意を得る。
 II 日々の記録①「身体拘束の記録」a. 拘束の必要理由・期間・時間帯を明記。b. 1P 4日分 内容と時間帯を表に記入。拘束中の観察記録・一時解除の状況などを特記事項に記入。記入者はサイン又は捺印する。c. 身体拘束委員による確認印d. 身体拘束委員長による確認印・施設長による確認印②「介護・看護記録」
 III 会議・勉強会「身体拘束禁止委員会・高齢者虐待防止委員会」①対象者がいる場合は毎月行う。いない場合は2ヶ月に一度、委員会による話し合い、勉強会を開催。②経過観察・再検討記録を記録する

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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	大規模修繕の実施予定	月頃実施予定		
	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)	会社側代表(本社役職者、施設管理者)、入居者、ご家族が参集し、会社側より運営会社の(開催内容等)決算報告、新規開設施設の案内、各種取組報告等を行った後、意見交換を行い、以降の施設運営に反映させるための機会とします。		
	<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 <input type="checkbox"/> なし	実施日	開設時から随時 結果の開示 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	実施日	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	高齢者の居住の安定確保に関する法律の基本方針及び都の高齢者居住安定確保計画に照らして適切であります。			

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 株式会社らいふ

所在地 東京都品川区東品川2-2-24

代表者名 取締役 事業部長 村上 慎太郎

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

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
くまがい たかし 熊谷 敬	代表取締役社長
なかの しんいちろう 中野 慎一郎	監査役
まつかぜ こうじ 松風 幸二	取締役
むらかみ しんたろう 村上 慎太郎	取締役
さとう ゆみこ 佐藤 由美子	取締役
かやき いくじ 栢木 伊久二	取締役
ひやくたけ なおき 百武 尚樹	取締役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

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	有り	5	らいふホームヘルプサービス	品川区東品川2-2-24
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	無し			
訪問リハビリテーション	無し			
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	無し			
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	14	ホームステーションらいふ経堂	世田谷区桜1-31-5
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	5	らいふ指定居宅介護支援事業所	東京都品川区東品川2-2-24
<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	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
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	無し			
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	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	8	ホームステーションらいふ成城西	東京都狛江市岩戸北4-2-36
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	無し			
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
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

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	○ 1時間毎に巡回	—	■ 1時間毎に巡回	—
・巡回 夜間	○ 2時間毎に巡回	—	■ 2時間毎に巡回	—
生活相談	○ 8時～18時随時	—	■ 8時～18時随時	—
緊急時対応	○ 24時間対応	—	■ 24時間対応	—
オンコール対応	○ 入居者からのナースコール及び必要時	—	■ 入居者からのナースコール及び必要時	—
フロントサービス [受付(来訪者・電話対応)、郵便物・宅配便等の一時預かり 新聞の受付、保管、図書閲覧サービス、ゴミ出し]	○	—	○	—
<介護サービス>				
食事介助	—	—	■計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助	—
排泄介助	—	—	■計画に基づき随時。必要に応じ、見守りまたは介助 ■全面介助の場合は毎日5回及び随時	—
おむつ交換	—	—	■全面介助の場合は毎日5回及び随時	—
おむつ代	—	—	—	実費
入浴(一般浴)介助	—	一時的のみ 2,200円/回(税込)	■原則週2回1階浴室にて入浴時見守りまたは介助	原則週3回目以降は1回に付4,400円(税込)
清拭	—	—	■必要に応じ随時	—
特浴介助	—	—	■身体的状況により週2回特浴介助	—
身辺介助	—	—	■必要に応じ随時	—
・体位交換	—	—	■2時間おき及び随時のオムツ交換時	—
・居室からの移動	—	—	■杖 歩行器、車椅子で介助	—
・衣類の着脱	—	—	■毎朝・夜および入浴時他、適宜	—
・身だしなみ介助	—	—	—	—
機能訓練	—	—	■計画に基づき随時 ・可動域訓練 ・ADL訓練 ・歩行訓練 ・階段昇降	—
通院介助 (協力医療機関)	—	無料	■	無料
通院介助 (上記以外)	—	通院の付き添い 660円/10分(税込) 交通費実費徴収	—	通院の付き添い 660円/10分(税込) 交通費実費徴収

介護サービス等の一覧表

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)
<生活サービス>				
居室清掃	-	・11,000円/月額(税込) ・個人的な要請があった場合は、1,980円/1回または業者紹介	■清掃:週1回提供 介護上必要な場合は必要回数	個人的な要請があった場合は、1,980円/1回または業者紹介
リネン交換	-	・居室清掃:週1回提供 ・リネン交換:原則週1回	■原則週1回	-
日常の洗濯	-	・日常の洗濯:週2回提供	■原則週2回	-
居室配膳・下膳	-	食事サービス費を含む	■月・日契約時に提供	-
嗜好に応じた特別食	-	・行事ごとのお祝い会で提供 ・通常食との差額	行事ごとのお祝い会で提供	通常食との差額
おやつ	-	月・日契約時に提供	月・日契約時に提供	-
理美容	-	訪問理容師対応(実費)	訪問理容師対応	実費
買物代行(通常の利用区域)	-	660円/10分(税込) 交通費実費徴収	■週1回	-
買物代行(上記以外の区域)	-		随時	660円/10分(税込) 交通費実費徴収
役所手続き代行	-		随時	
<健康管理サービス>				
定期健康診断	-	年2回の機会提供(実費)	年2回の機会提供	実費
健康相談	-	・11,000円/月額(税込)	■都度	-
生活指導・栄養指導	-	・健康相談:都度 ・生活指導・栄養指導:月1回、必要に応じ随時	■月1回、必要に応じ随時	
服薬支援	-	・服薬支援:生活リズムの記録:都度	■都度	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	-		■都度	
<入退院時、入院中のサービス>				
入退院時の同行(協力医療機関)	-	無料	-	無料
入退院時の同行(上記以外)	-	入退院の付き添い 660円/10分(税込) 交通費実費徴収	-	入退院の付き添い 660円/10分(税込) 交通費実費徴収
入院中の洗濯物交換・買物	-	-	-	-
入院中の見舞い訪問	-	-	-	-
<その他サービス>				
レクリエーション	-	材料費等は実費 週2回または随時	■週2回または随時	材料費等は実費

この様式は参考様式です。住宅ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて(※)介護サービス等の一覧表を作成すること。
※自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、住宅のサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。
※住宅で行われるサービスは全て記載すること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。