

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 ローベルニシオギクボ ローベル西荻窪			
住宅の所在地	〒 167-0042 東京都杉並区西荻北3丁目11番25号			
住宅へのアクセス	最寄駅	JR中央本線「西荻窪」駅		
	交通手段と所要時間	徒歩8分		
住宅の連絡先	電話番号	03-6913-6222		
	FAX番号	03-6913-6212		
	ホームページアドレス	http://www.ei-welfare.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 checked="" type="checkbox"/> 使用賃借による権利	
		期間	2021年 1月20日 から 2041年 1月19日 まで	
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
		敷地面積	999.58 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"/> 使用賃借による権利	
		期間	2021年 1月20日 から 2041年 1月19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	サービス付き高齢者向け住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 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()	
	延床面積	1,876.54 m ²	うち、サ付き分	1,876.54 m ²
	併設施設	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"/> 使用賃借による権利	
		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	
介護保険事業所番号（特定施設）	1371510726			
指定した自治体名	東京都			
指定年月日（初回）	令和 3年 3月 1日			
指定有効期限	令和 9年 2月28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	八木橋 拓哉	役職名	管理者
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(住宅の開業年月日)	令和 3年 3月 1日			

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャヒガシニホンフクシケイエイサービス 株式会社東日本福祉経営サービス		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 950-0150	新潟県新潟市江南区下早通柳田	
事業主体の連絡先	電話番号	025-381-8256	
	FAX番号	025-381-8246	
	ホームページアドレス	http://www.ei-welfare.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	五十嵐 豊	職名 代表取締役
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり		
設立年月日	平成 14年 10月 29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	108	面積	18.00㎡	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 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"/> 次の①又は②に該当する者である。 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必要があ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	令和 年 月 日			
		更新	自動更新			
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日まで	
		更新				
契約解除の内容	入居契約書第11条の通り					
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12条による				
	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13条上による					
契約解約時の連絡先	名称	ローベル西荻窪 生活相談室（責任者／管理者）				
	電話番号	03-6913-6222				

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	42戸（登録申請対象戸数） / 44人	
居住部分の規模	(最小)	18.00㎡
	(最大)	26.60㎡
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	地下1階地上3階 うち、サテキ分 地下1階地上3階
竣工の年月日	2021年 1月20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1	1・2・3	1	18.00 m ²	40	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護居室	タイプ2	2・3	2	26.60 m ²	2	<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								
便所	共同便所	7 か所	うち男女別	階 (か所)					
			うち、男女共用	階 (5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							
	個別浴	3か所	場所	1・2・3階 (各1か所)	面積	30.73 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	1か所	場所	地階	面積	32.33 m ²			
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" 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	地階	面積	11.98 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	地階		面積	171.09 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	地階		面積	171.09 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	ラウンジ・談話スペース・洗濯室								
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1 基	定員	15人	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 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)		令和3年 3月 5日	(荻窪消防署)				
	防火管理者	八木橋 拓哉							
	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			2	1		3	1.5	
看護職員(直接雇用)		1				1	1	
看護職員(派遣)				2		1	1.6	
介護職員(直接雇用)		2	2			5	4	
介護職員(派遣)		0		15		10	5.6	
機能訓練指導員				1		1	0.8	
計画作成担当者			2			2	1	
栄養士					1	1	0.5	(株)アイ・フーズ委託
調理員					1	1	0.5	(株)アイ・フーズ委託
事務員				2		1	1.5	
その他従業者						0		

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 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	2	5		8	4	
実務者研修の修了者				2		2	1	
介護職員初任者研修の修了者		2		2		4	3	
介護支援専門員			2			2	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						0		

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			1			1	0.8	
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 介護福祉士

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	宿直	夜勤	宿直	
	16:00 ~ 10:00	0人	3人	0人	3人	
	~	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 1.6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】
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択
外部サービス利用型特定施設である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)	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <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)
	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		介護職員			
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護福祉士			
	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年間の採用者数	3		11	1	2		1		2	
前年度1年間の退職者数	2		9	1						
数業に 応じ た事 務し た 職 員 の 経 験 年 数	1年未満	2	6	1						
	1年以上 3年未満		2							
	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"/> 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
1. ご利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 2. 従業者は入居者の尊厳を確保しつつ、利用者が自宅と同じ日常生活を営む事が出来る様、家庭的な環境下で介護計画に基づき、日常生活のお世話と機能訓練を行います。 3. 入居者とご家族に対しサービスの内容等の情報を開示し、施設運営について理解を得るように努めます。 4. 事業の運営にあたっては、安全かつ継続的な事業運営に努めます。

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)	日中は随時、夜間は2時間毎に巡回	
生活相談	日常生活における入居者の心配事や悩みなどについては、職員がいつでも相談に応じます。 (例) 食事・健康面・趣味・人間関係等 財産管理や運用等に関する相談に関しては、施設が弁護士、税理士等の専門家を紹介します。	
緊急時対応	急に身体の具合が悪くなった場合は、緊急呼び出しボタンを押していただければ建物内1階事務室にて通報を受信の上、職員が24時間駆け付けの確かつ迅速に応急処置に当たります。また、状況により医師と連絡をとり、協力医療機関・歯科医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるよう取り計らいます。併せてご家族への連絡も行います。	
食事介助	食堂において食事介助を行います。	
排泄介助 おむつ交換	利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 排泄の自立に向けた援助を行います。	
入浴（一般浴） 介助・清拭	週2回入浴介助を行います。	
特浴介助	週2回特浴介助を行います。	
居室清掃・リネン 交換・日常の洗濯	週に1回居室清掃、リネンを交換、週2回洗濯を行います。	
健康管理	医師・看護師による健康情報の継続的管理を行います。入居者の心身の悩みについてはホームの看護職員及び相談員が相談に応じます。2週間毎に1回を基本として、往診医訪問による健康相談を行います。	

住宅で対応できる医療的ケアの内容
健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等）、医師の指示に基づく経管栄養（胃ろう）、在宅酸素、人工肛門、インシュリン

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 checked="" 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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<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 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 checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <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)	2.5 : 1
食事の提供サービス	前日の午後4:00までにお申し付けください。食事のサービス（配食サービス）はその都度、申込書が必要です。食事を希望・変更もしくはキャンセルをする場合は前日の午後4:00までに職員に申し出てください。（キャンセル料はいただきません。）夕方4:00以降の希望、変更およびキャンセルは原則お受けできません。（キャンセル料は所定の金額全額をいただきます。）1ヶ月分（3食まとめて、または昼のみ・夜のみ・朝と夜のみ等）まとめた注文も可能です。住宅提供以外のものは実費負担となります。その他詳細は別紙1をご参照ください。		(株) アイ・フーズ
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
定期健康診断	あり	年2回、実費負担	
個別的な買物等の代行	あり	30分1,650円、その後30分毎に1,100円加算	
週3回以上の入浴介助	あり	1回3,300円	

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
※複数選択可		<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 ()
協力医療機関	医療機関 1	名称 医療法人社団黎明会 杉並北クリニック 所在地 東京都杉並区下井草4-31-2 ツクイ・サンシャイン杉並1階 住宅からの距離：約 *。 診療科目 内科 協力内容 訪問診療・日中、夜間帯の健康相談・入院治療の受入れ先確保・緊急時の診療
	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 医療法人社団澁和会 高円寺おやなぎ歯科 所在地 東京都杉並区高円寺南3-22-15 ウェストリバー高円寺1階 住宅からの距離：約 *。 診療科目 歯科 協力内容 訪問歯科診療、往診、歯科健康管理・指導訪問歯科診療

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： (該当する方式全て選択) <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								
料金構造	前払金	<input 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	円	期間	6年/終身					
	算定方法	月額単価(円) × 想定居住期間(72か月)により算出							
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費	月額賃料の一部					
			サービス提供の対価	前払いなし					
		想定居住期間の算出根拠	公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び弊社実績データをもとに72か月と設定しています。						
	支払日		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	(月額賃料の一部 円 ÷ 30日) × (想定居住日数 - 現に経過した日数)					
	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				
		算定方法	規定により受領した前払い金 - (月額賃料の一部 ÷ 30日 × 乙の入居日から乙の死亡又は本契約の解除若しくは解約までの期間)						
	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 checked="" type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社第四北越銀行					
		<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	算定根拠								
金額	708,000 円	家賃の	3 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	236,000 円	本物件周辺の賃貸住宅の価格を基に、当ホームの面積・定員・初期投資等を考慮して算定							
共益費	47,900 円	階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、清掃費等							
介護費用(介護保険)	1ヶ月 30日の場合	※地域単価 10.9 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%)							
		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 小敷金以下四捨五入	d = a + b + c	e = d × 地域単価 小敷金以下四捨五入	f = e × 給付率 小敷金以下四捨五入	g = a - f	
		要支援1	5,460	80	520	6,060	66,054	59,448	6,606
		要支援2	9,330	80	885	10,295	112,215	100,993	11,222
		要介護1	16,140	380	1,553	18,073	196,995	177,295	19,700
		要介護2	18,120	380	1,739	20,239	220,605	198,544	22,061
		要介護3	20,220	380	1,936	22,536	245,642	221,077	24,565
		要介護4	22,140	380	2,117	24,637	268,543	241,688	26,855
		要介護5	24,210	380	2,311	26,901	293,220	263,898	29,322
		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				
		筆取り介護加算 (72~1,780単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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						
		百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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
		口腔衛生管理体制加算 (30単位/月)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
		口腔・栄養スクリーニング加算 (1) (20単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	※対象者のみ				
		退院・退所時連携加算 (30単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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%、加算Ⅳ…3.3%×90/100、加算Ⅴ…3.3%×90/100
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		円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 算定根拠:
(介護保険外) 利用者の個別的选择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痛さ來ます。		料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり 定期健康診断、個別的な買物等の代行、週3回以上の入浴介助
食費	69,000 円		朝食650円、昼食745円、夕食745円、おやつ160円 喫食実績に基づき精算するものとします。 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、昼食、夕食ほかに、おやつをご提供します。朝食の費用のみが軽減税率(8%)の対象となりますが、おやつは軽減税率の対象外となります。なお、朝食提供のご契約が無い場合でもおやつは軽減税率の対象とはなりませんので、あらかじめご了承ください。その他詳細は別紙1をご参照ください。
光熱水費	0 円		建物全体に係る光熱水費から維持管理費及び事務所で使用する光熱水費を控除した額をもとに、各住戸の面積按分により算定。(共益費を含む)
フロントサービス費	89,100 円		来訪者への対応、郵便物及び宅配物の一時預かり、身元引受人及びご家族への連絡、タクシー・理美容・クリーニング等の手配を行ないます。
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	入居者宛に費用項目ごとの明細を付け毎月15日までに請求します。施設はこれに基づき原則として、その金額を施設指定銀行口座から自動引き落としとします。入居者は、施設の指定する銀行に入居者名義の普通預金口座を設け、その口座から毎月27日までに自動振替の方法により、施設の口座に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

入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費・フロントサービス費をお支払いいただきます。
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

施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します。

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	要支援2
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	80歳
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 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	7,200,000円	7,200,000円
	敷金	441,000円	441,000円
月額費用の合計		364,061円	353,222円
家賃		136,000円	136,000円
共益費		47,900円	47,900円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	22,061円	11,222円
	フロントサービス費	89,100円	89,100円
	介護費用(選択サービス)	円	円
	食費	69,000円	69,000円
	光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
	その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり

- ※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		86.19歳		入居者数合計		30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		1		1		1	1	
	75歳以上85歳未満		1	1	1		2	2	
	85歳以上		1	4	4	3	4	3	
合計		0	3	5	6	3	7	6	0
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	8	16	8					32
男女別入居者数		男性: 8人			女性: 22人				
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		70% (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			10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			2	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)への転居			2	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の転居				医療機関(入院)			
		介護療養型医療施設への転居				死亡			4
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居			2	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	ローベル西荻窪 生活相談室（責任者/管理者）					
電話番号	03-6913-6222					
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00分
	土曜	9時	00分	～	18時	00分
	日曜	9時	00分	～	18時	00分
	祝日	9時	00分	～	18時	00分
定休日						
窓口の名称	株式会社東日本福祉経営サービス 東京オフィス					
電話番号	03-6661-7545					
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00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	杉並区 保健福祉部 介護保険課相談調整担当					
電話番号	03-3312-2111					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日						
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	00分	～	17時	00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、年末年始					

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	直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
--------	---

損害賠償責任保険の加入状況

あり (保険の名称及び加入先：損害保険ジャパン株式会社) なし

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等

午前9：00から午後6：00まで受付に職員がおります。但し、出入りにつきましては、暗証番号の入力が必要になりますので、職員にお申し付けください。上記以外の時間につきましては、原則施錠されております。緊急の場合は、玄関脇のインターホンをご利用いただき、宿直職員にて対応いたします。

共用設備の利用について

入居者は、共用施設及び共用設備を「管理規定」の別表Ⅱ「共用施設等の利用細則」に基づいてこれを利用することができます。入居者は、「共用施設等の利用細則」に定める利用時間を越えて共用施設等を利用する時は、住宅管理者の承認を得るものとします。

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

- ・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、身体的拘束等を行いません。
- ・「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、
- ・身体的拘束等を行う場合は、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同意書を書き、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。

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 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 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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		
	大規模修繕の実施年度	2041年1月頃実施予定		
	その他計画的な修繕予定	概ね10年毎に建物外装、屋上防水、設備補修工事		
運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 2 回) (開催内容等)	年2回、管理者・職員・入居者全員(参加が困難な場合は家族等)で構成する運営懇談会を開催し、施設側から入居状況、サービス提供状況及び施設の収支等について報告・説明すると同時に、入居者及び入居者家族等からの要望・意見を管理・運営に反映させ、業務を円滑に行う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	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	基本方針及び都の「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営します。			

説明年月日

令和 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 株式会社東日本福祉経営サービス

所在地 新潟県新潟市江南区下早通柳田二丁目2番17号

代表者名 代表取締役 五十嵐 豊 印

説明者氏名 八木橋 拓哉 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



食事サービス

項目	内容	料金(税込)	予約
食事提供時間	朝食 8:00~	朝食 650円	前日の午後4:00まで にお申し付け下さい
	昼食 12:00~	昼食 745円	
	夕食 17:30~	夕食 745円	
	おやつ 15:00~	おやつ 160円	
治療食	慢性病等のためまたは一時的に治療食の必要な方には医師の指示を受けて治療食を提供します	別途提示	前日の午後4:00まで にお申し付け下さい
特別食	親しい仲間や家族、友人との会食、お祝いごとには、要望・予算に応じ特別食を手配いたしますなお、来訪者には入居者と同じメニューで食事の提供をいたします	別途金額を事前に提示 します	前日の午後4:00まで にお申し付け下さい
配膳サービス	お食事は、原則食堂で召し上がっていただきますが、お部屋で召し上がられる場合は、お部屋までお運びします	220円/回 (但し、特別な理由が あるときは除きます)	前日の午後4:00まで にお申し付け下さい

※食事のサービス(配膳サービス)はその都度、届出書が必要です。

※食事を希望・変更もしくはキャンセルをする場合は前日の午後4:00までに職員に申し出てください。夕方4:00以降の希望、変更およびキャンセルは原則お受けできません。(キャンセルの場合、所定の料金を頂戴いたします。)

※1ヶ月分(3食まとめて、または昼のみ・夜のみ・朝と夜のみ等)まとめた注文も可能です。

※病院・歯科医療機関等で担当医師から食事に関する指示書(食事箋)が出されている場合には職員にご提示ください。

※特別食には、定期的実施する入居者合同イベント等の際に提供する行事食も含まれています。

※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、昼食、夕食のほかに、おやつをご提供します。朝食の費用のみが軽減税率(8%)の対象となりますが、おやつは軽減税率の対象外となります。なお、朝食提供のご契約が無い場合でもおやつは軽減税率の対象とはなりませんので、あらかじめご了承ください。

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	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	2 ローベル西台	板橋区西台1-40-15
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	無し		
<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	2 ローベル西台	板橋区西台1-40-15
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

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	1日1回 10時頃に居室訪問	—	■随時	—
・巡回 夜間		—	■2時間毎に巡回	—
生活相談	随時	—	■随時	—
緊急時対応	24時間対応	—	■24時間対応	—
オンコール対応	24時間対応	—	■24時間対応	—
<介護サービス>				
食事介助	—	食事介助1,100円/1回	■必要時	—
排泄介助	—	排泄介助5,500円/1日 1,100円/1回	■必要時	—
おむつ交換	—	生活サポート契約で提供 (42,900円/月)	■必要時	—
おむつ代	—	実費負担	—	実費負担
入浴(一般浴)介助	—	3,300円/1回 週2回、生活サポート契約で 提供(42,900円/月)	■週2回までは介護保険の対象	週2回を超える場合は1回 3,300円
清拭	—		■必要時	—
特浴介助	—	身辺介助550円/1回 生活サポート契約で提供 (42,900円/月)	■週2回までは介護保険の対象	週2回を超える場合は1回 3,300円
身辺介助	—		■必要時	—
・体位交換	—		■必要時	—
・居室からの移動	—		■必要時	—
・衣類の着脱	—		■必要時	—
・身だしなみ介助	—	■必要時	—	—
機能訓練	—	—	■随時	—
通院介助 (協力医療機関)	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円 加算 生活サポート契約で提供(42,900円/月)	■必要時	—
通院介助 (上記以外)	—	30分1,650円その後30分毎 に1,100円加算	—	30分1,650円その後30分毎 に1,100円加算
<生活サービス>				
居室清掃	—	1,650円/1回(30分) 2日に1回、生活サポート契約で提供 (42,900円/月)	■2日に1回	—
リネン交換	—	880円/1回) 週1回、生活サポート契約で 提供 (42,900円/月)	■週1回	—
日常の洗濯	—	1,650円/1回(30分) 週2回、生活サポート契約で 提供 (42,900円/月)	■週2回	—
居室配膳・下膳	特別な理由がある場合	220円/1回 (特別な理由がある場合を除く)	■必要時	220円/1回 (特別な理由がある場合を除く)
嗜好に応じた特別食	—	実費負担	—	実費負担

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)
おやつ	—	160円/1食(施設提供以外のものは実費負担)	—	160円/1食(施設提供以外のものは実費負担)
理美容	—	実費負担	—	実費負担
買物代行(通常の利用区域)	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円 生活サポート契約で提供(42,900円/月)	■必要時	—
買物代行(上記以外の区域)	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円
役所手続き代行	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円加算 介護保険に関する手続きは生活サポート契約で提供(42,900円/月)	■介護保険に関する手続きは介護保険の対象	30分1,650円その後30分毎に1,100円
<健康管理サービス>				
定期健康診断	—	年2回、費用は自己負担	—	年2回、費用は自己負担
健康相談	適時対応	—	■適時対応	—
生活指導・栄養指導	—	—	■適時対応	—
服薬支援	—	—	■適時対応	—
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	—	—	■適時対応	—
<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)	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円加算 生活サポート契約で提供	■必要時	—
入退院時の同行(上記以外)	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円加算	—	30分1,650円その後30分毎に1,100円加算
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>				
フロントサービス	89,100円/月	—	○89,100円/月	—

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。