

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
重要事項説明書

祖師谷ケアパークそよ風

株式会社SOYOKAZE



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 ソシガヤケアパークソヨカゼ 祖師谷ケアパークそよ風			
住宅の所在地		〒 157-0072 東京都世田谷区祖師谷4丁目3番15号			
住宅へのアクセス		最寄駅	小田急線 祖師ヶ谷大蔵駅		
		交通手段と所要時間	徒歩7分		
住宅の連絡先		電話番号	03-5429-8591		
		FAX番号	03-5429-2388		
		ホームページアドレス	https://www.sy kz.co.jp		
権原等	敷地	所有関係	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
		敷地面積	828 m ²		
	住宅(建物)	所有関係	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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()
	延床面積	1,649.7 m ²	うち、サケキ分	1,649.7 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）		1371209360			
指定した自治体名		東京都			
指定年月日（初回）		平成23年3月1日			
指定有効期限		令和11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	二上 太郎	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(住宅の開業年月日)		平成23年3月1日			

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャソヨカゼ 株式会社SOYOKAZE		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 107 - 0061 東京都港区北青山二丁目7番13号 プラセオ青山ビル		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5413-8228	
	FAX番号	03-5413-8227	
	ホームページアドレス	https://www.syzk.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中川 清彦	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	昭和50年 6月 2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	112号室	面積	32.00㎡	定員	2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 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						
①利用者が死亡した場合 ②利用者の要介護状態区分が非該当（自立）と認定された場合 ③居室の賃貸借契約が終了した場合 ④事業所が特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の事業所指定を取り消された場合 ⑤利用者が事業所の提供する特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護に代えて、他の指定居宅サービスの利用を選択した場合						
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						
解約予告期間	か月					
利用者からの解約・予告期間・連絡先						
利用者は、本契約の有効期間中、いつでも本契約を解除することができます。この場合、利用者は契約終了を希望する日の30日以上予告期間において事業者に書面により通知するものとします。						
契約解除時の連絡先	名称	祖師谷ケアパークそよ風				
	電話番号	03-5429-8591				

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	30戸（登録申請対象戸数）		／ 38人			
居住部分の規模	(最小)	25.92㎡		詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	(最大)	32.20㎡				
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	地上3階地下1階	うち、サ付き分	地上3階地下1階
竣工の年月日	平成16年1月29日 竣工 平成23年1月 再規模改修工事					
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階・2階・3階	1	25.92 m ²	16	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ2	1階・2階・3階	1	26.60 m ²	6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ3	1階・2階	1~2	30.34 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ4	1階・2階・3階	1~2	32.20 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ5	1階・2階・3階	1~2	32.00 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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	なし					
			うち、男女共用	1階（1か所（車いす等対応可能）） 地下1階（5か所（うち、2か所車いす等対応可能））					
浴室	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし							
	個室	1か所	場所	地下1階	面積	3.87 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	地下1階	面積	25.92 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	1か所	場所	地下1階	面積	25.92 m ²				
共同浴室における介護浴槽		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	地下1階		面積	51.67 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	地下1階		面積	51.67 m ²				
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備						
	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	エントランス、シアタールーム、和室、食堂（機能訓練室にも使用）、健康管理室、ゲストルーム、屋上庭園、中庭								
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1基	定員	9	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）		2019年 6月 6日（ 成城消防署）					
	防火管理者	笠原 宏之							
	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

従業員の数									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	業務状況等 (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	0.1	生活相談員、介護職員	
生活相談員			2			2	1.0	施設長・管理者・介護職員	
看護職員(直接雇用)			1		1	2	1.4	機能訓練指導員	
看護職員(派遣)						0	0.2		
介護職員(直接雇用)		4	3	10	1	18	10.4	生活相談員、けいかく	
介護職員(派遣)						0	0		
機能訓練指導員			1		1	2	0.1	看護職員	
計画作成担当者					1	1	0.7	介護職員	
栄養士		1				1	1		
調理員				3		3	2.1		
事務員			1			1	0.7	介護職員	
その他従業員			1	3		4	0.9	施設長・洗濯職員・清掃職員	
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		2	2	3	1	8	5		
実務者研修の修了者						0			
介護職員初任者研修の修了者		1	1	4		6	1.6		
介護支援専門員					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		1				1	3.1		
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	2	0.1		
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 ~ 翌9:30	人	1人	人	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						1.54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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼務する職種		介護職員、生活相談員				
	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		0	1	1	2						
前年度1年間の退職者数		0	2	1	3						
数業に 応じた 従事し た事 務の 経 験 年 数	1年未満		1	1	3			1			
	1年以上 3年未満	1		2	3			1		1	
	3年以上 5年未満			0	0						
	5年以上 10年未満			2	3						
	10年以上			1	1	2					
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

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。

サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	・昼間2回、夜間3回、職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯もご利用者様（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	・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、職員がご相談をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	・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職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ必要な対応（協力医療機関連絡、救急車の呼び出し、ご家族への連絡等）を行います。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助、見守り等を行います。	自ら実施
入浴介助	・週3回入浴介助を行います。	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	・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。） ・週3回洗濯を行います。（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	・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。 ・年2回、協力医療機関において定期健康診断を実施します。 ・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	・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

- ・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、吸引、ストーマ、尿管ルーン

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 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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input 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 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 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 : 1
食事の提供サービス	・朝、昼、おやつ、夜 希望者に提供します。 ・朝食は7時30分～8時30分まで、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2時間前までにお知らせ下さい。(朝食は前日の19時まで) それ以降のキャンセルについては、キャンセル料(実費)が発生してしまいますので、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	あり あり 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 ※複数選択可	<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 ()			
協力医療機関	医療機関 1	名称	医療法人社団 幸野メディカルクリニック	
		所在地	東京都世田谷区祖師谷3-30-28 住宅からの距離：約 550m	
		診療科目	内科(内科一般、循環器科、消化器科、呼吸器科)	
		協力内容	訪問診療、24時間緊急対応、健康相談、定期健康診断	
		医療機関 2	名称	
			所在地	住宅からの距離：約 *。
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団 コンパス コンパスクリニック横浜	
		所在地	神奈川県横浜市都筑区中川1-19-25-101 住宅からの距離：約 13*。	
		診療科目	歯科	
		協力内容	訪問歯科	

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 checked="" 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： <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input 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	20,160,000円	期間	7年/終身			
	算定方法	月額単価(240,000円)×想定居住期間(84月)により算出					
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費	家賃	円 <input type="checkbox"/> あり		
		サービス提供の対価	前払い無し				
		想定居住期間の算出根拠	簡易生命表等による平均的な余命等を簡算するなどして居住継続率が概ね50%となる期間を考慮して設定する。				
	支払日	(支払期日を記入)	支払方法	全額を 月 日までに指定口座にお振込みいただく。			
	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	1か月分の賃料÷30日×(契約期間日数-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		前払家賃-(1か月分の賃料÷30日×入居日の翌日から契約終了・解除・解約の期間)					
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 type="checkbox"/> 遊借保証を行う銀行等の名称						
	<input checked="" type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称 朝日信託株式会社						
	<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	円	家賃の	2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	円						
共益費	30,000円						
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割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)					
(1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)
	b	a	c	d=b+a+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	0	596	6,056	66,010	59,409	6,601
要支援2	9,330	0	1,017	10,347	112,782	101,503	11,279
要介護1	16,140	0	1,759	17,899	195,099	175,589	19,510
要介護2	18,120	0	1,975	20,095	219,035	197,131	21,904
要介護3	20,220	0	2,204	22,424	244,421	219,978	24,443
要介護4	22,140	0	2,413	24,553	267,627	240,864	26,763
要介護5	24,210	0	2,639	26,849	292,654	263,388	29,266
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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ						
医療機関連携加算(80単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ						
看取り介護加算(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						
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 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)(30単位/週)	<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%
	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	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	41,905円	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	税別38,095円 算定根拠:介護保険給付基準を上回る、要支援者及び要介護者2名に対して常勤換算で1名以上の職員体制(週40.0時間換算)
(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 ・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	76,620円		朝食 566円、昼食 891円、夕食 943円、間食 154円 1日当たり2,554円×30日で精算 キャンセルする場合の取扱い:朝食は前日19時、それ以外は2時間前までに職員に連絡してください。 消費税軽減税率制度における飲食物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・間食は軽減税率8%適用。昼食・夕食は通常税率10%適用です。
光熱水費		円	居室の電気・ガスは入居者による直接契約となります。水道代は共益費に含まれます。
その他	41,905円		税別35,095円 来訪者の取次ぎ、電話の取次ぎ、郵便・宅急便の受取、業者手配(タクシー、クリーニング等)、インターネット検索、新聞・雑誌などの管理、娯楽活動(映画、カラオケ等)
合計		円	
支払日・支払方法	<p>*2人入居に関して、同居人が特定施設入居者生活介護を締結している場合に限り、同居人の費用を手厚いサービス費月額15,714円、フロントサービス費月額15,714円とします。</p> <p>・毎月15日に請求書を発行し、利用者様に送付します。 ・毎月27日に、支払請求分を口座振替の方法でお支払いいただきます。</p>		
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・共益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しません)。 			
料金改定の条件及び手続き			
本契約に基づくサービス料金において、介護保険法等の変更、人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、事業者は当該利用料金を変更することができます。サービス料金の変更に際し、事業者は変更に伴う説明を行い、入居者に対し書面の同意を得たうえで、当該利用料金の変更するものとします。			

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		要介護2	
	自己負担割合	1割		1割	
	年齢	80歳		80歳	
居室の状況	床面積	25.90㎡		25.90㎡	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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	16,800,000円		0円	
	敷金	400,000円		400,000円	
月額費用の合計		212,334円		412,334円	
家賃		0円		200,000円	
共益費		30,000円		30,000円	
サービス費用 (※3)	介護保険外	21,904円		21,904円	
	上乗せ介護費用(※2)	41,905円		41,905円	
	介護費用(選択サービス)	0円		0円	
	食費	76,620円		76,620円	
	光熱水費	0円		0円	
	その他	41,905円		41,905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		88.1歳			入居者数合計					30人						
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							
介護度別・年齢別入居者数	65歳未満															
	65歳以上75歳未満								1							
	75歳以上85歳未満			1	3	2	1									1
	85歳以上	2		2	6	2	3	4								2
	合計	2	0	3	9	4	5	4							4	3
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	1	4	17	6	2	0									
男女別入居者数		男性：6人			女性：24人											
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）		93.3%（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			2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			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	祖師谷ケアパークそよ風 管理責任者				
電話番号	03-5429-8591				
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	年中無休				
窓口の名称	株式会社SOYOKAZE 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口				
電話番号	03-6692-9532				
対応している時間	平日	8時	30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	月～土曜日（但し、祝日、第1・第3・第4土曜日及び12月30日～1月3日を除く。）				
窓口の名称	世田谷区にお住いの方は、各支所福祉保健課が担当となります。				
電話番号	砧総合支所:03-3482-1321 世田谷総合支所:03-5432-1111				
対応している時間	平日	8時	30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、日、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	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、日、祝（但し、12月29日～1月3日を除く）				
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世田谷区に報告した上で、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： _____ ） <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、事前に事務所職員へご連絡下さい。		
共用設備の利用について				
和室	和室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。			
シアタールーム	シアタールームをご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。			
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、 ・身体的拘束等を行う場合は、入居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交わし、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 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 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	
管理規程 (重要事項説明書)	<input 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 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 1 回)			
	(開催内容等)			
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を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<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 実施機関の名称			
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
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	基本方針及び東京都高齢者居住安定確保計画に照らして適切に運営します。			

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 株式会社SOYOKAZE

所在地 東京都港区北青山二丁目7番13号 プラセオ青山ビル

代表者名 代表取締役 中川 清彦

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
なかがわ きよひこ 中川 清彦	代表取締役
かがさ けんいちろう 加笠 研一郎	取締役
ふくしま しんぺい 福島 慎平	取締役
よねざわ まゆか 米澤 真由香	監査役

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	1	昭島ケアパークそよ風	昭島市中神町1381-1
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	有り	21	石神井クラシックコミュニティそよ風	練馬区石神井台7-16-11
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	有り	14	西東京ケアセンターそよ風	西東京市5-10-15
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	9	石神井クラシックコミュニティそよ風	練馬区石神井台7-16-11
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	有り	16	そよ風定期巡回 かめいど	東京都江東区亀戸四丁目44番14号 ミカサビル
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	有り	8	石神井クラシックコミュニティそよ風	練馬区石神井台7-16-11
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	有り	1	NANAIRO COOKING STUDIO 成城	東京都世田谷区千歳台3-6-1
居宅介護支援	有り	2	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
< 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	有り	14	西東京ケアセンターそよ風	西東京市5-10-15
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	9	石神井クラシックコミュニティそよ風	練馬区石神井台7-16-11
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	有り	8	石神井クラシックコミュニティそよ風	練馬区石神井台7-16-11
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)	食事の際、または、 1日1回以上	-	食事の際、または、 1日1回以上	-
・巡回 日中	2回及び必要時	-	2回及び必要時	-
・巡回 夜間	3回及び必要時	-	3回及び必要時	-
生活相談	9:00～17:30の間は職員が随時ご相談をお受けいたします。	-	9:00～17:30の間は職員が随時ご相談をお受けいたします。	-
緊急時対応	緊急時に救急車の手配、ご家族及び身元引受人への連絡を致します。	-	緊急時に救急車の手配、ご家族及び身元引受人への連絡を致します。	-
オンコール対応	随時	-	随時	-
<介護サービス>				
食事介助	-	-	食事の都度見守り、 又は一部介助・全介助	-
排泄介助	-	-	トイレでの排泄の都度、 一部介助・全介助	-
おむつ交換	-	-	必要時都度、 一部介助・全介助	-
おむつ代	-	実費	-	実費
入浴(一般浴)介助	-	1,100円/1回	週3回(月・水・金)入浴時 一部介助・全介助	週4回以上 1,650円/1回
清拭	-	-	必要に応じて	-
特浴介助	-	1,100円/1回	週3回(月・水・金)入浴時 一部介助・全介助	週4回以上 1,650円/1回
身辺介助	-	-	都度、 一部介助・全介助	-
・体位交換	-	-	都度、 一部介助・全介助	-
・居室からの移動	-	-	都度、 一部介助・全介助	-
・衣類の着脱	-	-	都度、 一部介助・全介助	-
・身だしなみ介助	-	-	毎日朝・夜及び入浴時 一部介助・全介助	-
機能訓練	-	-	週5日	-
通院介助 (協力医療機関)	-	275円/10分 (タクシー・駐車場代別途)	無料	-
通院介助 (上記以外)	-	275円/10分 (タクシー・駐車場代別途)	-	275円/10分 (タクシー・駐車場代別途)
<生活サービス>				
居室清掃	週2回	指定日以外550円/1回	週2回	指定日以外1,320円/1回
リネン交換	週1回	指定日以外550円/1回	週1回	指定日以外1,320円/1回
日常の洗濯	週3回	指定日以外550円/1回	週3回	指定日以外1,320円/1回
居室配膳・下膳	-	125円/1回	-	125円/1回
嗜好に応じた特別食	-	-	-	-



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	-	154円/1食	-	154円/1食
理美容	-	施設外付添1,650円/1時間 (理美容代自費)	-	施設外付添1,650円/1時間 (理美容代自費)
買物代行(通常の利用区域)	週1回(木)	指定日以外1,320円/1回	週1回(木)	指定日以外1,320円/1回
買物代行(上記以外の区域)	週1回(木) インターネットで注文可能な場合	指定日以外1,320円/1回	週1回(木) インターネットで注文可能な場合	指定日以外1,320円/1回
役所手続き代行	月1回	月2回以上1,650円/1回	月1回	月2回以上1,650円/1回
<健康管理サービス>				
定期健康診断	-	-	年2回	実費
健康相談	随時	-	随時	-
生活指導・栄養指導	随時	-	随時	-
服薬支援	-	-	必要時 一部介助・全介助	-
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	随時	-	随時	-
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	-	1,650円/1時間 (タクシー・駐車場代別途)	-	1,650円/1時間 (タクシー・駐車場代別途)
入退院時の同行(協力医療機関)	-	1,650円/1時間 (タクシー・駐車場代別途)	-	1,650円/1時間 (タクシー・駐車場代別途)
入退院時の同行(上記以外)	-	1,650円/1時間 (タクシー・駐車場代別途)	-	1,650円/1時間 (タクシー・駐車場代別途)
入院中の洗濯物交換・買物	-	月3回以上1,320円/1回 (タクシー・駐車場代別途)	-	月3回以上1,320円/1回 (タクシー・駐車場代別途)
入院中の見舞い訪問	-	-	-	-
<その他サービス>				
	-	275円/10分 (タクシー・駐車場代別途)	-	275円/10分 (タクシー・駐車場代別途)

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。

