

## 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 メディカルホームセントラルミナミマゴメ メディカルホームセントラル南馬込		
住宅の所在地	〒 143-0025 東京都大田区南馬込3-25-5		
住宅へのアクセス	最寄駅	JR京浜東北線 大森駅	
	交通手段と所要時間	東急バス馬込銀座循環 乗車5分 南馬込3丁目下車徒歩1分/または徒歩で12分	
住宅の連絡先	電話番号	03-6303-8565	
	FAX番号	03-6303-8562	
	ホームページアドレス	<a href="https://central.or.jp/facilities/minamimagome.php">https://central.or.jp/facilities/minamimagome.php</a>	
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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		敷地面積	490.14 m <sup>2</sup>
	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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		建築物用途区分	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	1,261 m <sup>2</sup>	うち、サ付き分 1,250 m <sup>2</sup>
	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
介護保険事業所番号（特定施設）	1371111228		
指定した自治体名	東京都		
指定年月日（初回）	平成 28年 4月 1日		
指定有効期限	令和 10年 3月 31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	馬場 紀章	役職名 施設長
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)	平成 27年 3月 20日		

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ シヤカイイリョウホウジンワカタケカイ 社会医療法人若竹会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 300-1211 茨城県牛久市柏田町1589-3		
事業主体の連絡先	電話番号	029-872-1771	
	FAX番号	029-874-4763	
	ホームページアドレス	<a href="https://central.or.jp/">https://central.or.jp/</a>	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	金子 洋子	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、63年 12月 1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 <sup>2</sup>	定員	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	年 月 日 から		年 月 日 まで
		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	年 月 日 から		年 月 日 まで
		更新	自動更新		
契約解除の内容	普通建物賃貸借契約書及び（介護予防）特定施設生活入居者介護契約書第14条の規定による。				
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				
	解約予告期間				
利用者からの解約・予告期間・連絡先	入居者は事業者に対して解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先にすることで本契約を解約することができます。				
契約解約時の連絡先	名称	メディカルホーム セントラル南馬込			
	電話番号	03-6303-8565			

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	33 戸（登録申請対象戸数）		／ 37 人		
居住部分の規模	(最小)	18.58 m <sup>2</sup>	詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	(最大)	33.70 m <sup>2</sup>			
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	階数	4階建	うち、サ付き分 4階建
竣工の年月日	平成 27年 3月 16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A	2.3	1	26.84 m <sup>2</sup>	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護居室	タイプB	1~4	1	18.90 m <sup>2</sup>	4	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプC	2.3	1	19.51 m <sup>2</sup>	4	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプD	2	1	29.29 m <sup>2</sup>	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプE	1~3	1	19.65 m <sup>2</sup>	5	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプF	2.3	1	19.82 m <sup>2</sup>	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプG	2.3	2	33.70 m <sup>2</sup>	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H	2~4	1	18.58 m <sup>2</sup>	3	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプI	2~4	1	18.58 m <sup>2</sup>	3	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプJ	2~4	1	24.90 m <sup>2</sup>	3	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプK	1	1	23.31 m <sup>2</sup>	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプL	4	1	25.70 m <sup>2</sup>	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプM	4	2	30.18 m <sup>2</sup>	1	<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N	1	2	22.71 m <sup>2</sup>	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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	1か所	うち男女別	階 ( か所)					
			うち、男女共用	1 階 (1か所 (車いす等対応可能))					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし							
	個室	個浴	3か所	場所	2階 (1か所) . 3階 (1か所) . 4階 (1か所)	面積	7.61~9.72 m <sup>2</sup>		
		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 <sup>2</sup>			
		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	20.63 m <sup>2</sup>		
			<input type="checkbox"/> 1 チェア浴						
			<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし							
食堂	場所	1階			面積	55.76 m <sup>2</sup>			
	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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし								
機能訓練室	場所	1階			面積	55.76 m <sup>2</sup>			
	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、ラウンジ等								
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1基	定員	13	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)			令和 5年 8月 4日 (大森消防署 馬込出張所)				
	防火管理者	馬場 紀章							
	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		0	1	0	0	1	0.5	生活相談員を兼務
生活相談員		0	3	0	0	3	1.5	施設長・計画作成担当者・介護職員を兼務
看護職員(直接雇用)		3	0	13	0	16	5.2	
看護職員(派遣)		0	0	0	0	0	0	
介護職員(直接雇用)		8	1	2	0	11	9.9	生活相談員を兼務
介護職員(派遣)		0	0	0	0	0	0	
機能訓練指導員		1	0	0	0	1	1	
計画作成担当者		0	1	0	0	1	0.5	生活相談員を兼務
栄養士		0	0	0	0	0	0	
調理員		0	0	0	0	0	0	
事務員		0	0	1	0	1	1	
その他従業員		0	0	3	0	3	0.3	

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	1	0	0	1	0.5	
介護福祉士		4	1	1	0	6	4.9	
実務者研修の修了者		2	0	1	0	3	3	
介護職員初任者研修の修了者		0	0	0	0	0	0	
介護支援専門員		0	0	0	0	0	0	
たん吸引等研修(不特定)		1	0	1	0	2	1.4	
たん吸引等研修(特定)		0	0	0	0	0	0	
資格なし		2	0	0	0	2	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	0	0	0	0	0	
理学療法士		0	0	0	0	0	0	
作業療法士		1	0	0	0	1	1	
言語聴覚士		0	0	0	0	0	0	
柔道整復師		0	0	0	0	0	0	
あん摩マッサージ指圧師		0	0	0	0	0	0	
はり師又はきゅう師		0	0	0	0	0	0	

管理者の資格

理学療法士

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	1人	1人	1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

2.65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
	※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 : 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)	1.8 : 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		理学療法士				
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
業に 応じ た事 務に 従事 した 職員の 経験 年数 人数	1年未満	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	12	2	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	1	0	4	1	3	0	1	0	1	
	5年以上 10年未満	0	1	2	1	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
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. その人らしく生きて生き抜く所願満足の人生を支える。
2. 高齢者福祉の3原則のもと、自立した生活を支える ①自己決定の尊重 ②残存能力の活用 ③生活の継続
3. 安心して住み続けられる暮らしを支える 4. 気づきと思いやり、真心の接遇マナーを実践する。

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
排泄・入浴・清拭	入居者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。入浴又は清拭を週2回行います。入居者様の状況に応じて適切な入浴介助を行います。	自ら実施
着替え・整容・離床	生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。	自ら実施
巡視	定期的に巡視して、入居者様の状態把握や穏やかに生活できるように配慮します。	自ら実施
緊急対応	異常時や緊急時には看護職員により入居者様の状況に応じて適切な措置を講じます。怪我や急病の対応、医療機関への連絡、家族への連絡を迅速に行います。	自ら実施
食事の提供	お身体の状態に合わせて食事形態の工夫や水分量の確認、必要に応じ居室配膳や療養食の相談も承ります。共に安否確認も行っています。	自ら実施
シーツ交換・居室清掃	シーツ交換は週1回行います。週1回、居室内の床、トイレ、キッチン等を清掃いたします。	・自ら実施 ・株式会社ジャスティス
機能訓練	機能訓練指導員により、入居者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送る為に必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。	自ら実施
健康管理	定期的なバイタル測定や日ごろからの状態を把握します。また緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。	自ら実施
介護相談	当施設は、入居者様及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。	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、経鼻）、在宅酸素、吸引、人工肛門、IVH、インスリン、膀胱カテーテル

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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )	<input 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 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 checked="" type="checkbox"/> (I) <input 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配比率)	: 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝、昼、夜 希望者に提供いたします。</li> <li>・朝食は7時～9時、昼食は11時から13時、夕食は17時から19時まで。</li> <li>・キャンセル、変更等は提供される5日前までにお知らせください。</li> </ul> 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、お気を付け下さい。		サービス付き高齢者向け住宅事業者自らが提供する
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		
個別的な買い物代行	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	
※複数選択可		<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 救急車付き添い )	
協力医療機関	医療機関 1	名称	悠翔会在宅クリニック品川
		所在地	東京都品川区大井4-4-6 クリスタルビル3F 住宅からの距離：約3*。
		診療科目	内科、精神科、整形外科、皮膚科
		協力内容	訪問診療、健康相談、他の医療機関への紹介
	医療機関 2	名称	
		所在地	住宅からの距離：約 *。
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	悠翔会在宅クリニック 歯科診療部	
	所在地	東京都港区新橋5-14-10 新橋スクエアビル7F 住宅からの距離：約9*。	
	診療科目	訪問歯科	
	協力内容	訪問診療、健康相談、他の医療機関への紹介	

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 (日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		算定根拠						
	270,000~436,000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	金額		算定根拠						
	135,000~218,000円		家賃						
共益費	55,000円		103.211.310.403は二人部屋で66,000円。共用設備の備品、消耗品費、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				
	(●割負担の場合)		※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%)						
	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 小数以下切り捨て	d=a+b+c	e=d×地域単価 小数以下切り捨て	f=e×給付率 小数以下切り捨て	g=e-f		
要支援1	5,460	1,440	794	7,694	83,864	75,477	8,387		
要支援2	9,330	1,440	1,239	12,009	130,898	117,808	13,090		
要介護1	16,140	1,740	2,056	19,936	217,302	195,571	21,731		
要介護2	18,120	1,740	2,284	22,144	241,369	217,232	24,137		
要介護3	20,220	1,740	2,525	24,485	266,886	240,197	26,689		
要介護4	22,140	1,740	2,746	26,626	290,223	261,200	29,023		
要介護5	24,210	1,740	2,595	28,545	311,140	280,026	31,114		
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 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 checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) )		<input 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) (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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※要介護者のみ、対象者のみ						

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 checked="" type="checkbox"/> (I) <input 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) 利用者の個別的な選択による介護サービス費用			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	48,600円(税込)		朝食410円、昼食551円、夕食659円(税込) 特別食は別途下記料金が発生(特別食)ソフト食836円、ムース食836円、減塩食836円、ペースト食・お粥(普通食と同料金) 1日当り1,500円×30日で計算 キャンセルする場合の取扱い:5日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。 当住宅は朝・昼・夕の食事が軽減税率の対象です。
光熱水費	円		メーター管理により実費
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			・毎月15日までに請求書を発行し、入居者様に送付します。 ・毎月27日までに、支払い請求分を振込み又は振替えでお支払いいただきます。(振込手数料は入居者様負担となります。)

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頂きません)

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、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1	要介護5
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	87歳
居室の状況	床面積	18.58㎡	25.7㎡
	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 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	0円	0円
	敷金	270,000円	358,000円
月額費用の合計		266,987円	322,607円
家賃		135,000円	179,000円
共益費		55,000円	55,000円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	21,387円	31,007円
	上乗せ介護費用(※2)	0円	0円
	介護費用(選択サービス)	0円	0円
	食費	48,600円	48,600円
	光熱水費	7,000円	9,000円
	その他	0円	0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。

B. 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		83.6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	0	0	0	0	0	0	1	0	
	65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0	
	75歳以上85歳未満	0	1	0	1	1	1	3	2	
	85歳以上	0	2	1	1	4	1	5	6	
合計		0	3	1	2	5	2	9	8	
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	2	13	6	0	0	30		
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。）		81%（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			13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				1	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		0	
		介護老人福祉施設（特養等）へ転居				0	その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居		1	
		介護老人保健施設へ転居				3	医療機関（入院）		3	
		介護療養型医療施設へ転居				0	死亡		5	
有料老人ホーム（サ付き除く）への転居				0	その他		0			

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	(住宅) セントラル南馬込苦情相談窓口
電話番号	03-6303-8565
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	(法人) セントラル大田苦情相談窓口
電話番号	03-3755-5300
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	(区市町村) 大田区福祉オンブズマン
電話番号	03-5744-1130
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"> <li>・本契約に基づき、介護サービス等を入居者に提供した場合に、万一事故が発生し、入居者の生命・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。</li> <li>・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部、大田区及び入居者様の保険者に報告した上で、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。</li> </ul>
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: サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険/一般財団 ) <input type="checkbox"/> なし 法人サービス付き高齢者向け住宅協会

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、夜間の外出の際や外泊時は、事前に職員へご連絡下さい。				
共用設備の利用について				
浴室	共同浴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。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者又は他の入居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。</li> <li>・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者又は他の入居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ます。</li> <li>・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書き、実施します。</li> <li>・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居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。</li> </ul>				
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 type="checkbox"/> なし		
	大規模修繕の実施予定	月頃実施予定		
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度: 年 1 回) (開催内容等) 施設運営、利用者の生活の様子、サービス提供の状況などの報告		
		<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29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 <input type="checkbox"/> なし	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      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	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び東京都が策定する「高齢者の居住安定確保プラン」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 社会医療法人若竹会

所在地 茨城県牛久市柏田町1589-3

代表者名 理事長 金子 洋子 (印)

説明者氏名 馬場 紀章 (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
かねこ ようこ 金子 洋子	理事長
たけしま とおる 竹島 徹	理事
ふかお かたし 深尾 立	理事
さとう けん 佐藤 健	理事
たなか かつひろ 田中 千博	理事
おぐら きぬこ 小倉 絹子	理事
たけい かずお 武井 一夫	理事
しばた やすひろ 柴田 恭宏	理事
もりもと けん 森本 健	理事
かねこ つよし 金子 剛	理事
きたる きょうこ 木樽 京子	理事
いわさき のぶあき 岩崎 信明	理事
やまぐち なおと 山口 直人	理事
そらもと みつひろ 空本 光弘	監事
ひらの しげる 平野 茂	監事

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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セントラル大森西	大田区大森西4-3-5
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	有り	1	介護老人保健施設セントラル大田	大田区中央8-34-10
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	有り	1	介護老人保健施設セントラル大田	大田区中央8-34-10
特定施設入居者生活介護	有り	1	メディカルホームセントラル南馬込	大田区南馬込3-25-5
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	指定居宅介護支援事業所セントラル大田	大田区大森西4-3-5
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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セントラル大森西	大田区大森西4-3-5
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	有り	1	介護老人保健施設セントラル大田	大田区中央8-34-10
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	1	介護老人保健施設セントラル大田	大田区中央8-34-10
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	1	メディカルホームセントラル南馬込	大田区南馬込3-25-5
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			
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	有り	1	介護老人保健施設セントラル大田	大田区中央8-34-10
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	有り	1	介護医療院セントラル大田	大田区中央8-34-10

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)(税込)	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)(税込)
<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>				
居室にて食事介助		660円/30分程度	計画に基づき随時。必要時に応じ、見守りまたは介助	
排泄介助(日中のみ)		110円/5分程度	計画に基づき随時。必要時に応じ、見守りまたは介助	
おむつ交換(日中のみ)		220円/10分程度	計画に基づき随時。必要時に応じ、見守りまたは介助	
おむつ代		実費		実費
入浴(一般浴)介助		660円/30分程度	原則は週2回	週3回以上は 1320円/30分程度
清拭		330円/15分程度	必要に応じ随時	
ゴミだし		110円/15分程度	■	
口腔ケア		220円/10分程度	■	
更衣介助		220円/10分程度	毎朝、夜及び入浴時他、 適宜	
外出付添 (通院・買い物・銀行・郵便局)		110円/5分につき		110円/5分につき
通院介助			協力医療機関への通院	
<生活サービス>				
居室清掃	■		■	
布団の天日干し		330円/30分程度	■	週2回以上は330円/30分程度
日常の洗濯		私物の洗濯 660円/4.5kg		私物の洗濯 660円/4.5kg
居室配膳・下膳			■	
買物代行		330円/5分程度		330円/5分程度
クリーニングに出す代行	■		■	
リネンレンタル				枕・布団・シーツ1日50円 シーツのみ1枚100円 防水シーツ1枚100円 レンタル布団の洗濯(汚染時)1回800円
<健康管理サービス>				
定期健康診査		実費		実費
健康相談	■		■	
生活指導・栄養指導	■		■	
服薬管理		■ (110円/5分程度)	■	
<入退院時、入院中のサービス>				
救急車同乗 介護士 (1時間を超えた場合)		110円/5分(1時間までは無料)		110円/5分(1時間までは無料)
救急車同乗 看護師 (1時間を超えた場合)		220円/5分 (1時間までは無料)		220円/5分 (1時間までは無料)
<その他サービス>				
経管栄養		1日1,944円		1日1,944円

