

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 ブランシエールケアタマガワジョウスイ ブランシエールケア玉川上水			
住宅の所在地	〒 207-0022 東京都東大和市桜が丘4-29-4			
住宅へのアクセス	最寄駅	桜街道駅 玉川上水駅		
	交通手段と所要時間	多摩都市モノレール「桜街道」駅 徒歩4分 西武拝島線、多摩都市モノレール「玉川上水」駅 徒歩10分		
住宅の連絡先	電話番号	042-590-0336		
	FAX番号	042-590-0337		
	ホームページアドレス	https://www.haseko-senior.co.jp/home/tamagawa/		
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 checked="" type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	令和3年10月1日 から 令和19年3月31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	1571.11 m ²	
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	令和3年10月1日 から 令和19年3月31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	
		建築物用途区分	老人ホーム	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造 <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()
	延床面積	3,087.48 m ²	うち、サ付き分	3087.48 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	
介護保険事業所番号（特定施設）	1374601019			
指定した自治体名	東京都			
指定年月日（初回）	2021年10月1日			
指定有効期限	2027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	石井 良弥	役職名 事業所長	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input type="checkbox"/> 認可を受けていない			
入居開始時期(住宅の開設年月日)	2021年10月1日	※当初開設日：2013年11月1日		

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャハセコウシニアウエルデザイン 株式会社長谷工シニアウエルデザイン		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 105-0014 東京都港区芝2-9-10		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5427-6480	
	FAX番号	03-5427-3171	
	ホームページアドレス	http://www.haseko-senior.co.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	幸谷 登	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	1991年9月26日		
事業主体が行っている主な事業等	別添2「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり		

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	18.00 m ²	定員	80名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨）	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約				
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①または②に該当するものである 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）（「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。）				
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（※別途、入居契約書参照）		
		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（※別途、特定施設入居者生活介護利用契約書参照）		
		更新			
契約解除の内容					
<p>設置者は、終身建物賃貸借契約書第14条及び（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書第16条の規定に基づき、以下の場合には契約を解除することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項の記載する等の不正手段により入居したとき ・賃料・共益費、その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延するとき ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者等の言動が他の入居者又は従業員に危険、迷惑、不快を及ぼし、設置者から行為者にその是正を求めるも行為者が繰り返し、これら行為に及ぶとき ・入居契約の各条項に違反したとき 					
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	終身建物賃貸借契約書第15条				
解約予告期間	6 か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
入居者は設置者に対して解約する1月前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知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	ブランシエールケア玉川上水			
	電話番号	042-590-0336			

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

戸数/定員数	80 戸（登録申請対象戸数） / 80 人								
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²	詳細については下記「設備の詳細」を参照						
	(最大)	18.00 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	鉄骨造	階数	地上4階建 うち、サ付き分 地上4階建					
竣工の年月日	平成25年10月21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									
介護居室		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	1	18.00 m ²	11	<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	2	1	18.00 m ²	23	<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	3	1	18.00 m ²	23	<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4	4	1	18.00 m ²	23	<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	
一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考			
便所	共同便所	10か所	うち男女別	1階（1か所）					
			うち、男女共用	各階（4か所（車いす等対応可能 1階1か所））					

浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	共同浴室	個浴	8か所 場所	各階（8か所）	面積	70.13 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	大浴槽	か所 場所	階	面積	m ²
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	
共同浴室における介護浴槽	3か所	場所	1, 2, 3階	面積	44.44 m ²	
		<input type="checkbox"/> 1 チェアー浴				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 リフト浴				
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴				
併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
食堂	場所	各階		面積	230.48 m ²	
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼用設備		
	併設施設との共用		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
機能訓練室	場所	1階		面積	75.81 m ²	
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼用設備	多目的ルーム	
	併設施設との共用		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
その他の共用設備	理美容室、相談室、ランドリー室、汚物処理室					
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	台数	2 基	定員	各15名	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）	平成25年10月31日		（北多摩西部消防署）	
	防火管理者	中島 翼				
	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

(2023年7月1日現在)

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	1.0	
生活相談員			2			2	1.0	介護職員および計画作成担当者が兼務
看護職員（直接雇用）	2			10		12	6.5	
看護職員（派遣）						0		
介護職員（直接雇用）	16	1		18		35	27.9	生活相談員を兼務
介護職員（派遣）						0		
機能訓練指導員				1		1	0.1	
計画作成担当者			1	1		2	0.9	生活相談員を兼務
栄養士						0		㈱LEOCへ業務委託
調理員						0		㈱LEOCへ業務委託
事務員	2					2	2.0	
その他従業者				7		7	3.2	
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	9	1		10		20	13.5	
実務者研修の修了者	4			2		6	5.6	
介護職員初任者研修の修了者	14	1		11		26	21.7	
介護支援専門員						0		
たん吸引等研修（不特定）						0		
たん吸引等研修（特定）						0		
資格なし						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	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	0.1	
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	17:00	～	9:30		1人	2人
宿直	21:50	～	6:50	人	1人	人	1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 1.69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
	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)
	58.2 : 34.4
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	サービス付き高齢者向け住宅の職員数
	訪問介護事業所の名称
	訪問看護事業所の名称
	通所介護事業所の名称

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）

管理者	他の職種との兼務		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼務する職種					
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称					
	介護支援専門員、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			1							
前年度1年間の退職者数			1	4						
就業に 応じて 従事した 職員の 経年 数	1年未満	1	1	1						
	1年以上 3年未満		5	2						
	3年以上 5年未満	1	3	3	4					
	5年以上 10年未満		2	10	13	1			1	1
	10年以上			1		1			1	
従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色

入居者に対し、介護保険対象サービスならびに介護保険対象外サービスについて、入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、入居者の同意のもとに提供します。

サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握（安否確認）	・毎日ケアプラン3表に基づき各住戸に住宅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、住宅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事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。	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	・週2回入浴介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・入居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。 ・洗濯について、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。 ・必要に応じて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。 ・医療機関において定期健康診断を実施します。（年1回はフロントサービス費にて実施） ・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			
主治医の指示に基づき、経管栄養、点滴などを行います。実施の前には身元引受人と面談を実施の上、医療的ケアの説明を行います。			
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 checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input 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 type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅱ） <input type="checkbox"/> （Ⅲ） ）		<input type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） <input type="checkbox"/> （Ⅲ） ）		<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input 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 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	2.5 : 1
食事の提供サービス	給食会社に委託しています。朝昼夕おやつを提供を365日行います。1階厨房で調理を行い、各階の食堂に配膳致します。キャンセルは前日の午後5時までは無料で受け付けます。		㈱LEOC
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 ※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 checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (病院受診は原則ご家族様に付き添いをお願いいたします。)	
協力医療機関	医療機関 1	名称	東大和病院
		所在地	東京都東大和市南街1-13-12 住宅からの距離：約1.7 [※]
		診療科目	内科、脳神経外科、循環器科、消化器科、泌尿器科、整形外科他
		協力内容	緊急時の対応、健康相談他（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	医療機関 2	名称	武蔵村山病院
		所在地	東京都武蔵村山市榎1-1-5 住宅からの距離：約2.6 [※]
		診療科目	内科、眼科、皮膚科、リハビリテーション科他
		協力内容	緊急時の対応、健康相談他（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	医療機関 3	名称	西立川クリニック
		所在地	立川市富士見町1-33-3サンピナス立川内1階 住宅からの距離：約4.3 [※]
		診療科目	内科（訪問診療）
		協力内容	内科医の定期訪問による健康相談、診療
医療機関 4	名称	にしやまクリニック	
	所在地	東京都府中市宮町1-50 くるる1階	
	診療科目	外科、内科	
	協力内容	内科医の定期訪問による健康相談、診療	

協力歯科医療機関	名称	武蔵野わかば歯科
	所在地	武蔵野市境南町2-11-22第一飛翔ビル2階 住宅からの距離：約14.1 [※] 。
	診療科目	歯科
	協力内容	定期訪問による訪問歯科診療

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 checked="" 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 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	契約時年齢および支払方式により異なります。 1,320,000円 ～9,320,000円	期間 <table border="1"> <tr> <th colspan="2">[介護居室]</th> </tr> <tr> <th>年齢</th> <th>想定居住年数</th> </tr> <tr> <td>75歳～79歳</td> <td>6年</td> </tr> <tr> <td>80歳以上</td> <td>5年</td> </tr> </table>	[介護居室]		年齢	想定居住年数	75歳～79歳	6年	80歳以上	5年
	[介護居室]										
	年齢	想定居住年数									
	75歳～79歳	6年									
	80歳以上	5年									
	算定方法	[一括払い] 1ヶ月分の賃料(割引後)×想定居住月数+[想定居住月数を超過して契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額]により算出 [一部月払い方式] 1ヶ月分の賃料の一部(割引後)×想定居住月数+[想定居住月数を超過して契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額]により算出 [年払い方式] 1ヶ月分の賃料×12ヶ月									
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費	家賃 50,000円 共益費50,000円							
		サービス提供の対価	前払なし								
		想定居住期間の算出根拠	入居者のうち、概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間として各有料老人ホームがそれぞれ定める期間のことで。その期間は、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均余命などを勘案して設定されます。								
	支払日	入居日までに ※年払い方式の場合、次の期間 (12ヶ月)の前払金は初回当該期間の経過までに	支払方法	(全額を支払日までに弊社指定口座へ入金する)							
	償却開始日	別途、入居契約書表題部「契約期間」の始期(鍵の引き渡し日)									
	契約終了時の返還金	別途、解約承諾書にて提示	算定方法	[一括払い] $1\text{ヶ月分の賃料(割引後)} \times (\text{想定居住月数} - \text{現に経過した月日数})$ [一部月払い方式] $1\text{ヶ月分の賃料の一部(割引後)} \times (\text{想定居住月数} - \text{現に経過した月日数})$ [年払い方式] $1\text{ヶ月分の賃料} \times 12\text{ヶ月} - \text{現に経過した月日数}$							
短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	別途、精算金額のお知らせ書面にて提示	期間 - 起算日 契約期間の始期								
	算定方法	受領した前払いに係る賃料 - (1ヶ月分の賃料の一部(割引後)×30日×本契約の始期から本契約の終了日までの期間)									
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	不動産信用保証株式会社								
	<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	330,000円 (月払い方式・年払い方式)	家賃の	3 か月分 月額家賃の未収分、原状回復費用の未払額及びその他入居者の債務不履行に基づく負担額を敷金から差し引き、残額を無利息で返還。								

月額費用		算定根拠	
家賃	110,000円/50,000円	近傍同種の家賃相場を参考に設定（※契約プランによって費用が異なります。）	
共益費	50,000円	浴室等の共同利用設備部分及び階段、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 10.54 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 a	加算 b <small>※別途改算加算以外</small>
		処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	総単位数 d=a+b+c
		月額費用(円) e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	保険請求額(円) f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>
		自己負担額(円) g=e-f	
要支援1	5,460	690	707
要支援2	9,330	690	1,152
要介護1	16,140	990	1,970
要介護2	18,120	990	2,198
要介護3	20,220	990	2,439
要介護4	22,140	990	2,660
要介護5	24,210	990	2,898
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		
看取り介護加算(72~1,780単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ		
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日		
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日		
若年性認知症入居者受入加算(120単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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(Ⅰ)(20単位/回)	<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 checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> なし		
	※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日		
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> なし		
	※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%		
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input 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	30,000円 (消費税込33,000円)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(上乗せ介護金) 算定根拠：要介護者等の人員過配置サービス費 人員配置は、要介護者等2.5人に対し週40時間換算で直接処遇職員1人 介護保険法の人員基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付(利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく 1ヶ月を30日とした場合の金額です。日額1,000円(消費税込1,100円)となります。
(介護保険外)利用者の個別的な選択による介護サービス費用			・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」とおり
食費	39,600円 (消費税込42,750円)		1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。 朝食340円(消費税込367円※) 昼食400円(消費税込432円※) 夕食580円(消費税込626円※) ※有料老人ホームにおける食費(飲食物品の提供の対価)に係る消費税率については、一食640円以下、一日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。 喫食数に応じ請求致します キャンセルする場合の取扱い：前日17時までに職員に連絡してください
光熱水費	利用実績による	電気 実費、水道 1,500円(消費税込1,650円)	
その他	利用実績による	・フロントサービス費 59,000円(消費税込64,900円) ・別添3「介護サービス等の一覧表」とおり	
合計	別紙案内による		
支払日・支払方法	請求書記載の日付に、原則として入居者名義の預金又は貯金口座からの自動引き落としとします。		

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い			
・ 共益費、フロントサービス費については長期入院による不在の場合、7ヶ月目より半額になります。			
料金改定の条件及び手続き			
所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。			
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3	要介護3
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	85.00㎡	18.00㎡
	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	4,240,000円	0円
	敷金	0円	330,000円
月額費用の合計		269,830円	329,830円
家賃		50,000円	110,000円
共益費		50,000円	50,000円
サービス費用 (※3) 介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	27,530円	27,530円
	上乗せ介護費用(※2)	33,000円	33,000円
	介護費用(選択サービス)	円	円
	食費	42,750円	42,750円
	光熱水費	1,650円	1,650円
	フロントサービス費	64,900円	64,900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。(基本報酬のみを記載) ※2 該当する場合のみ、1ヶ月を30日とした場合の金額です。日額1,000円(消費税込1,100円)となります。 ※3 3食1ヶ月(30日間)喫食した場合の費用(喫食数による実費となります) 朝食340円(消費税込367円※) 昼食400円(消費税込432円※) 夕食580円(消費税込626円※) なお、食費(飲食料品の提供の対価)に係る消費税率については、一食640円以下、一日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。			

8. 入居者の状況

(2023年7月1日現在)

入居者の状況(冒頭に記した記入日現在)

平均年齢	89.0歳	入居者数合計	61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			2				
	75歳以上85歳未満		1		2	2	6	1	2	
	85歳以上		1	1	14	9	7	8	4	
	合計	0	3	1	16	13	13	9	6	
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	8	27	18				61	
男女別入居者数	男性:	17人			女性:	44人				
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)	76.3% (定員に対する入居者数)									
契約率	76.3% (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	17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				16
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居					その他				1	

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) 苦情相談窓口 ブランシエールケア玉川上水					
電話番号	042-590-0336					
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	なし。但し、事情により即時に対応できない場合は、後日回答となることがあります。					
窓口の名称	(法人) 本社 ご入居者相談窓口					
電話番号	0120-045-485					
対応している時間	平日	10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	(法人) 本社 個人情報管理係					
電話番号	0120-045-485					
対応している時間	平日	10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	(区市町村) 苦情相談窓口 東大和市高齢介護課介護保険係					
電話番号	042-563-2111					
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	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"> ・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。 ・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東大和市に報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します 					
損害賠償責任保険の加入状況						
<input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称及び加入先：(保険の名称及び加入先：有料老人ホーム賠償責任保険 公益社団法人全国有料老人ホーム協会)) <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				
浴室	共用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。			
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、事前にお知らせください。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
<ul style="list-style-type: none"> ・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、身体的拘束等は行いません。 ・「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。 ・身体的拘束等を行う場合は、身体拘束廃止委員会で検討をおこない、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。 				
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 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 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 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 2 回) (開催内容等) 入居者の要望、意見を運営に反映させるよう努めます。①入居者の状況②サービス提供の状況③入居者が設置者に支払う金銭に関する収支等の内容 <input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)		
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 年2回 結果の開示 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 2021年3月26日 実施機関の名称 NPO法人 京都府認知症グループホーム協議会 <input 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	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安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	株式会社長谷工シニアウエルデザイン	
所在地	東京都港区芝二丁目9番10号	
代表者名	代表取締役社長 幸谷登	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
----	--	---

玉川上水-重説-231201

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
のもと ひさし 野本 久	取締役会長
こうたに のぼる 幸谷 登	代表取締役社長
おくやま まさひろ 奥山 真弘	取締役副社長
けんもく くみこ 見目 久美子	取締役
ひらの まさき 平野 仁貴	取締役
よしむら なおこ 吉村 直子	取締役
りょうじ しゅんいちろう 料治 俊一郎	取締役
ひがしの よしひろ 東野 良浩	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	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	7 ブランシエールケア常盤台 他	東京都板橋区前野町5-27-7
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	有り	2 ウェルミー上目黒 他	東京都目黒区上目黒4-11-2
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	7 ブランシエールケア常盤台 他	東京都板橋区前野町5-27-7
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	2 ウェルミー上目黒 他	東京都目黒区上目黒4-11-2
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（下記の内容はケア計画に基づきサービスします）

区分	自立		要支援1,2		要介護1~5	
	月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	(介護予防) 特定施設入居者生活介護費、介護保険給付、月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護費、介護保険給付、月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>						
○巡回 日中(9時~17時)	1回以上必要時	—	1回以上必要時	—	1回以上必要時	—
○巡回 夜間(17時~翌9時)	必要時	—	必要時	—	必要時	—
○食事介助	—	—	状況により判断	—	必要時	—
○排泄介助	—	—	状況により判断	—	必要時	—
○おむつ交換	—	—	状況により判断	—	必要時	—
○おむつ代	—	実費	—	実費	—	実費
○入浴(備浴)介助	—	—	—	—	—	—
○清拭	—	1,500円/回	週2回(清拭・備浴・リフト浴・寝台浴のいずれか)	週3回以上1,500円/回	週2回(清拭・備浴・リフト浴・寝台浴のいずれか)	週3回以上1,500円/回
○特浴介助	—	—	—	—	—	—
○身辺介助	—	—	状況により判断	—	必要時	—
・体位交換	—	—	状況により判断	—	必要時	—
・居室からの移動	—	—	状況により判断	—	必要時	—
・衣類の着脱	—	—	状況により判断	—	必要時	—
・身だしなみ介助	—	—	状況により判断	—	必要時	—
○機能訓練	—	—	必要時	—	必要時	—
○通院介助(病院一覧表内) ※1	—	500円/10分	月1回	月2回以上500円/10分	月4回	月5回以上500円/10分
○通院介助(病院一覧表外)	—	500円/10分	—	500円/10分	—	500円/10分
○外出同行	—	500円/10分	—	500円/10分	—	500円/10分
○緊急時対応	随時	—	随時	—	随時	—
<生活サービス>						
○居室清掃	週2回	週3回以上500円/10分	週2回	週3回以上500円/10分	週2回	週3回以上500円/10分
○リネン交換	—	リネンリース料お支払いの場合、原則週1回 但し汚れている場合は随時交換	原則週1回 但し汚れている場合は随時交換	—	原則週1回 但し汚れている場合は随時交換	—
○日常の洗濯 ※2	—	500円/10分	—	私物洗濯代5,000円/月	—	私物洗濯代5,000円/月
○居室配膳・下膳	病気時のみ	200円/回	病気時のみ	200円/回	病気時のみ	200円/回
○嗜好に応じた特別食	—	実費	—	実費	—	実費
○理美容	—	実費	—	実費	—	実費
○買物代行(通常の利用区域)	週1回(指定日・指定店)	左記以外500円/10分	週1回(指定日・指定店)	左記以外500円/10分	週1回(指定日・指定店)	左記以外500円/10分
○買物代行(上記以外の区域)	—	500円/10分	—	500円/10分	—	500円/10分
○役所手続き代行	—	500円/10分	月1回(指定日)	月2回以上500円/10分	月1回(指定日)	月2回以上500円/10分
○薬受け取り代行	—	500円/10分	—	500円/10分	—	500円/10分
○代筆・代読	—	500円/10分	必要時	—	必要時	—
○支払い代行(立替払い)	随時	—	必要時	—	必要時	—
<健康管理サービス>						
○健康診断のお知らせ	年1回はフロントサービス費にて実施	左記以外は自己負担	年1回はフロントサービス費にて実施	左記以外は自己負担	年1回はフロントサービス費にて実施	左記以外は自己負担
○健康相談	随時	—	随時	—	随時	—
○生活指導・栄養指導	随時	—	随時	—	随時	—
○服薬支援	必要時	—	必要時	—	必要時	—
○生活リズムの記録(排便・睡眠等)	必要時	—	随時	—	随時	—
<入退院時、入院中のサービス> ※3						
○入退院時の同行(病院一覧表内)	必要時	—	必要時	—	必要時	—
○入退院時の同行(病院一覧表外)	—	500円/10分	—	500円/10分	—	500円/10分
○入院中の居室管理等支援	必要時	—	必要時	—	必要時	—
○入院中に見舞い訪問(病院一覧表内)	週1回	週2回以上500円/10分	週1回	週2回以上500円/10分	週1回	週2回以上500円/10分
○入院中に見舞い訪問(病院一覧表外)	—	500円/10分	—	500円/10分	—	500円/10分

※1: 病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2: 15日以上不在の場合は、費用は半額となります。特別なクリーニングは実費。

※3: 入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注) 上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。ただし、週1回のお見舞いについては除きます。

※上記は、本体価格表記です。
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。
・200円(消費税込220円)
・500円(消費税込550円)
・1,500円(消費税込1,650円)
・5,000円(消費税込5,500円)

必要時 = 詳細は個別のサービス計画表による
状況により判断 = 基本は提供しないが、心身状況を判断して提供する場合があります
随時(健康管理) = 発生時に随時対応する