

重要事項等についての説明

貸主(甲)	住所	千葉県佐倉市青菅1010番地15
	氏名	社会福祉法人ユーカリ優都会 理事長 嶋田 哲夫

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ みらいあこーとみやのもり 介護付有料老人ホーム ミライアコート宮の杜
所在地	(住居表示) 千葉県佐倉市宮ノ台6丁目6番地1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電 車(山万ユーカリが丘線中学校駅駅から徒歩で 3分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 平成 27年 2月 1日から 平成 57年 1月 31日まで
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 平成 27年 2月 1日から 平成 57年 1月 31日まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 平成 27年 2月 1日から 平成 57年 1月 31日まで

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんゆうかりゆうとかい 社会福祉法人ユーカリ優都会	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 285-0852) 千葉県佐倉市青菅1010番地15 電話番号 043-460-7117	
法人の役員	別添 1 のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名 住所(法人にあっては主たる事務所 の所在地) (郵便番号) 電話番号 法人の役員 別添1のとおり	

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんゆーかりゆうとかい 社会福祉法人ユーカリ優都会
事務所の所在地	(郵便番号 285-0852) 千葉県佐倉市青菅1010番地15 電話番号 043-460-7117

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

住宅戸数	登録申請対象戸数 73 戸
居住部分の規模	(最小) 19.84 m ²
	(最大) 30.78 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 4 階建
竣工の年月	平成 27 年 1 月
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

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合にはその旨	
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
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+同居配偶者等(配偶者/60歳以上の3親等以内の親族)
入居契約の内容	別添終身建物賃貸借契約のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日 から
--------	----------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 フロントサービス 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	6,450 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	84,600 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	介護保険内サービス
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	
	健康の維持促進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	2,000 円	別添3の通り
家賃の概算額	(最低)	109,500 円	住戸ごとの内容は別添2のとおり
	(最高)	211,500 円	
管理料(共益費)の概算額	(最低)	144,000 円	
	(最高)	212,800 円	
敷金の概算額	(最低) 約	657,000 円	月額家賃の 6ヶ月分
	(最高) 約	1,269,000 円	
前払金※の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ 前払金とは終身にわたって受領すべき家賃などの全部または一部を一括して受領する場合をいう		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 1,314,000 円 (最高) 約 2,538,000 円		
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	入居月日により次の計算式で算出します。 1か月分の家賃×12ヶ月	
	サービス提供の対価	サービス提供に関する前払い金は受領致しません。	
返還額の算定方法	年額前払金はすべて無利息で返還となります。 1年以内に利用契約が終了した場合の返還金＝年払家賃－(月次償却×利用月数) ※月次償却＝前払家賃の算定根拠となった1ヶ月分の家賃相当額 ※月途中で利用契約が開始又は終了した月においては、当月の日数で日割り計算して算出します。 ※1円未満は、切り捨てとします。		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	月払い方式のため、返還債務が消滅する期間はございません。		
家賃等の前払金の返還額の推移	※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。入所日前の事前解約の場合には、入所手続きに要した実費をご負担頂きます。		
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input checked="" type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()		
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている	事業所の番号(1271702308)
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	事業所の番号()
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている	事業所の番号(1271702308)
介護サービス情報	特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別添5により介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。		

7. 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 type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 一部を業務委託
委託する業務の内容 (契約事項)	建物の維持管理及び機械警備
清掃業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)やままんそうごうさーびすかぶしきがいしゃ 山万総合サービス株式会社
住 所	(郵便番号 103-0016) 東京都中央区日本橋小網町6-1 電話番号 03(3669)7581
設備管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)やままんそうごうさーびすかぶしきがいしゃ 山万総合サービス株式会社
住 所	(郵便番号 103-0016) 東京都中央区日本橋小網町6-1 電話番号 03(3669)7581
給食業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)ふじさんぎょうかぶしきがいしゃ 富士産業 株式会社
住 所	(郵便番号 105-0004) 東京都港区新橋5-32-7 FIビル 電話番号 03(5400)6111
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	令和 11年頃実施予定
その他計画的な 修繕予定	軽微な修繕は小修繕として適宜実施する予定

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設

施設の名 称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
ダイバーショナルセラピー ケアガーデン	地域交流スペース	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	あけぼのゆーかりがおかくりにつく 曙ユーカリが丘クリニック
事業所の住所	(郵便番号 285 - 0859) 千葉県佐倉市南ユーカリが丘2-1 プレシオ南ユーカリが丘 1階 電話番号 043-460-6666
連携又は協力の内容	在宅総合診療、健康診断、健康相談、緊急を要する場合の医療機関の紹介
診療科目	内科、小児科、皮膚科、その他
事業所の名称	とうほうだいがくいりょうせんたーさくらびょういん 東邦大学医療センター佐倉病院
事業所の住所	(郵便番号 285 - 8741) 千葉県佐倉市下志津564番地1 電話番号 043-462-8811
連携又は協力の内容	健康診断、健康相談、緊急を要する場合の入院受入及び医療機関の紹介
診療科目	内科、外科、精神科、循環器科、小児科、皮膚科、その他
事業所の名称	せいらいさくらしみんびょういん 聖隷佐倉市民病院
事業所の住所	(郵便番号 285 - 8765) 千葉県佐倉市江原台2-36-2 電話番号 043-486-1151
連携又は協力の内容	健康診断、健康相談、緊急を要する場合の入院受入及び医療機関の紹介
診療科目	内科、外科、精神科、循環器科、小児科、皮膚科、その他
事業所の名称	こばやしじゅんかんきくりにつく 小林循環器クリニック
事業所の住所	(郵便番号 285-0852) 千葉県佐倉市青菅1023番地23 電話番号 043-460-5211
連携又は協力の内容	健康診断、健康相談、緊急を要する場合の入院受入及び医療機関の紹介
診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科
事業所の名称	みなみがおかびょういん 南ヶ丘病院
事業所の住所	(郵便番号 285-0841) 千葉県佐倉市下志津218番地 電話番号 043-489-0373
連携又は協力の内容	在宅総合診療、健康診断、健康相談、緊急を要する場合の入院受入及び医療機関の紹介
診療科目	脳神経外科、内科、循環器科、呼吸器科
事業所の名称	なかじましかいいん 中島歯科医院
事業所の住所	(郵便番号285-0843) 千葉県佐倉市中志津5丁目13番地18 電話番号 043-487-1611
連携又は協力の内容	歯科、歯科口腔外科、矯正歯科
診療科目	訪問歯科診療、口腔ケア

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針 別添4の通り

12. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

高齢者の住居の安定に関する法律等、関係法令を遵守し、適切に管理、運営をいたします。

添付書類 ;別添1 役員名簿
別添2 住宅の規模並びに構造及び設備等
別添3 サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要
別添4 運営方針
別添5 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針で定める重要事項説明書
別添6 事業主体が当該都道府県・指定都市・中核市内で実施する他の介護サービス
別添7 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

説明年月日

登録事業者名 社会福祉法人ユーカーリ優都会

所在地 千葉県佐倉市青菅1010-15

代表者名 理事長 嶋田 哲夫

説明者署名

サービス付き高齢者向け住宅への入居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条及び千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、上記について書面による説明を受けました。

借主(乙) 印

同居配偶者 印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
しまだ てつお 嶋田 哲夫	理事長
はやし しんじろう 林 新二郎	理事
たかなみ まさはる 高波 眞佐治	理事
たかさき とおる 高崎 徹	理事
ながしま まこと 長島 誠	理事
まえだ ふじこ 前田 富士子	理事
ひらの きょうじ 平野 協治	監事
どうみつ けんいち 堂満 憲一	監事

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分 の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
	20.80 A1		○	○	×	×	○	11	2階:208~209,212 ~220、3階:301	122,000
	A2		○	○	×	×	○	6	2階:202~207 3階:310	131,000
	A3		○	○	×	×	○	3	2階:223~226	134,500
	A4		○	○	×	×	○	9	3階:313~321 4階:401	128,000
	A5		○	○	×	×	○	6	3階:303~309	137,000
	A6		○	○	×	×	○	4	3階:325~328	140,500
	A7		○	○	×	×	○	11	4階:403~410、425 ~428	145,500
	A8		○	○	×	×	○	8	4階:413~421	140,000
	22.10 A'1		○	○	×	×	○	1	2階:201	148,000
	A'2		○	○	×	×	○	1	2階:221	130,000
	A'3		○	○	×	×	○	1	3階:302	158,000
	A'4		○	○	×	×	○	1	3階:322	136,000
	A'5		○	○	×	×	○	1	4階:402	164,500
	A'6		○	○	×	×	○	1	4階:422	149,500
	19.84 B1		○	○	×	×	○	1	2階:210	110,000
	B2		○	○	×	×	○	1	2階:211	109,500
	B3		○	○	×	×	○	1	3階:311	122,000
	B4		○	○	×	×	○	1	3階:312	115,500
	23.24 C1		○	○	×	×	○	1	2階:222	148,000
	C2		○	○	×	×	○	1	3階:323	155,000
	C3		○	○	×	×	○	1	4階:423	161,500
	30.78 D1		○	○	×	×	○	1	4階:411	211,500
	D2		○	○	×	×	○	1	4階:412	203,000

注1)住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2)設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所 数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	6	80.43	1階~4階	73	脱衣室含む
食堂・台所	2	220.83	1階・2階	73	
居間	7	105.06	2階~4階	73	
便所	4	23.53	1階~4階	73	

注)整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) 特定施設のため包括サービスとなります。				
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号				
常駐する場所						
サービスを提供するために常駐する者	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員			職種	資格名称	人数
	<input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員			介護職員	介護福祉士等	35人
	<input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員					人
	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員					人
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者					人
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急通報サービスによる()				
	提供時間	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間常駐 <input type="checkbox"/> 夜間は緊急通報サービスによる(下の日中体制の時間以外の時間帯)				
	日中体制	午前 9 時	～	午後 18 時	人員 11 人	夜間 3 人
緊急通報サービスの内容	通報方法	特定施設入居者生活介護施設事業所内のスタッフが対応				
	通報先	特定施設入居者生活介護事業所	通報先から住宅までの到着予定時間			0 分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 6,450 円	前払金の			
	前払金	約 円	算定方法			
備考						

2. 食事の提供サービスの内容

提供形態	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input checked="" type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ふじさんぎょうかぶしがいしゃ 富士産業 株式会社				
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 105-0004) 東京都港区新橋5-32-7 FIビル 電話番号 03(5400)6111				
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input checked="" type="checkbox"/> その他(2階リビング)					
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()				
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()				
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()				
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 84,600 円	内訳	朝食 500 円	昼食 500 円	夕食 500 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法			
備考	月額の中に厨房管理費39,600円(1日1,320円×30日分)が含まれております。					

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) 特定施設のため包括サービスとなります。			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 介護保険適用あり 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		介護サービス等一覧表に基づき、身体状況に合わせてご入居者の希望による介護保険サービス外の介護サービスも受けることが可能です。			

4. 調理、洗濯、清掃等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) 特定施設のため包括サービスとなります。			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 介護保険適用あり 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		介護サービス等一覧表に基づき、身体状況に合わせてご入居者の希望による介護保険サービス外の介護サービスも受けることが可能です。			

5. 健康管理サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) 特定施設のため包括サービスとなります。			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 介護保険適用あり 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		介護サービス等一覧表に基づき、身体状況に合わせてご入居者の希望による介護保険サービス外の介護サービスも受けることが可能です。			

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) 特定施設のため包括サービスとなります。			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号		
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()		
		内容	個別希望による通院付き添いなど、介護保険サービス以外の例		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 2,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		介護サービス等一覧表に基づき、身体状況に合わせてご入居者の希望による介護保険サービス外の介護サービスも受けることが可能です。個別外出支援1,000円/回・30分を基本とし、月2回利用された場合にかかる予想額。			

項 目	該当
重要事項を記載した書面のひな型を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があった時は、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けたものから提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

別添4補足

入居に当たっての留意事項

入居の条件	年齢	原則60歳以上
	要介護度	要支援、要介護の方
	医療的ケア	お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。(症状が安定しており、在宅介護で対応できる方)
	認知症	お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。(ある程度の集団生活ができる方)
	その他	2人入居の場合は配偶者及び3親等以内の親族に限ります。
身元引受人等の条件、義務等	<p>身元引受人を1名以上定めるものとします。</p> <p>身元引受人は、契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。</p>	
体験入居	利用期間	最長14日間
	利用料金	お一人部屋10,800円/日(1泊2日) お二人部屋17,280円/日(1泊2日)
入院時・外泊時等の契約及び費用の支払い	<p>入院中も契約は継続しておりますので、家賃、管理費は、お支払いいただきます。</p> <p>外泊の場合は、2日前の12時までに書面による届け出をした場合、食材費を減額して請求いたします。但し、食費(お一人様84,600円)の内、外出・外泊中については、厨房委託費39,600円(1日1,320円)をお支払いいただきます。</p>	
請求書・領収書の発行手数料	<p>毎月の利用料に関わる請求書・領収書の発行手数料として220円をお支払いいただきます。</p>	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手續	<p>当施設では、身体拘束を一切行いません。但し、本人又は他の利用者の生命又は身体を保護する為の一時的な措置として、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束廃止委員会を中心に主治医と相談の上、十分検討を行い、身体拘束による心身の障害よりも、身体拘束をしないリスクの方が高い場合で、切迫性・非代替性・一時性の3要素の全てを満たした場合のみ、本人・家族への説明同意を得て行います。また、身体拘束を行った場合は、その状況についての記録整備を行い、定期的に拘束廃止に向けた検討委員会を実施し、出来るだけ早期に拘束を解除すべく努力いたします。</p>	
施設からの契約解除	<p>事業者は、利用者の行動が自他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>2 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 一定の観察期間をおくこと。 二 医師の意見を聴くこと。 三 契約解除の通告について6ヶ月の予告期間をおくこと。 四 前号の通告に先立ち、利用者本人の意思を確認するとともに、入居契約に定める 身元引受人の意見を聴くこと。 	
苦情受付対応	<p>入居者は、いつでも苦情を申し立てる事ができます。</p> <p>1 事業者は、苦情を受け付ける手続きを管理規程別紙4に「苦情受付対応細則」を定め、入居者からの苦情等の適切な解決に努めます。</p> <p>2 事業者は、入居者から苦情申立てがなされた場合、対応する担当者及び責任者を定め、迅速かつ誠実な解決に努めます。</p> <p>3 事業者は、入居者が苦情申立てを行ったことを理由として何らかの不利益な取扱いをすることはありません。</p>	

前払い家賃及び月額費用

1人部屋入居の場合 A1 (月額 122,000 円、 年払家賃 1,464,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			357,050	122,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,464,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合 A2 (月額 131,000 円、 前払家賃 1,572,000 円)

プランの名称	前払金	償却 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			366,050	131,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,572,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合 A3 (月額 134,500 円、 前払家賃 1,614,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			369,550	134,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,614,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合 A4 (月額 128,000 円、 前払家賃 1,536,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			363,050	128,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,536,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合 A5 (月額 137,000 円、 前払家賃 1,644,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			372,050	137,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,644,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合 A6 (月額 140,500 円、 前払家賃 1,686,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			375,550	140,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,686,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合 A7 (月額 145,500 円、 前払家賃 1,746,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			380,550	145,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,746,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

※家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。支払方式に関わらず入居期間中は支払いが継続します。

前払い家賃及び月額費用

1人部屋入居の場合 A8 (月額 140,000 円、 前払家賃 1,680,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			375,050	140,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,680,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

1人部屋入居の場合 A'1 (月額 148,000 円、 前払家賃 1,776,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			383,050	148,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,776,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

1人部屋入居の場合 A'2 (月額 130,000 円、 前払家賃 1,560,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			365,050	130,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,560,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

1人部屋入居の場合 A'3 (月額 158,000 円、 前払家賃 1,896,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			393,050	158,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,896,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

1人部屋入居の場合 A'4 (月額 136,000 円、 前払家賃 1,632,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			371,050	136,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,632,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

1人部屋入居の場合 A'5 (月額 164,500 円、 前払家賃 1,974,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			399,550	164,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,974,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

1人部屋入居の場合 A'6 (月額 149,500 円、 前払家賃 1,794,000 円)

プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			384,550	149,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,794,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費に含む

※家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。支払方式に関わらず入居期間中は支払いが継続します。

前払い家賃及び月額費用

1人部屋入居の場合		B1	(月額	110,000 円、	前払家賃	1,320,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			345,050	110,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,320,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合		B2	(月額	109,500 円、	前払家賃	1,314,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			344,550	109,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,314,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合		B3	(月額	122,000 円、	前払家賃	1,464,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			357,050	122,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,464,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合		B4	(月額	115,500 円、	前払家賃	1,386,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			350,550	115,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,386,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合		C1	(月額	148,000 円、	前払家賃	1,776,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			383,050	148,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,776,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合		C2	(月額	155,000 円、	前払家賃	1,860,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			390,050	155,000	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,860,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

1人部屋入居の場合		C3	(月額	161,500 円、	前払家賃	1,938,000 円)			
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)					
				家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費
月払方式(1人部屋入居プラン)			396,550	161,500	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む
年払方式(1人部屋入居プラン)	1,938,000	12ヶ月	235,050	0	144,000	6,450	0	84,600	管理費を含む

※家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。支払方式に関わらず入居期間中は支払いが継続します。

前払い家賃及び月額費用

2人部屋入居の場合		D1	(月額	211,500 円、	前払家賃	2,538,000 円)	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)				
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費		
月払方式(2人部屋入居プラン)			606,400	211,500	212,800	12,900	0	169,200	管理費を含む		
年払方式(2人部屋入居プラン)	2,538,000	12ヶ月	394,900	0	212,800	12,900	0	169,200	管理費を含む		

2人部屋入居の場合		D2	(月額	203,000 円、	前払家賃	2,436,000 円)	月額費用内訳 (<input type="checkbox"/> 内消費税10%込み)				
プランの名称	前払金	想定 居住 月数	月額利用料	家賃 (非課税)	管理費	生活支援 サービス費	介護費用	食費	光熱水費		
月払方式(2人部屋入居プラン)			597,900	203,000	212,800	12,900	0	169,200	管理費を含む		
年払方式(2人部屋入居プラン)	2,436,000	12ヶ月	394,900	0	212,800	12,900	0	169,200	管理費を含む		

※家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。支払方式に関わらず入居期間中は支払いが継続します。
 ※2人部屋をお一人でご利用される場合は、家賃・管理費は、お二人入居時と同額をご負担頂きます。

記入年月日	2026年4月1日
記入者名	稲越 義
所属・職名	介護支援専門員

1. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	在宅介護と介護保険施設の中間に位置する介護サービスとして、在宅介護の良さ(自由な生活)と、施設介護の良さ(24時間の安心)の両方を併せ持つ福祉サービスとして、ご入居者の特性や個別希望に対応した介護サービスを提供し、いつまでも安心して住み続けることのできる住環境をご提供いたします。関係法令を遵守し、ご入居者の自立支援を行います。日々介護サービスの見直しを行い、既存のサービスにはない先駆的サービスの創造や、福祉先進国の取り組みを日本の文化に取り入れ、ご入居者に心から満足していただける介護サービスを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	① リビングスペース、カフェダイニング、プライベートダイニング、約1,500㎡のケアガーデンなど、ご家族やお友達を頻繁に招いていただける、多彩で充実したパブリックスペースをご用意しています。 ② ケアガーデンや四季折々のイベントにより、五感を刺激して四季を感じていただく事で機能回復を促すダイバーショナルセラピーを行っていきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	■自ら実施 □委託 □なし
食事の提供	□自ら実施 ■委託 □なし
洗濯、掃除等の家事の供与	■自ら実施 □委託 □なし
健康管理の供与	■自ら実施 □委託 □なし
安否確認又は状況把握サービス	■自ら実施 □委託 □なし
生活相談サービス	■自ら実施 □委託 □なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 ※1「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。 ※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算	(i)	□ あり ■ なし
		(ii)	■ あり □ なし
	生活機能向上連携加算	(i)	□ あり ■ なし
		(ii)	■ あり □ なし
	ADL維持等加算	(i)	■ あり □ なし
		(ii)	□ あり ■ なし
	個別機能訓練加算	(i)	□ あり ■ なし
		(ii)	□ あり ■ なし
	夜間看護体制加算	(i)	□ あり ■ なし
		(ii)	□ あり ■ なし
	若年性認知症入居者受入加算		□ あり ■ なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(i)	■ あり □ なし
		(ii)	□ あり ■ なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		□ あり ■ なし
	退院・退所時連携加算		■ あり □ なし
	退去時情報提供加算		■ あり □ なし
看取り介護加算	(i)	■ あり □ なし	
	(ii)	□ あり ■ なし	
認知症専門ケア加算	(i)	□ あり ■ なし	
	(ii)	□ あり ■ なし	

	高齢者施設等感染対策向上加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(i)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(i)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(iv)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(v)(1)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(v)(2)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(v)(3)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
(v)(4)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(5)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(6)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(7)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(8)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(9)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(10)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(11)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
(v)(12)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
(v)(13)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
(v)(14)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1	
	<input type="checkbox"/> なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> その他(医療情報提供)			
協力医療機関	1	名称	東邦大学医療センター佐倉病院	
		住所	千葉県佐倉市下志津564番地1	
		診療科目	内科、外科、精神科、循環器科、小児科、皮膚科、他	
		協力内容	入居者の病状の急変等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	2	名称	聖隷佐倉市民病院	
		住所	千葉県佐倉市江原台2-36-2	
		診療科目	内科、外科、精神科、循環器科、小児科、皮膚科、他	
		協力内容	入居者の病状の急変等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

	3	名称	南ヶ丘病院	
		住所	千葉県佐倉市下志津218	
		診療科目	脳神経外科・内科・循環器内科・呼吸器内科	
		協力内容	入居者の病状の急変等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	4	名称	小林循環器クリニック	
		住所	千葉県佐倉市青菅1023番地23	
		診療科目	内科、循環器科、小児科、皮膚科、他	
協力内容		入居者の病状の急変等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
	医療機関の名称	南ヶ丘病院		
	医療機関の住所	千葉県佐倉市下志津218		
	<input type="checkbox"/> なし			
協力歯科医療機関	1	名称	中島歯科医院	
		住所	千葉県佐倉市中志津5-13-18	
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア	

(入居に関する要件)

入居対象となる者【表示事項】	自立している者	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	60歳以上、但し、2人入居の場合はどちらも60歳以上	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合(2人入居の場合はどちらも逝去した場合) ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつそのことが当該契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、当該契約を解除することがある。
		1 入居申込書に虚位の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき
		2 当該施設利用に係る月額利用料の支払いを怠り、その滞納額が2か月分に達したとき
		3 当該施設入居に係る終身建物賃貸借契約に規定する「禁止または制限される行為」の規定に違反したとき
		4 入居者の行動が、自他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき
		5 入居者、身元引受人が暴力団による不正な行為の防止等に関する法律(平成三年五月十五日法律第七十七号)第二条第六号に規定する暴力団員であることが判明したとき
		6 入居者が公的医療保険又は介護保険の被保険者の資格を失ったとき
7 事業者の名誉・信用を棄損する等、事業者に対する背徳行為または反社会的活動を行ったとき		
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	

体験入居の内容	1 あり(内容:1泊2日10,800円 1食700円 最長14日間) 2 なし
入居定員	75人
その他	

2. 職員体制 ※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数(実人数)		常勤換算人数 ※1※2
	合計	非常勤	
管理者	1	1	1
生活相談員	2	2	2
直接処遇職員			
介護職員	35	24	32.1
看護職員	6	3	3.9
機能訓練指導員	1		0.8
計画作成担当者	1	1	1
栄養士	1	1	1
調理員			
事務員	5	3	4.1
その他職員	7		1.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2			40
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。			
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。			

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	24	5
実務者研修の修了者	3	0
初任者研修の修了者	3	1
介護支援専門員	1	1

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時 ~ 翌9時)		
	平均人数	
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	3人	2人

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		1
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		
はり師		
きゅう師		

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <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)	1.9 : 1
※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有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	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)

管理者	他の職務との兼務		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり						
			資格等の名称						
		<input checked="" type="checkbox"/> なし							
		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
前年度1年間の採用者数		1	1	1	4				
前年度1年間の退職者数			1	3					
職経業 員験務 の年 数に 従事 した 人数 に 応じ た	1年未満				1		1		
	1年以上 3年未満			3	5				
	3年以上 5年未満			4		1			
	5年以上 10年未満			3	2	1			1
	10年以上	3	3	14	3				
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							

3. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	17人
	女性	53人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	59人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	15人
	要支援2	12人
	要介護1	19人
	要介護2	10人
	要介護3	8人
	要介護4	4人
入居期間別	要介護5	2人
	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	12人
	1年以上5年未満	26人
	5年以上10年未満	19人
	10年以上15年未満	7人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90歳
入居者数の合計	70人
入居率※	93.3%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	人
	医療機関	4人
	死亡者	12人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0人
	入居者側の申し出 (解約事由の例)	6人
	家族宅の近くの施設に転居	

4. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		当施設苦情受付窓口
電話番号		043-460-2105
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称		社会福祉法人 ユーカリ優都会
電話番号		043-460-7117
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 株式会社全老健共済会の「居宅介護事業者保証制度」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	<input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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	平成30年10月21日
		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 type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

5. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<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
管理規程	<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
事業収支計画書	<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
財務諸表の要旨	<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	<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

6. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 2 回		
	<input type="checkbox"/> なし			
		1 代替措置あり (内容) 2 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと			
	<input type="checkbox"/> あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	従事者に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり （提携ホーム名： ） <input checked="" type="checkbox"/> なし
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 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
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> あり （平成 25年 12月 25日登録） <input type="checkbox"/> なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
合致しない事項がある場合の内容	

別添6 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	南ヶ丘病院	佐倉市下志津218
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	リハビリカーテンユーカリが丘	佐倉市ユーカリが丘6-3-2
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都苑	佐倉市青菅1010番地15
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都苑	佐倉市青菅1010番地15
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都びあ	佐倉市青菅1023-6
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリが丘居宅介護支援事業所 勝田台居宅介護支援事業所	佐倉市ユーカリが丘6-3-2 八千代市勝田台1-22-4
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	南ヶ丘病院	佐倉市下志津218
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都苑	佐倉市青菅1010番地15
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都苑	佐倉市青菅1010番地15
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<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	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都びあ	佐倉市青菅1023-6
介護予防支援	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリゆうとの社	佐倉市青菅1023番地14
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ユーカリ優都苑	佐倉市青菅1010番地15
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護医療院	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

別添7 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					□ なし		■ あり		備 考
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス									
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
おむつ代			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			実費
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				週3回目から1回2,000円
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				週3回目から1回2,000円
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
通院介助	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			協力医療機関以外は30分毎に1,000円
生活サービス									
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			要支援者は週2回目以降、要介護者は週3回目以降に1回（30分）1,000円
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			週2回目以降1,000円
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			要支援者は1回（1袋）1,000円 要介護者は週3回目以降1回（1袋）1,000円
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			月4回目以降1回100円（体調不良時は除く）
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			イベント食実施時に希望者に限る
おやつ			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			1食70円
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			実費
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			週1回指定店に限る。以外は1回（30分）1,000円
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			介護保険に係る手続きに限る。以外は1回30分1,000円
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					事務にて上限100,000円まで
健康管理サービス									
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○			年度内2回協力医療機関付き添い。健診費実費。
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			協力医療機関月1回。以外は1回（30分）1,000円
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			協力医療機関月1回。以外は1回（30分）1,000円
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			協力医療機関月1回。以外は1回（30分）1,000円
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			協力医療機関月1回。以外は1回（30分）1,000円

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合証に記載の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

サービス内容		要介護(要支援)認定区分		要介護1・2		要介護3～5		
		介護保険給付及び月額利用料に含む各種サービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付及び月額利用料に含む各種サービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付及び月額利用料に含む各種サービス	その都度徴収するサービス	
生活支援サービス	緊急対応/ナースコール	24時間対応	—	24時間対応	—	24時間対応	—	
介護サービス	巡回	昼間9:00～18:00	2回	—	2回(必要に応じ随時)	—	2回(必要に応じ随時)	
		夜間18:00～翌9:00	1回	—	2回(必要に応じ随時)	—	2回(必要に応じ随時)	
	食事	配膳・下膳(食堂内)	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	
		食事介助(食堂内)	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	
		おやつ(希望者のみ)	—	1食(70円)	—	1食(70円)	—	
	排泄	排泄介助	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	
		おむつ交換	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	
		おむつ代	—	実費	—	実費	—	
	入浴	入浴(浴室利用時間1回45分)	週2回	週3回目から1回500円	週2回	週3回目から1回500円	週2回	週3回目から1回500円
		清拭	未入浴時	週3回目から1回2,000円	未入浴時	週3回目から1回2,000円	未入浴時	週3回目から1回2,000円
		一般浴介助(浴室利用時間45分)	適宜対応	週3回目以降 1回2,000円(45分)	適宜対応	週3回目以降 1回2,000円(45分)	適宜対応	週3回目以降 1回2,000円(45分)
		機械浴介助	適宜対応	週3回目以降 1回2,000円(45分)	適宜対応	週3回目以降 1回2,000円(45分)	適宜対応	週3回目以降 1回2,000円(45分)
	身辺介助	体位交換	—	—	適宜対応	—	適宜対応	—
		居室からの移動	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
		衣類の着脱	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
		身だしなみ介助	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
		日常生活行動障害対応※	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—
	通院介助	協力医療機関	通院付添 協力医療機関月1回	協力医療機関2回目以降 1回(30分)1,000円	通院付添 協力医療機関月1回	協力医療機関2回目以降 1回(30分)1,000円	通院付添 協力医療機関月1回	協力医療機関2回目以降 1回(30分)1,000円
		協力医療機関 (個別希望受診)	—	30分毎1,000円	—	30分毎1,000円	—	30分毎1,000円
		その他の医療機関	—	30分毎1,000円	—	30分毎1,000円	—	30分毎1,000円
家事	機能訓練(生活リハビリ)	ケアプランによる	—	ケアプランによる	—	ケアプランによる	—	
	清掃	週1回	週2回目以降(30分)1,000円	週2回及び必要時	週3回目以降(30分)1,000円	週2回及び必要時	週3回目以降(30分)1,000円	
	洗濯	—	1回(1袋)1,000円	週2回及び必要時	週3回目以降(1袋)1,000円	週2回及び必要時	週3回目以降(1袋)1,000円	
	リネン交換	週1回	週2回目以降1,000円	週1回及び必要時	週2回目以降1,000円	週1回及び必要時	週2回目以降1,000円	
	居室配膳・下膳	適宜対応	月4回目以降1回100円	適宜対応	月4回目以降1回100円	適宜対応	月4回目以降1回100円	
介護支援サービス	小口現金の管理	ケアプランによる	—	ケアプランによる	—	ケアプランによる	—	
	買物代行	週1回 指定店	左記以外 1回(30分)1,000円	週1回 指定店	左記以外 1回(30分)1,000円	週1回 指定店	左記以外 1回(30分)1,000円	
	役所手続き	介護保険更新手続	左記以外 1回(30分)1,000円	介護保険更新手続	左記以外 1回(30分)1,000円	介護保険更新手続	左記以外 1回(30分)1,000円	
	薬受取サービス	指定薬局	左記以外 1回(30分)1,000円	指定薬局	左記以外 1回(30分)1,000円	指定薬局	左記以外 1回(30分)1,000円	
その他のサービス	福祉用具	—	実費	—	実費	—	実費	
	理美容	—	実費	—	実費	—	実費	
	レクリエーション	レク活動	材料費	レク活動	材料費	レク活動	材料費	
健康・安全管理	定期健康診断(年2回)	協力医療機関付添	健診費実費	協力医療機関付添	健診費実費	協力医療機関付添	健診費実費	
	健康相談	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	
	生活相談	適宜対応	—	適宜対応	—	適宜対応	—	
	医師の往診	—	医療費実費	—	医療費実費	—	医療費実費	
入院時サービス	医療費	—	医療費実費	—	医療費実費	—	医療費実費	
	入退院時移送サービス	協力医療機関月1回	協力医療機関以外及び 協力医療機関2回目以降 1回(30分)1,000円	協力医療機関月1回	協力医療機関以外及び 協力医療機関2回目以降 1回(30分)1,000円	協力医療機関月1回	協力医療機関以外及び 協力医療機関2回目以降 1回(30分)1,000円	
	入院中の生活援助	週1回の訪問	1回(30分)1,000円	週1回の訪問	1回(30分)1,000円	週1回の訪問	1回(30分)1,000円	

※介護サービスの内容・頻度・回数などは、ご入居者の自立支援を目的として作成される、介護サービス計画書(ケアプラン)に沿って提供いたします。上記の表はあくまで介護サービスの項目です。実際にどのような介護サービスを受けるかは、計画作成担当者にご相談の上で、ご決定いただく事となります。
 ※標準仕様の車椅子、杖、歩行器などの福祉用具については、施設側でご用意させていただきます。特別な仕様や個別希望による福祉用具は、お客様の実費負担となります。
 ※医師の指示など、介護上必要な場合に行なう3回目以降の入浴については、介護保険給付の対象となるため、追加のご負担はありません。
 ※要介護認定で自立と判断された方は、介護が必要な入居者と同じ待遇でサービスを行っていることの対価として、生活サポート費(要支援認定1の十割負担)をご負担頂きます。