

# 重要事項説明書

## 1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	フリガナ カブシキガイシャクラーチ	
	株式会社クラーチ	
事業者の所在地	〒100 - 6019	
	東京都千代田区霞が関 3 - 2 - 5	
事業者の連絡先	電話番号	03-5501-2911
	F A X 番号	03-6257-3010
	ホームページアドレス	<a href="https://www.kuraci.co.jp/">https://www.kuraci.co.jp/</a>
事業者の代表者名	代表取締役 浅見 泰之	

## 2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャクラーチ		
	株式会社クラーチ		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒100 - 6019		
	東京都千代田区霞が関 3 - 2 - 5		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5501-2911	
	F A X 番号	03-6257-3010	
	ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<a href="https://www.kuraci.co.jp/">https://www.kuraci.co.jp/</a>
		<input type="checkbox"/> 無	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	浅見 泰之	
	職名	代表取締役	
事業主体が行っている主な事業等	居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所		

### 3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ ソルシアスサクラ	
	ソルシアス佐倉	
住宅の所在地	〒285-0005	
	千葉県佐倉市宮前3-15-1	
住宅の連絡先	電話番号	043-308-8678 (停電時：080-4814-6939)
	F A X 番号	043-308-8781
	ホームページアドレス	<a href="https://www.kuraci.co.jp/home/solcias-sakura/">https://www.kuraci.co.jp/home/solcias-sakura/</a>
住宅の管理者名	塚本 大介	
住宅の構造	鉄筋コンクリート造 地下1階地上7階建	
住宅の戸数	77戸 Aタイプ18.98㎡×38戸 Bタイプ38.64㎡×37戸 Cタイプ60.05㎡×2戸	
住宅の開設年月日	平成25年3月15日	
居住の契約方式	普通賃貸借契約	
前払金※の有無	無 ※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があります。	
賃料の概算額	39,000 円 ～ 160,000 円	
管理費の概算額	51,000 円 ～ 69,500 円	
敷金の概算額	117,000 円 ～ 320,000 円 <small>※Aタイプ賃料の3ヶ月分 ※B・Cタイプ賃料の2ヶ月分</small>	
入居契約の内容	別添の入居契約書（建物賃貸借契約書）のとおりとします。	

### 4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等		
<p>ソルシアス佐倉では、ご入居者様のご希望ならびに心身の状況に応じ、安定的かつ適切なサービスを提供します。具体的には、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応・フロントサービスを行います。また、併設する訪問介護事業所や協力医療機関と連携を図ることにより、医療・介護が必要になった場合でも安心して住み続けられるよう支援してまいります。さらに、ご入居者様には必要に応じて有料サービス（選択サービス）もご利用いただけます。</p>		
生活支援サービスの内容		
基本サービス	料金	(提供方法・提供者)

状況把握（安否確認）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご入居者様の安否を、常駐しているスタッフが毎日確認いたします。安否確認の方法は契約時にご本人様、ご家族様と決めさせていただきます。</li> </ul> <p>※提供者：株式会社クラーチ</p>
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活上のご相談に応じます。お困りのことやご不安なことがございましたらお気軽にご相談ください。</li> </ul> <p>※提供者：株式会社クラーチ</p>
緊急時対応	<p>36,300円（税込） ／月額 ※一人あたり</p>	<p>緊急通報装置での呼び出しに対し、24時間対応いたします。状況に応じてご家族様へのご連絡、協力医療機関へのご連絡や救急車の要請等を行います。緊急通報装置による対応については以下の通りです。</p> <p><b>【各居室共通の対応】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内に設置のケアコールを押していただくと、事務所及びスタッフが携帯するPHSにより緊急通報を確認し、スタッフが駆けつけ必要な対応を行います。</li> </ul> <p>※24時間対応いたします。</p> <p><b>【4階～7階のご入居者様への対応】</b></p> <p>①居室内のインターホンにて事務所スタッフと直接会話することができます。</p> <p>※9時～18時の間の対応となります。</p> <p>②一定時間居室内で人の動きが確認できない場合には、居室内に設置している人感センサーからの緊急通報を、事務所及びスタッフが携帯するPHSにより確認し、スタッフが駆けつけ必要な対応を行います。</p> <p>※提供者：株式会社クラーチ</p>
フロントサービス		<p>日常生活に必要なサービスをご案内、ご提供いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・郵便物、宅配便の一時的なお預かり（クール便等、お預かりできないものもあります。）</li> <li>・介護タクシー及び一般タクシーの手配</li> <li>・来訪者対応 など</li> </ul> <p>※提供者：株式会社クラーチ</p>
<p>上記以外の生活支援サービス等 (当社では入居者様の希望により、以下のサービスを提供します。)</p>		
選択サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)

食事サービス	57,750円 (税込) /月 ※30日計算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食費は月単位での請求となります。</li> <li>・食費：月額57,750円（30日の場合）</li> <li>※内訳：1日あたり2,283円[朝食445円（軽減税率）、昼食685円（軽減税率）、夕食795円]</li> <li>・提供時間：朝食は7時30分～8時30分、昼食は11時45分～12時45分、夕食は17時30分～18時30分。</li> <li>・提供場所：2、3階のご入居者様は各階のダイニングにてお召し上がりいただきます。</li> <li>4階～7階のご入居者様は原則として1階のダイニングでお召し上がりいただきますが、お体の状態によりお一人でお越しいただくことが困難な場合は2階もしくは3階でお召し上がりいただきます。なお、行事などにより提供場所を変更する場合もございます。</li> <li>・お食事の提供は、外部の給食業者へ委託しております。</li> <li>・キャンセルは提供日の2週間前の火曜日17：00迄までにスタッフまたは1階事務所までお知らせ下さい。それ以降のキャンセルにつきましては、キャンセル料が発生します。</li> <li>※提供者：株式会社グリーンヘルスケアサービス</li> </ul>
アシストサービス	33,000円 (税込)	介護保険サービス利用が区分支給限度額を超えた場合等において、提供する介護保険給付対象外の自費定額制アシストサービス。
介護保険対象外サービス		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険対象外のサービスをご利用の場合は、有料サービスについて（重一別表第1）をご参照ください。</li> <li>※提供者：株式会社クラーチ</li> </ul>

## 5. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等			
生活支援サービス職員			
		人数	委託先等
		生活支援サービススタッフ	5人 株式会社クラーチ
		介護スタッフ※訪問介護スタッフも含む	23人 株式会社クラーチ
		調理スタッフ	9人 株式会社Lグリーンヘルスケアサービス
夜間の職員体制	常駐 ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 )	1～2人	株式会社クラーチ

## 6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月15日に請求書を発行し、ご入居者様または連帯保証人等予め指定された方に送付します。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本サービス・・・翌月分を請求いたします。</li> <li>・選択サービス・・・前月分を請求いたします。</li> </ul>	
支払方法	
①毎月末日までに支払請求分を「振込」 ※振込手数料はご入居者様負担とさせていただきます。 ②毎月指定日に集金代行サービスによる「口座振替」	
振	金融機関名：みずほ銀行 丸の内中央支店 預金種目：普通

込	口座番号： 1047623	口座名義：株式会社クラーチ
口座振替	委託先金融機関名：みずほファクター株式会社 引落日：毎月26日 ※引落日が土・日・祝の場合は翌営業日	

## 7. 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等

利用者からの苦情に対応する当施設の窓口等の状況		
窓口の名称	ソルシアス佐倉 お客様相談窓口（場所：1階事務所）	
電話番号	043-308-8678	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 18時 00分
	土日祝日	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	
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具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等をご入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、ご入居者様の生命・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（ご家族様への連絡、救急車の要請等）を行います。また当社の責に帰すべき事由による場合は、ご入居者様に対してその損害を賠償します。	
利用者からの苦情に対応する事業所窓口及び外部機関の窓口		
株式会社クラーチ	本社 03-5501-2911	
千葉県	介護等に関する窓口 健康福祉部高齢者福祉課 043-223-2386	
	福祉サービスについての窓口 千葉県社会福祉協議会 043-246-0298	
	高齢者住まい法（住居設備等）についての窓口 県土整備部 都市整備局 住宅課住宅支援班 043-223-3231	
佐倉市	福祉部高齢者福祉課 043-484-6174	

## 8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	事務所の運営時間は9時～18時ですが、外出・帰宅及びご家族様等の来訪等自室の鍵を用いていつでも出入りが可能です。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前にスタッフへご連絡下さい。
共用施設の利用について	共用施設（応接室、ラウンジ、談話室、サクラの間等）はご自由にご利用いただけます。貸切利用をご希望の場合には、事前にスタッフへご連絡下さい。

## 9. 契約の解除内容等

### ご入居者様からの解約

- ・ご入居者様は事業者に対して、少なくとも1ヶ月以上前に書面により解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます（「生活支援サービス契約書」第9条）。
- ・建物賃貸借契約の解約については、「建物賃貸借契約書」第19条に記載のとおりとします。

### 事業者からの解除

- ・事業者は、「生活支援サービス契約書」第8条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。
  - ①他のご入居者様や事業者のスタッフの生命・身体・健康・財産（事業者の財産を含む）等に危害を及ぼし、またはその恐れがあり、かつ通常的生活支援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
  - ②ご入居者様またはその家族・連帯保証人・身元引受人等による、事業者のスタッフや他のご入居者様等に対するハラスメントにより、ご入居者様との信頼関係が著しく害され契約の継続に重要な支障が及んだ場合
  - ③ご入居者様が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合において、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がない場合
- ・建物賃貸借契約の解除については、「建物賃貸借契約書」第17条に記載のとおりとします。

## 10. 損害賠償責任保険の内容

### 損害賠償責任保険の加入状況

① ・ 無 （ あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 ）

## 11. 特記事項

- ①当社指定の家財総合保険（借家人賠償保険及び家財保険）にご入居者様にてご加入いただきます。
- ②電気料金は、個別契約で実費のご負担となります。水道料金は、Aタイプの居室は月額2,000円（税込）、B・Cタイプの居室は297円（税込）/㎡とし、2ヶ月に1度ご請求させていただきます。
- ③入院等で長期間ご不在の場合でも賃料・管理費・基本サービス費はご負担いただきます。
- ④退去時のハウスクリーニング費用及びエアコンクリーニング費用は、ご入居者様負担となります。

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

建物賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び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 株式会社クラーチ

住所 東京都千代田区霞が関3-2-5

代表者名 代表取締役 浅見 泰之

---

説明者氏名

---

上記事業者から、建物賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び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。

入居者氏名

---

入居者氏名

---

連帯保証人氏名

---

身元引受人氏名

---

## 重要事項等についての説明

貸主(甲)	住所	東京都千代田区霞が関3-2-5 株式会社クラーチ
	氏名	代表取締役 浅見 泰之

### 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) そるしあすさくら ソルシアス佐倉
所在地	(住居表示) 千葉県佐倉市宮前 3-15-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( 京成本 線 京成佐倉 駅から 徒歩 で 4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 25 年 3 月 1 日から 令和 15 年 2 月 28 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 25 年 3 月 1 日から 令和 15 年 2 月 28 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 25 年 3 月 1 日から 令和 15 年 2 月 28 日まで

(注) 住居表示が決まっていない場所には、地名地番を記載すること。

### 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) かぶしきかいしゃ くらーち 株式会社クラーチ	
住 所 (法人にあっては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号 100-6019 ) 東京都千代田区霞が関 3-2-5 電話番号 03-5501-2911	
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 (郵便番号 ) (法人にあっては主たる 事務所の所在地) 電話番号	
	法人の役員	別添 2 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) そるしあすさくら ソルシアス佐倉
事務所の所在地	(郵便番号 285-0005) 千葉県佐倉市宮前3-15-1 電話番号 043-308-8678

### 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	77戸
居住部分の規模	(最小) 18.98	m <sup>2</sup>
	(最大) 60.05	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	詳細については、別添 3のとおり 階数 地上7階地下1階建
	構造 鉄筋コンクリート造	
竣工の年月	1992年 11月 27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	

### 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 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。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※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。注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

入居開始時期	2026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 生活相談	■自ら □委託	約 36,300 円	詳細につ いては、 別添4の とおり
	食事の提供	□自ら ■委託 □提供しない	約 57,750 円	
	入浴等の介護	■自ら □委託 □提供しない		
	調理等の家事	■自ら □委託 □提供しない		
	健康の維持促進	■自ら □委託 □提供しない		
	その他	■自ら □委託 □提供しない	約 3,300 円	
家賃の概算額	(最低) 約 39,000 円		住宅ごとの内容は 別添3のとおり	
	(最高) 約 160,000 円			
管理費の概算額	(最低) 約 51,000 円			
	(最高) 約 69,500 円			
敷金の概算額	(最低) 約 117,000 円		家賃の 2~3 月分	
	(最高) 約 320,000 円			
水道光熱費の 支払方法	実費			
前払金の有無	□あり ■なし			
家賃等の前払 金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円
家賃等の 前払金の 算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法				
家賃等の前払 金の返還債務が消滅 するまでの期間	年 月 日まで			
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。)			
前払金の保全 措置の内容	□銀行による債務保証 □信託会社等による元本補てん又は信託 □保険事業者による保証保険 □その他 ( )			
特定施設入居者 生活介護事業所	□指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			
	■指定を受けていない			
地域密着型 特定施設入居者 生活介護事業所	□指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			
	■指定を受けていない			
介護予防 特定施設入居者 生活介護事業所	□指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			
	■指定を受けていない			
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者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、別紙により、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 checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <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	(ふりがな)	
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
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	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		

## 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 (該当する場合のみ)

施設名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
ソルシアス佐倉訪問介護事業者	訪問介護・介護予防訪問介護サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
ソルシアス佐倉居宅介護支援事	居宅介護支援サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input 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 (該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方		
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん あいしんかい さくらちゅうおうびょういん 医療法人社団 愛信会 佐倉中央病院	
事業所の所在地	(郵便番号 285-0014 ) 千葉県佐倉市栄町 20-4	電話番号 043-486-1311
連携又は協力の内容	入院を含めた緊急時対応、訪問診療	

## 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5のとおり

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

基本方針及び千葉県高齢者居住安定確保計画を遵守し、入居者に安心して暮らしていただけるサービス付き高齢者向け住宅の運営に努めます。

- 添付書類 : 別添1 役員名簿（高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者）  
別添2 役員名簿（高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者）  
別添3 住宅の規模並びに構造及び設備等  
別添4 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5 運営方針  
別添6 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7 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8 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 2026年 月 日

登録事業者名 株式会社クラーチ

所在地 東京都千代田区霞が関 3-2-5

代表者名 浅見 泰之

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）署名 \_\_\_\_\_

## 別添 1

## 役員名簿

(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者)

(ふりがな) 氏名	役名等
あさみ やすゆき 浅見 泰之	代表取締役
すどう そら 須藤 空良	取締役
すどう しゅうじ 須藤 修司	監査役

## 別添 2

## 役員名簿

(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者)

(ふりがな) 氏名	役名等

## 別添 3

## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 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 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.98	×	○	○	×	×	○	3	217 218 219	39,000
1	18.98	×	○	○	×	×	○	4	216 317 318 319	40,000
1	18.98	×	○	○	×	×	○	1	316	41,000
1	18.98	×	○	○	×	×	○	12	202 203 204 205 206 207 208 210 211 212 213 214	42,000
1	18.98	×	○	○	×	×	○	15	201 209 215 302 303 304 305 306 307 308 310 311 312 313 314	43,000
1	18.98	×	○	○	×	×	○	3	301 309 315	44,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	2	220 221	90,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	5	320 321 409 410 411	91,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	4	408 508 509 510	92,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	6	402 403 404 405 406 507	93,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	8	401 407 502 503 504 505 605 606	94,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	5	501 506 604 705 706	95,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	1	704	96,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	2	601 602	97,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	3	603 701 702	98,000
1	38.64	○	○	○	○	○	○	1	703	99,000

1	60.05	○	○	○	○	○	○	1	412	155,000
1	60.05	○	○	○	○	○	○	1	511	160,000

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	4	120.00	1階南西側2ヶ所、 2・3階北西側	77	
台所					
食堂	3	194.00	1階南側、2・3階北 側	77	2・3階の食堂内に 台所を設置
居間	6	21.00	4・5・6階EVの北 側および他2ヶ所	77	
収納設備					

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。

## 別添 4 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

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)				
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号 )		電話番号		
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等					
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 1 人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	1 人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 10 人	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	12 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 5 人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地 )					
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )					
常駐する時間	日中	9 時	00 分	18 時	00 分	人員 10~13 人
	上記以外の時間	18 時	00 分	9 時	00 分	人員 1~2 人
毎日 1 回以上の状況把握サービスの提供方法	直接確認及びインターホンでの確認				毎日 1 回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時 00 分 ~ 24 時 00 分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24 時間			
	通報方法	各居室に設置するケアコールおよび 4 階~7 階の居室のインターホン、人感センサー				
	通報先	事務所およびスタッフが携帯する PHS	通報先から住宅までの到着予定時間 1 分			
緊急時における対応の内容	状態に応じて、訪問診療先や救急車の要請・手配					
生活相談サービスの内容	状況把握 (安否確認)、生活相談、緊急時対応、フロントサービスを行います。					
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	提供時間	時	分	~	時 分	
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約 36,300 円		前払金の算定方法		
	前払金	約 円				

備考	
----	--

※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。

## 2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

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) かぶしきかいしゃ ぐりーんへるすけあさーびす 株式会社グリーンヘルスケアサービス		
	住所 <small>(法人にあっては 主たる事務所の 所在地)</small>	(郵便番号 163-1477 ) 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー 17F  電話番号 03-3379-1246		
	住所 <small>(法人にあっては 本業務に係る 事業所の所在地)</small>	(郵便番号 )  電話番号		
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
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"/> 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 ( )		
	入居者の健康状況に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の 対価（概算額）	月額※	約 57,750 円	内訳 朝食 445 円 昼食 685 円 夕食 795 円	
	前払金	約 円	前払金の 算定方法	
備考	栄養バランスを重視した食事を提供いたします。			

※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)	
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号 )	電話番号
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	
備考	訪問介護・介護予防訪問介護サービスにてご提供いたします。また、介護保険外のサービスとして、入浴介助を 3,300 円/回/人、排泄介助・食事介助を 550 円/10 分、1,650 円/30 分、以降 10 分ごとに 550 円の加算にてご提供いたします。		

### 4. 調理、洗濯、掃除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)	
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号 )	電話番号
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	

備考	訪問介護・介護予防訪問介護サービスにてご提供いたします。また、介護保険外のサービスとして、550円/10分にてご提供いたします。以降10分ごとに550円の加算にてご提供いたします。
----	--

5. 健康の維持増進サービスの内容（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)	
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号 )	電話番号
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input 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 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	
備考	看護師もしくは介護職による健康相談。定期的な血圧測定は別途有料サービスにてご提供致します。		

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)		
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号 )	電話番号	
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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		
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 3,300 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 円		
備考	薬の管理（保管）、服薬確認、残薬確認を行います（110 円/日） ※概算額は 1 ヶ月（30 日）の場合			

別添5 運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<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、変化があったときは、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者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

記入年月日	年 月 日
記入者名	塚本 大介
所属・職名	ホーム長

1. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	安心・安全はもちろんのこと、多様の要望や期待に応えるべく介護・医療の専門識が高いホスピタリティで日々ご入居者をサポートしていきます。暮らしの中で生まれる感動とサプライズの体験が、ご入居者を笑顔にし、みんなを幸せにしていきます。人生100年楽しめる施設づくりに努めて参ります。
サービスの提供内容に関する特色	おもてなしの気持ちと行き届いたサービスで、元気な方から介護が必要な方まで安心して快適にお過ごしいただける生活を私たちがお約束いたします。また、介護フロアもあり24時間365日、介護の専門家による一人ひとりに合わせた手厚い介護、最高のおもてなしを実現します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <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 type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	<input type="checkbox"/> 通院介助 (ご家族等が同行できない場合)		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 愛信会 佐倉中央病院
		住所	千葉県佐倉市栄町20-4
		診療科目	内科、糖尿病・内分泌内科、整形外科、消化器科、肛門外科、脳神経外科、泌尿器科、リハビリテーション科
		協力科目	訪問診療、入院を含めた緊急時対応、訪問診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

		協力内容	入居者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	■あり □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	■あり □なし	
	2	名称	社会福祉法人ユーカリ優都会 南ヶ丘病院		
		住所	千葉県佐倉市下志津 218 番地		
		診療科目	内科、循環器、外 科、一般内科	協力科目	訪問診療、入院を含めた 緊急時対応（医療費その 他の費用は入居者の自己 負担
		協力内容	入居者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	■あり □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	■あり □なし	
	3	名称	アグリホームクリニック なりた		
		住所	千葉県成田市宗吾 3 丁目 724 番 49		
		診療科目	内科	協力科目	訪問診療、緊急時対応(医 療費その他の費用は入居 者の自己負担
協力内容		入居者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	■あり □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	■あり □なし		
新興感染症発 生時に連携す る医療機関	⑤. あり				
	医療機関の名称	医療法人社団 愛信会 佐倉中央病院			
	医療機関の住所	千葉県佐倉市栄町 20-4			
	6. なし				
協力歯科医療 機関	1	名称	医療法人社団 陵栄会 佐倉デンタルクリニック		
		住所	千葉県佐倉市臼井 53-3		
		協力内容	訪問歯科診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）		
	2	名称			
		住所			
		協力内容			

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他(別タイプ、別フロアの居室へ移る場合 )
判断基準の内容	本人や身元引受人から住み替えの希望があった場合や見守りの度合いが増えた場合。
手続きの内容	① 一定の観察期間をおく ② 主治医及びスタッフ等の意見を聴く ③ 本人及び身元引受人の意思を確認する
追加的費用の有無	■ あり □ なし

居室利用権の取扱い	賃貸借	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

(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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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歳以上の方または要介護認定もしくは要支援認定を受けている方。 事前の入居判定あり。	
契約の解除の内容	① 入居者から契約解除が行われた場合 ② 事業主体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	第17条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	77 (室)	
その他		

2. 職員体制 ※サービス付き高齢者向け住宅事業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	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				

栄養士				
調理員				
事務員	2	2		
その他職員	1		1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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	2	2	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	1	1	

**(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	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			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 (16時 00分～9時 00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2人	1人

**(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 type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 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	ソルシアス佐倉訪問介護事業所
	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						■ あり □ なし				
	業務に係る資格等						■ あり				
							資格等の名称		介護福祉士		
						□ 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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数											
前年度1年間の退職者数											
職員の 経験年数 に応じた 業務に従事した 人数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況						■ あり □ なし					

**3. 入居者の状況【2026年4月1日現在】**

**(入居者の人数)**

性別	男性	29人
	女性	53人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	16人
	85歳以上	62人
要介護度別	自立	11人
	要支援1	14人
	要支援2	13人
	要介護1	20人
	要介護2	13人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	18人
	6ヶ月以上 1年未満	16人
	1年以上 5年未満	28人
	5年以上 10年未満	10人
	10年以上 15年未満	10人
	15年以上	0人

**(入居者の属性)**

平均年齢	87.8歳
入居者数の合計	82人
入居率※	96.1%
※ 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	4人
	社会福祉施設	9人
	医療機関	1人
	死亡者	5人
	その他	4人
	生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)
入居者側の申し出 (解約事由の例)		23人

#### 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		ソルシアス佐倉 お客様相談窓口
電話番号		043-308-8678
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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の保険に加入している。
	<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	意見箱にて随時
		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 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	<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	<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 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
財務諸表の原本	<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

6. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 回
	■ なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 変更があった際に都度開催しているため。
	<input type="checkbox"/> 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	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	担当者の配置	■ 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	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	■ 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	■ なし <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	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	災害に関する業務継続計画	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	従事者に対する周知の実施	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な訓練の実施	■ あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	■ 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 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	■ 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	■ あり ( 2025 年 4 月 1 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		
不適合事項がある場合の内容		

別添7 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

介護サービス等の種類	併設・隣接の状況		事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ソルシアス佐倉訪問介護事業所 千葉県佐倉市宮前3-15-1
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
通所介護	あり	なし	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<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	あり	なし	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	ソルシアス佐倉居宅介護支援事業所 千葉県佐倉市宮前3-15-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	

		なし			
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	ソルシアス佐倉訪問介護事業所	千葉県佐倉市宮前3-15-1
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

## 別添 8

## 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	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）					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）	なし	あり	なし	あり			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	550円/10分	1,650円/30分、以降10分ごとに550円の加算。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	550円/10分	1,650円/30分、以降10分ごとに550円の加算。
おむつ代			なし	あり		○	実費	リハビリパンツや尿取パットも販売を実施しており、サイズやメーカー、仕入れ価格によって販売価格の変動有り。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	3,300円/回	2名対応の場合は左記の料金の2倍となる。
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	550円/10分	1,650円/30分、以降10分ごとに550円の加算。
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/30分	原則としてご家族対応。車を使用する場合は別途ガソリン代として66円/5kmの加算。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/30分	通常清掃で対応できない場合は別途クリーニング費用が発生します。
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	2,200円/月	一時貸出しは、550円/回（ご利用は一週間まで）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	770円/回	1回4.5kgまで。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	330円/食	原則は食堂での提供となり、居室配膳・下膳は行わないが、体調不良等の場合は無料で居室配膳・下膳を実施。また、自立フロアの入居者の食事誘導については、550円/食で対応。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		形態の変更は適宜対応。通常の範囲を超えた変更や治療食、特別な調理、食材が必要な場合は別途料金が発生。
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部からの訪問理美容。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/30分	以降10分ごとに550円の加算。

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり			110円/日	薬の保管（保管）、服薬確認、残薬確認等対応。
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			当施設が生活上必要と判断した場合や医師等からの指示があった場合のみ実施。 血圧測定は希望により別途有料。
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		原則はご家族対応。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3割の利用者負担）。

※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。

# 重要事項説明書

(居宅介護支援事業)

ソルシアス佐倉居宅介護支援事業所

株式会社クラーチ

1. 事業主体概要

法人名	株式会社クラーチ
法人所在地	〒100-6019 東京都千代田区霞が関3-2-5
代表者	代表取締役 浅見 泰之
電話番号	03-5501-2911
設立年月日	2001年4月19日
資本金	5000万円
事業内容	有料老人ホーム、高齢者住宅、施設の企画及び運営他 サービス付き高齢者向け住宅、居宅介護支援事業、訪問介護事業、通所介護事業等の運営

2. サービスを提供する事業所の概要

事業所名	ソルシァス佐倉居宅介護支援事業所		
所在地	千葉県佐倉市宮前3-15-1		
電話番号	043-308-8678		
FAX番号	043-308-8781		
介護保険指定事業者番号	1271703371		
サービスを提供する地域	佐倉市、成田市、八千代市、四街道市、酒々井町、印西市		
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険(株)		
職種	常勤	非常勤	合計
管理者	1人(兼務)	0人	1人
事務職員	0人	0人	0人
介護支援専門員	1人 (1人は管理者兼務)	0人	1人
営業日	月曜日～日曜日 休日はシフトによる交代制		
受付相談時間	午前9時～午後6時		

### 3. 運営方針及びサービス利用にあたって

#### (1) 運営の方針

- ① 事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的、効率的に提供されるよう援助を行います。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅サービス事業者、その他の者との連携に努め、便宜を図ります。

#### (2) サービス利用にあたって

- ① 課題把握の調査方式は、居宅サービス計画ガイドライン（全国社会福祉協議会方式）を使用しています。
- ② 介護支援専門員の研修は、一般研修で実施しています。
- ③ 契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で、利用者のご都合により解約した場合、文書で通知することにより解約料はかかりません。

### 4. 居宅介護支援に係る事業所の義務について

- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。
- ・ 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等か利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治医の医師、歯科医師又は薬剤師に提供します。
- ・ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めます。その場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付します。
- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができます。

## 5. 利用料金

### (1) 居宅介護支援費

・要介護認定を受けられた方は、介護保険法に基づき全額介護保険で賄われますので、利用者のご負担はありません。ただし、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき下記の単位数に地域区分単価で計算した料金を全額ご負担いただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書を後日保険者の窓口に提出しますと、全額の払い戻しを受けることができます。

◎介護支援専門員の人員、取り扱い件数など介護保険法の規定により単位（料金）が一月につき定められていますが、介護保険制度から全額給付されますので自己負担はありません。				
	取扱件数	(i) 45件未満	(ii) 45件以上 60件未満	(iii) 60件以上
要介護度				
要介護1・2		1,086単位	544単位	326単位
要介護3・4・5		1,411単位	704単位	422単位

### (2) 交通費

- ・サービスを提供する地域（佐倉市・成田市・八千代市・四街道市・酒々井町・印西市）にお住まいの方は無料です。
- ・上記以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費をご負担いただくことがあります。

### (3) 解約料

- ・利用者は、文書で通知することにより、いつでも契約を解約することができます。また、料金は一切かかりません。

(4) 各種加算減算料金

- ・介護保険法で定められた各種要件を満たした場合に、1ヶ月あたり以下の単位数が加算及び減算されます。

《加算》

加算項目	単位数
初回加算	300 単位/回
入院時情報連携加算 (I)	250 単位/月
入院時情報連携加算 (II)	200 単位/月

《減算》

	適用要件	減算単位数
運営基準減算	居宅サービス計画の作成等に関する運営基準の規定に適合していない場合は、所定単位数の100分の50に相当する単位数を減算 また、運営基準減算が2か月以上継続している場合は、所定単位数の100分の100に相当する単位数を減算	所定単位数×50%  2ヶ月以降 所定単位数×100%
特定事業所集中減算	正当な理由なく、前6月間に作成した居宅サービス計画が同一の事業所によって、提供総数の占める割合が80%を超えている場合は200単位を減額	200単位/月
業務継続計画未策定減算	必要な措置を講じていない場合に所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算	所定単位数×1%
同一建物減算	居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の建物、同一の敷地内の建物、隣接する敷地内の建物に住む利用者がいる場合、または居宅介護支援事業所の利用者が1月あたり20人以上住む建物（上記を除く）に住む利用者がいる場合には、所定の単位数の100分の5に相当する単位数を減算	所定単位数×5%

### 【衛生管理等】

- (1) 従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

### 【業務継続計画の策定等について】

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援事業の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 【虐待・身体拘束の防止について】

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待及び身体拘束等の発生又はその防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (5) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

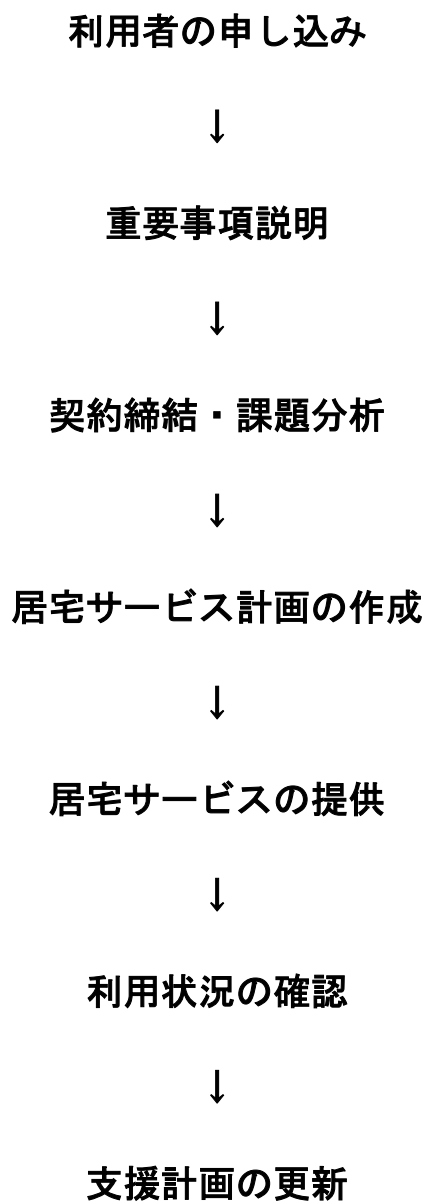
- (7) 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。  
やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

**【公正中立性の確保について】** (2024年4月～努力義務)

事業者は、利用者に提供されるサービスが不当に偏ることの無いよう、公正中立に行わなければならないこと等を踏まえ、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスの割合を説明します。
- (2) 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスにおける、同一事業者によって提供されたものの割合を説明します。

## 6. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



7. サービス内容に関する相談・苦情窓口

社内相談窓口	当事業所相談窓口	電話 : 043-308-8806 FAX : 043-308-8781 受付時間 : 月～日曜日 9時～18時 担当者 : 管理者
外部苦情 申し立て機関	各市区町村 介護保険相談窓口	佐倉市 高齢者福祉課 電話 : 043-484-6174 ◎その他、各市区町村の高齢者相談窓口
	千葉県国民健康保 険団体連合会	介護保険課 苦情処理係 電話 : 043-254-7428
苦情を解決する ための体制	<p style="text-align: center;">受付→事実の調査と対応方法の検討</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・改善策を立てて必要に応じて全職員に周知し、迅速に実行する。</li> <li>・全過程を記録し、同様の問題が生じないように管理徹底するものとする。また対応方法及びサービス内容については定期的にチェックし、苦情となることを未然に防ぐよう努めるものとする。</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">管轄の拠点に報告</p>	

年 月 日

居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

**【事業者】**

[事業者名] 株式会社クラーチ  
[所在地] 〒100 - 6019 東京都千代田区霞が関 3 - 2 - 5  
[代表者名] 代表取締役 浅見 泰之

**【事業所】**

[事業所名] ソルシアス佐倉 居宅介護支援事業所  
[所在地] 〒285 - 0005 千葉県佐倉市宮前 3-15-1  
[介護保険事業所指定番号] 千葉県 1271703371  
[説明者] 介護支援専門員

私は、本書面により事業者から居宅介護支援についての重要な事項の説明を受け、内容に同意いたしました。

**【利用者】**

[住所] \_\_\_\_\_

[氏名] \_\_\_\_\_

(利用者に代わって契約を締結する者)

[住所] \_\_\_\_\_

[氏名] \_\_\_\_\_

(利用者との続柄 )

# 重要事項説明書

(訪問介護/介護予防・日常生活支援総合事業)

ソルシアス佐倉訪問介護事業所

株式会社クラーチ

# 訪問介護 / 介護予防・日常生活支援総合事業

## 1. 事業主体概要

法人名	株式会社クラーチ
法人所在地	〒100-6019 東京都千代田区霞が関3-2-5
代表者	代表取締役 浅見 泰之
電話番号	03-5501-2911
設立年月日	2001年4月19日
資本金	5000万円
事業内容	有料老人ホーム、高齢者住宅、施設の企画及び運営他 サービス付き高齢者向け住宅、居宅介護支援事業、訪問介護 事業、通所介護事業等の運営

## 2. サービスを提供する事業所の概要

事業所名	ソルシアス佐倉訪問介護事業所
所在地	千葉県佐倉市宮前3-15-1
電話番号	043-308-8806
FAX番号	043-308-8781
介護保険指定事業者番号	1271703389
サービスを提供する地域	佐倉市、成田市、八千代市、四街道市、酒々井町
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

## 3. 職員体制

管理者・・・・・・・・・・1名

サービス提供責任者・・・2名以上

訪問介護員・・・・・・・・常勤換算方法2.5人以上

## 4. サービス提供時間帯

営業日	月曜日から日曜日
事務所営業時間	9時から18時
サービス提供日	月曜日から日曜日
サービス提供時間	7時から20時 ただし、利用者の要請に基づき24時間対応を行うことができるものとする。

## 5. サービス内容

### (1) 身体介護

#### ① 食事介助

配膳から下膳まで含め、食事の介助、見守りを行います。

- ② 入浴介助  
浴室への誘導や見守り、入浴中の洗身等を行います。
- ③ 排泄介助  
おむつ交換、トイレやポータブルトイレへの移動介助又は見守り、誘導を行います。
- ④ 清拭  
身体を清潔に保つため、全身又は部分的に身体を拭きます。
- ⑤ 体位変換  
褥瘡予防のために体位交換を行う際の介助を行います。
- ⑥ 着脱介助  
できる事はご自分で行えるように配慮しながら、衣類の着脱の介助を行います。
- ⑦ 整容介助  
整髪、爪切りなどを行います。

## (2)生活援助

- ① 買い物  
日用品や食料品などの生活必需品の買い物をを行います。買い物に伴う金銭管理には十分に注意し、確認を得ながら行います。
- ② 調理  
食事の調理、配膳、食後の片づけ、食品の管理等を行います。
- ③ 掃除  
利用者が日常生活に使用している部屋、台所、トイレ、浴室等の掃除、整理整頓等を行います。
- ④ 洗濯  
日常的な衣類の洗濯、ボタン付けや衣類のほつれの修繕など行います。
- ⑤ 関係機関等との連絡  
相談に応じて、必要関係機関等と協力を図り対応いたします。

## (3)その他のサービス

### 介護相談 等

訪問介護計画に基づき、利用者の自立支援・個性を尊重した、適切な日常生活援助を行います。具体的には生活、身上、介護に関する相談、助言等を行います。

## 6. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、介護報酬の告示上の金額に地域区分（佐倉市1単位＝10.70円）をかけて計算した金額です。

### ■介護報酬告示額

介護予防・日常生活総合支援事業		
訪問型サービスⅠ（要支援1・2対象）	週1回程度	1,176単位
訪問型サービスⅡ（要支援1・2対象）	週2回程度	2,349単位
訪問型サービスⅢ（要支援1・2対象）	週2回を超える程度	3,727単位

### 【2024年4月1日より改定分】

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割とする。ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。		基本 単位数	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	¥1,744	¥174	¥348	¥523
	20分以上30分未満	244	¥2,610	¥261	¥522	¥783
	30分以上1時間未満	387	¥4,140	¥414	¥828	¥1,242
	1時間以上	567	¥6,066	¥606	¥1,213	¥1,819
	1時間を超えて30分を増すごとに	82	¥877	¥87	¥175	¥263
生活援助	20分以上45分以内	179	¥1,915	¥191	¥383	¥574
	45分以上	220	¥2,354	¥235	¥470	¥706

※夜間（18:00～22:00）又は早朝（6:00～8:00）の場合 上記単位数の25%増し

※深夜（22:00～6:00）の場合 上記単位数の50%増し

※訪問介護員2名分派遣の場合 上記単位数 × 200/100

加算		単位数	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	・初回訪問介護実施月内に、サービス提供責任者が訪問介護又は同行訪問した場合。 ・過去2か月に訪問介護の提供を受けていない場合 ・要支援⇄要介護の区分変更時	200	¥2,140	¥214	¥428	¥642
緊急時訪問介護加算	利用者の要請とケアマネジャーが認めた場合居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を要請受け24時間以内に行った場合	100	¥1,070	¥107	¥214	¥321

	算定内容	加算単位数
特定事業所 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 介護福祉士等の資格を有する訪問介護員を一定割合以上配置していること <input type="checkbox"/> 訪問介護員等の総数のうち、一定以上の実務経験を有する者を配置していること <input type="checkbox"/> 重度要介護者（要介護4・5）等の利用者を一定割合以上受け入れていること <input type="checkbox"/> 計画的な研修を実施し、訪問介護員等の資質向上を図っていること <input type="checkbox"/> サービス提供責任者による適切な指導・管理体制が整備されていること <input type="checkbox"/> 24時間連絡体制を確保していること <input type="checkbox"/> その他要件を満たす事。	基本単位数の20%増し
特定事業所 加算Ⅱ	1. 訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が一定以上（30%以上）であることまたは、介護福祉士・実務者研修修了者等を含めた割合が一定以上（50%以上）であること 2. すべての訪問介護員等に対し、計画的に研修を実施していること 3. サービス提供責任者が、利用者ごとの担当訪問介護員の把握、指導および業務管理を適切に行っていること 4. 利用者に関する情報共有および緊急時対応のための連絡体制を整備していること 5. そのほか要件を満たす事	基本単位数の10%増し
介護職員等 処遇改善 加算Ⅰ	1. 介護職員等の賃金改善計画を作成し、計画に基づき賃金改善を実施していること 2. 賃金改善の実施状況を報告していること	介護報酬総単位数×24.5% ※1 単位未満の端数は四捨五入
介護職員等 処遇改善 加算Ⅱ	3. キャリアパス要件（昇給の仕組み、役職要件の明確化等）を整備していること 4. 職場環境等要件（研修の実施、働きやすい職場づくり等）を満たしていること	介護報酬単位数×22.4% ※1 単位未満の端数は四捨五入

減算	算定内容	減算単位数
同一建物減算 1	同一敷地内建物等に居住する利用者にサービスを行う場合	介護報酬総単位数×10% ※1 単位未満の端数は四捨五入
同一建物減算 2	1 月あたりの平均利用者数が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する場合	介護報酬総単位数×15% ※1 単位未満の端数は四捨五入
同一建物減算 3	前 6 か月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内に所在する建物に居住する利用者の割合が 90%以上である場合	介護報酬総単位数×12% ※1 単位未満の端数は四捨五入

その他料金	内容
キャンセル料	前日までにご連絡を頂けた場合：無料
	当日までご連絡がなかった場合：10 割負担

① サービス計画に位置付けられているサービスに関しては、本条前項の 1 割または 2 割または 3 割をお支払いいただきます。（法定代理受領）ただし、支給限度基準額を超えた分に関しましては、全額自己負担となります。

※介護保険被保険者であるご利用が、サービス計画に基づき介護保険サービスを受けた場合、保険者のご利用者に代わって利用料（ご利用者自己負担分を除く）を直接事業所に支払うことを法定代理受領といいます。事業所は緊急時に計画外のサービスを提供する場合があります、そのサービスが介護保険外のサービスにあたる時には、ご利用者より別途料金を頂くことがあります。

② 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

③ ご利用者は、居宅においてサービス従業者がサービスを実施のために使用する水道、ガス、電気、電話、同行時の交通費等の費用を負担します。

④ ご利用者がまだ要介護認定をうけていない場合にはサービス利用料金の全額を支払います。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から償還払いされます。また、居宅介護サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります場合はご利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

⑤ 介護保険からの給付額の変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご利用者負担額を変更いたします。

#### 【ご利用料金などの請求及び支払い方法】

ご利用料金その他の費用の請求方法等	利用料ご利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
	上記に関わる請求書は、利用明細書を添えて利用月の翌月 15 日までにご利用者あて（郵送）します。
お支払い方法等	ご利用者は、当月の利用料金を、請求月の末日までに下記の方法にてお支払いください。
	① ご利用者指定口座からの自動振替（郵便局・その他金融機関）
	② 事業所指定口座への振り込み
	医療費控除の還付請求等で領収書が必要な方は、事務所までお申し付けください。

#### 7. サービス利用に当たっての留意事項

利用者、訪問介護員相互の感染症対策としてグローブの着用をする場合がございます。

#### 8. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、常に関係機関と連携を密にし、必要な措置を講じます。

#### 9. 緊急時の対応

事業者は、サービス提供中に、利用者の容態に急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

#### 10. 事故等の補償について

サービス提供中における万一の事故等に関しましては、当社で加入している損害補償保険内での対応となります。

#### 11. 研修の確保

事業所は、従業員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるとともに、業務体制を整備します。

- 一 採用時研修 採用後 1 ヶ月以内
- 二 継続研修 年 4 回

## 1 2. 個人情報の保護

事業所は利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を厳守し適切な取り扱いに努めます。

事業者が得た個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的として利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

## 1 3. 秘密保持

- (1) 事業者及び従業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議等において、情報を共有するために利用者及び介護者（家族等）の個人情報を用いることを、本契約をもって同意したとみなします。

## 1 4. 衛生管理等（2024年4月～義務化）

- (1) 介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

## 1 5. 業務継続計画の策定等について（2024年4月～義務）

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 16. 虐待・身体拘束の防止について（2024年4月～義務）

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待及び身体拘束等の発生又はその防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

(2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。

(5) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

(6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

(7) 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。

やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

17. サービス内容に関する相談・苦情窓口

社内相談窓口	当事業所相談窓口	電話 : 043-308-8806 FAX : 043-308-8781 受付時間 : 月～日 9時から18時 担当者 : 管理者
外部苦情 申し立て機関	各市区町村 介護保険相談窓口	佐倉市 高齢者福祉課 電話 : 043-484-6174 成田市 介護保険課 電話 : 0476-20-1545 八千代市 長寿支援課 電話 : 047-483-1151 (代) 四街道市 高齢者支援課 電話 : 043-421-6128 酒々井町 健康福祉課 電話 : 043-496-1171 (131/132) ◎その他、各市町村の高齢者相談窓口
	千葉県国民健康保 険団体連合会  千葉県県庁	介護保険課 苦情処理係 電話 : 043-254-7428  健康福祉部健康福祉指導課法人指導班 電話 : 043-222-6294
苦情を解決する ための体制	受付→事実の調査と対応方法の検討 ↓ ・改善策を立てて必要に応じて全職員に周知し、迅速に実行する。 ・全過程を記録し、同様の問題が生じないように管理徹底するものとする。また対応方法及びサービス内容については定期的にチェックし、苦情となることを未然に防ぐよう努めるものとする。 ↓ 管轄の拠点に報告	

18. 提供するサービスの第三者評価実施状況

**未実施** ・ 実施

(実施した年月日)

(実施した評価機関の名称)

(当該結果の開示状況)

年 月 日

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

[事業者名] 株式会社クラーチ

[所在地] 〒100-6019 東京都千代田区霞が関3-2-5

[代表者名] 代表取締役 浅見 泰之

[事業所名] ソルシアス佐倉訪問介護事業所

[所在地] 〒285-0005 千葉県佐倉市宮前3-15-1

[介護保険事業所指定番号] 1271703389

[説明者氏名]

私は、本書面により事業者から訪問介護についての重要な事項の説明を受けました。

**【利用者】**

[住所] \_\_\_\_\_

[氏名] \_\_\_\_\_

(利用者に代わって契約を締結する者)

[住所] \_\_\_\_\_

[氏名] \_\_\_\_\_

(利用者との続柄 )