

西東京ケアコミュニティそよ風

特定施設入居者生活介護
介護予防特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ

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 ニシトウキョウケアコミュニティソカゼ 西東京ケアコミュニティそよ風				
住宅の所在地		〒 202-0012 東京都西東京市東町3丁目1番13号				
住宅へのアクセス		最寄駅	西武池袋線「保谷」駅			
		交通手段と所要時間	保谷駅南口下車徒歩5分			
住宅の連絡先		電話番号	042-421-2722			
		FAX番号	042-421-2729			
		ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp			
権原等	敷地	所有関係	<input 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	2012年 7月 1日 から 2034年 9月 30日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		敷地面積	3585.32 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	2012年 7月 1日 から 2034年 9月 30日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		建築物用途区分	共同住宅、児童福祉施設等、診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()	
		延床面積	4,387.78 m ²	うち、サ付き分	2,817.1 m ²	
	併設施設	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	2012年 7月 1日 から 2034年 9月 30日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" 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	
			西東京ケアコミュニティそよ風	デイサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			西東京ケアコミュニティそよ風	ショートステイ	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		西東京ケアコミュニティそよ風	居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
	フォレストデンタルクリニック	歯科	<input checked="" 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）		1375424155				
指定した自治体名		東京都				
指定年月日（初回）		2012年 7月 1日				
指定有効期限		2024年 6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	足立 弘之	役職名	管理者	
終身貸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)		2009年 10月 1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャユニマツ リタイアメント・コミュニティ 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 107-0061 東京都港区北青山2丁目7番13号 プラセオ青山ビル			
事業主体の連絡先	電話番号	03-5413-8228		
	FAX番号	03-5413-8227		
	ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中川 清彦	職名	代表取締役
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり			
設立年月日	1976年6月2日			
事業主体が行っている主な事業等	別添2「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり			

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	m ²	定員	1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又は②に該当する者である。 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 / 要介護認定又は要支援認定を受けている） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）				
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり				
契約期間等	入居契約	契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
		更新	終身		
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
		更新	終身		
契約解除の内容	<p>事業者は、入居契約書第11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> ①他の利用者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上著しく困難な場合 ③利用者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、期間内に滞納額の全額の支払いがない場合				
事業者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12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	1ヶ月				
契約解約時の連絡先	名称	西東京ケアコミュニティそよ風			
	電話番号	042-421-2722			

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	47戸（登録申請対象戸数）		／ 52人		
居住部分の規模	（最小）	30.77 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照	
	（最大）	57.76 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	RC造	階数	地上3階	うち、サ付き分 2階、3階
竣工の年月日	2009年 9月 30日				
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している				
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている				
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている				

設備の詳細

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考	
		タイプ				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護居室	タイプ1	2階、3階	1	30.77 m ²	26	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ2	2階	1	30.77 m ²	10	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ3	3階	1	32.17 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	301	
	タイプ4	3階	1	32.17 m ²	4	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	タイプ (301以外)	
	タイプ5	3階	1	34.34 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ6	2階、3階	2	48.76 m ²	4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ7	2階	2	57.76 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ8					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ9					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ10					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考				
便所	共同便所	4か所	うち男女別 なし うち、男女 共用	2.3階 (2か所 (車いす等対応可能))						
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし								
	個別浴	4か所 場所	2階 (2か所), 3階 (2か所)	面積	20.96 m ²					
		併設施設との共用の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	大浴槽	1か所 場所	2階	面積	21.20 m ²					
		併設施設との共用の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	共同浴室	1か所	場所	2階	面積	18.20 m ²				
<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェア浴 <input type="checkbox"/> 2 リフト浴 <input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()										
併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし								
食堂	場所	3階	面積	150.37 m ²						
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	機能訓練室						
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし								
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
機能訓練室	場所	3階	面積	150.37 m ²						
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	食堂						
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし								
その他の共用設備	多目的ホール、談話コーナー、娯楽室									
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	台数	2基	定員	24	ストレッチャー	ストレッチャー対応一基				
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)	2009年 9月 30日		(西東京消防署)					
	防火管理者	海老原 佐門								
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施 (うち1回は夜間想定)								

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)	
		専従	非専従	専従	非専従				
管理者			1			1	0.1	介護職員	
生活相談員			2		1	3	1	介護職員、計画作成担当者	
看護職員(直接雇用)			1		3	4	2.3	機能訓練指導員	
看護職員(派遣)						0			
介護職員(直接雇用)		3	2	5	1	11	8.2		
介護職員(派遣)		1		7		8	5.4		
機能訓練指導員		1	1		3	5	1.3	看護職員	
計画作成担当者			1			1	0.1		
栄養士						0		委託(日本給食)	
調理員						0		委託(日本給食)	
事務員		1				1	1		
その他従業者				4		4	2.4	フロアアシスタント	
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			1	4		5	3.7		
実務者研修の修了者				5		5	3.4	ヘルパー1級含む	
介護職員初任者研修の修了者		4	1	2	1	8	5.9	ヘルパー2級含む	
介護支援専門員						0			
准看護師						0			
たん吸引等研修(特定)						0			
資格なし				1		1	0.3		
機能訓練指導員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
看護師又は准看護師			1		3	4	0.3		
理学療法士						0			
作業療法士						0			
言語聴覚士						0			
柔道整復師		1				1	1		
あん摩マッサージ指圧師						0			
はり師又はきゅう師						0			
管理者の資格									
夜勤・宿直体制		時間帯			平均人数		最少時人数		備考
					看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
		夜勤	16:30	～ 9:30	人	2人	人	2人	
宿直		～		人	人	人	人		
看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数					人				
(介護予防)特定施設入居者生活介護の提供体制									
(介護予防)特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上							
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択								
	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)	2.1 : 1							
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(二般型(包括型)特定施設の場合、記入不要)	サービス付き高齢者向け住宅の職員数								
	訪問介護事業所の名称								
	訪問看護事業所の名称								
	通所介護事業所の名称								

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）

管理者	他の職種との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼務する職種		介護職員				
	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		初任者研修				
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数		0	1	2	6	1		1		1	
前年度1年間の退職者数		1	2		11		3	1	2	1	
数業に務 応に能 じた事 職した 員た の経 入職 人数 数年	1年未満	0	2	2	7	1		1	2	1	
	1年以上 3年未満	1	1	2	4	1	1	1	1		
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満			3	1						
	10年以上										
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、サービスを提供します。常に入居者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者又はその家族等に対し、相談に適切に応じるとともに、入居者の社会生活に必要な支援を行います。
なお、入居者は、医療が必要な場合には、連携・協力医療機関以外の医療サービスを自由の選択することができます。食事サービスは昼食の主食をセレクトできます。

介護保険対象サービスの種類・提供方法等

サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握(安否確認)	・巡視時間を設定し定時にて状況確認を行いません。	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、担当職員がご相談をお受けいたします。	自ら実施
緊急時対応	・24時間各居室のベットサイド、トイレ、浴室等に設置されているナースコールを押しただく事により介護ステーション及び職員が勤務中に携帯しているPHSにて通報を受信の上職員が訪室し様態確認、介助を行いません。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助を行いません。	自ら実施
入浴介助	・週2回の入浴介助を行いません。	自ら実施
排泄介助	・利用者の状況に応じた適切な排泄介助を行いません。 ・排泄の自立に向けた援助を行います。	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	・週2回居室内の清掃を行います。(換気扇、エアコン等電子機器については別途業者をご案内します。) ・週2回洗濯を行います。(専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。) ・週1回シーツ・リネン交換を行います。	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せん。 ・年2回の健康診断を実施いたします。(費用は自己負担となります。) ・看護職員等により健康相談をお受けします。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行いません。	自ら実施

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当施設では、日中のみしか看護師がおりませんので、常時医療行為が必要な方への対応はできません。
胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。

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 checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<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 checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり	<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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (Ⅰ)イ <input type="checkbox"/> (Ⅰ)ロ <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) <input type="checkbox"/> (Ⅳ) <input type="checkbox"/> (Ⅴ) ） <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 type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) ）	<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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制（介護・看護職員の配置率）	3 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・昼・おやつ・夜 希望者に提供します。 ・朝食は7:30から9:00、昼食は12時から13時、夕食は17:30から19時まで。 ・食事は建物内厨房にて専属の調理師（外部委託）により調理いたします。 ・キャンセルは3日前（72時間前）までにお知らせ下さい。それ以降は費用が発生いたします。 <p>【消費税軽減税率の説明】 消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別640円以下で、その累計額が1日1,920円に達するまでの食費が該当し、軽減税率（8%）が適用されます。当住宅では、朝食のみが軽減税率の対象です。詳細は、「食事の提供サービス契約書」をご覧ください。</p>		日本給食サービス株式会社
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
	食事のセレクト（昼食の主食が選択制）		
	個別での外出介助、通院介助		

医療機関との連携・協力
（ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。）

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）		
協力医療機関	医療機関 1	名称	大泉学園ふれあいクリニック
		所在地	東京都練馬区大泉学園6-19-38
		診療科目	内科、外科、疼痛緩和内科、消化器内科、腎臓糖尿病内科
		協力内容	訪問診療、24時間緊急対応、外部医療機関との連携、健康相談
	医療機関 2	名称	医療法人社団 平都会 府中みどりクリニック
		所在地	東京都府中市分梅町1-12-1 ニューアミター101号室
		診療科目	老年内科、老年精神科、内科、循環器内科、消化器内科、皮膚科、整形外科
	医療機関 3	名称	プライムクリニック三鷹
		所在地	東京都三鷹市下連雀3-22-14 岡田ビル201
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団デンタルケアコミュニティ フォレストデンタルクリニック	
	所在地	東京都西東京市東町3-1-13 敷地内	
	診療科目	歯科	
	協力内容	訪問診療、健康相談、無料検診	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式		<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※選択方式の場合： (該当する方式全て選択) <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式					
料金構造	前払金		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※前払金とは、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	円	期間	年/終身			
	算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出					
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費 サービス提供の対価				
		想定居住期間の算出根拠					
	支払日	(支払期日を記入)		支払方法			
	償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)					
	契約終了時の返還金	円	算定方法	(短期解約ではない場合の返還金の算定方法を記入)			
	短期解約 (死亡退去含む) の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算日	入居した日
		算定方法 (月額単価を明示した上で日割り計算で記入)					
返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)						
前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称 <input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称 <input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社の名称 <input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会 <input type="checkbox"/> その他 (名称:)						
	敷金		算定根拠				
	金額	504,000 円	家賃の	3 か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。		
	月額費用		算定根拠				
	家賃	168,000 円					
共益費	55,000 円						
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合	※地域単価 10.68 円 ※給付率 90 % (1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)				
(1割負担の場合)							
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用 (円)	保険請求額 (円)	自己負担額 (円)
	a	b <small>※処遇改善加算以外</small>	c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	d=a+b+c	e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	g=e-f
要支援 1	5,460	0	514	5,974	63,802	57,421	6,381
要支援 2	9,330	0	877	10,207	109,010	98,109	10,901
要介護 1	16,140	0	1,517	17,657	188,576	169,718	18,858
要介護 2	18,120	0	1,703	19,823	211,709	190,538	21,171
要介護 3	20,220	0	1,901	22,121	236,252	212,626	23,626
要介護 4	22,140	0	2,081	24,221	258,680	232,812	25,868
要介護 5	24,210	0	2,276	26,486	282,870	254,583	28,287
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算 I ……12単位/日、加算 II ……20単位/日						
夜間看護体制加算 (10単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ						
医療機関連携加算 (80単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ						
看取り介護加算 (72~1,780単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ						
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算 I ……36単位/日、加算 II ……22単位/日						
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算 I ……100単位/日、加算 II ……200単位/日						
若年性認知症入居者受入加算 (150単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ						
A・D・L維持等加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
口腔・栄養スクリーニング加算 (1) (20単位/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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ、対象者のみ						
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算 I ……3単位/日、加算 II ……4単位/日						
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算 I ……22単位/日、加算 II ……18単位/日、加算 III ……6単位/日						

料金構造

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"/> (Ⅳ) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)) <input type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%、加算Ⅳ…3.3%×90/100、加算Ⅴ…3.3%×80/10
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ)) <input type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%

※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。
 ※1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります(高額介護サービス費)。

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用		円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
(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			算定根拠:
			別添: 介護サービス等の一覧表の通り
食費	55,890	円	朝378円、昼770円、夕715円 (おやつ代含む) 合計1,863円 1,863円×30日=55,890円 (消費税込)
光熱水費	1,580	円	居室水道代金(毎月固定)、電気料金は個人別契約
その他		実費	オムツ代金等
合計	280,470	円	家賃、共益費、食費、光熱水費
支払日・支払方法	毎月27日ご指定口座よりお引落。(指定日が土、日、祝の場合は翌営業日)		

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

- ・入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。
- ・サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。

料金改定の条件及び手続き

人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、運営懇談会に諮った上で改定する場合があります。

料金プラン(代表的なプランを2例)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護4	要支援1
	自己負担割合	1割	2割
	年齢	89歳	70歳
居室の状況	床面積	30.77㎡	32.17㎡
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	528,000円	546,000円
月額費用の合計		314,338円	307,231円
家賃		176,000円	182,000円
共益費		55,000円	55,000円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	25,868円	12,761円
	上乗せ介護費用(※2)	円	円
	介護費用(選択サービス)	円	円
	食費	55,890円	55,890円
	光熱水費	1,580円	1,580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。
- ※2 該当する場合のみ。
- ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）									
平均年齢	90.1 歳			入居者数合計	44 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			1				
	75歳以上85歳未満			1	1	1		1	
	85歳以上		2	2	10	8	9	5	2
	合計	1	2	3	12	9	9	6	2
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	7	5	18	14				44
男女別入居者数	男性： 9 人			女性： 35 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	85 %（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			16 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			2	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居			3	
	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）			2	
	介護療養型医療施設へ転居				死亡			6	
	有料老人ホーム（サ付き除く）への転居			3	その他				

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況									
窓口の名称	(住宅) 苦情相談窓口 西東京ケアコミュニティそよ風 管理者 足立 弘之								
電話番号	TEL 042-421-2722 FAX 042-421-2729								
対応している時間	平日	8 時	30 分	～	17 時	30 分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜	時	分	～	時	分			
	祝日	時	分	～	時	分			
定休日									
窓口の名称	(法人) 株式会社コミマツ リタイアメント・コミュニティ 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口								
電話番号	TEL 03-6692-9532 FAX 03-3403-3585								
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	30分			
	土曜	9時	00分	～	17時	30分	※第2・第5土曜日のみ営業		
	日曜	時	分	～	時	分			
	祝日	時	分	～	時	分			
定休日	12月30日～1月3日								
窓口の名称	西東京市健康福祉部高齢者支援課相談受付係								
電話番号	電話：042-438-4032（保谷庁舎）、042-460-9837（田無庁舎）								
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時	00分			
	土曜	9時	00分	～	12時	30分			
	日曜	時	分	～	時	分			
	祝日	時	分	～	時	分			
定休日	日曜、祝日								
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会苦情相談窓口								
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	土曜、日曜、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	事故発生時には事故対応マニュアルに基づき救急対応を行うなど等、適切な方法をとる。また、速やかに当該入居者の緊急連絡先に連絡。関係機関へも報告・連絡を行い、関係市町村へ報告する。								
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： 三井住友海上火災保険 株式会社 ） <input type="checkbox"/> なし									

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等			
外出時には外出届けの提出が必要			
共用設備の利用について			
(例) 浴室	浴室：主に、各利用時間に合わせご利用できます		
(例) 共用キッチン	娯楽室：使用時にはお声かけください		
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き			
<p>事業者は、原則として利用者に対して身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が考えられる時は、利用者及び家族に対して説明し、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束等を行った日時、理由及び心身の状況等についての記録を行います。</p> <p>また事業者として、身体拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。</p> <p>① 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。 ② 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。 ③ 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。</p>			
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		
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		
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない		
	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)		
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない		
	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)		
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない		
	その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない		
その他			
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
	委託する業務の内容(契約事項)		
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ
		住所(事務所所在地)	〒
修繕計画	計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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)	
		<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 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 実施機関の名称 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨	基本方針及び東京都の高齢者居住安定確保計画に照らして適切に行います		

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 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ

所在地 東京都港区北青山2丁目7番13号 プラセオ青山ビル

代表者名 代表取締役 中川 清彦

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
なかがわ きよひこ 中川 清彦	代表取締役
てらさか じゅん 寺坂 淳	常務取締役
よりがみ たくま 寄神 拓磨	取締役
たかはし ようじ 高橋 洋二	取締役
やまうち もりお 山内 森夫	取締役
あしだ こういち 芦田 幸一	取締役 監査等委員
たかや ゆうすけ 高谷 祐介	(社外)取締役 監査等委員
よこた たかし 横田 崇	(社外)取締役 監査等委員

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

事業主体が東京都内(中核市を除く)で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	有り	1	昭島ケアパークそよ風	東京都昭島市中神町1381-1
訪問入浴介護				
訪問看護				
訪問リハビリテーション				
居宅療養管理指導				
通所介護	有り	18	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
通所リハビリテーション				
短期入所生活介護	有り	13	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
短期入所療養介護				
特定施設入居者生活介護	有り	9	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
福祉用具貸与				
特定福祉用具販売				
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
夜間対応型訪問介護				
認知症対応型通所介護				
小規模多機能型居宅介護				
認知症対応型共同生活介護	有り	8	石神井クラシック・コミュニティそよ風	東京都練馬区石神井台7-16-11
地域密着型特定施設入居者生活介護				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
看護小規模多機能型居宅介護				
地域密着型通所介護				
居宅介護支援	有り	2	西東京ケアコミュニティそよ風	東京都西東京市東町3-1-13
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護				
介護予防訪問看護				
介護予防訪問リハビリテーション				
介護予防居宅療養管理指導				
介護予防通所リハビリテーション				
介護予防短期入所生活介護	有り	13	西東京ケアコミュニティそよ風	東京都西東京市東町3-1-13
介護予防短期入所療養介護				
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	9	西東京ケアコミュニティそよ風	東京都西東京市東町3-1-13
介護予防福祉用具貸与				
特定介護予防福祉用具販売				
<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				
介護予防小規模多機能型居宅介護				
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	8	石神井クラシック・コミュニティそよ風	東京都練馬区石神井台7-16-11
介護予防支援				
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設				
介護老人保健施設				
介護療養型医療施設				
介護医療院				

介護サービス等の一覧表

別紙①

	自立	(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)				
介護を行う場所	西東京ケアコミュニティそよ風					
	基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	備考	消費税
<介護サービス>						
○巡回	希望者	—	随時	—		非課税
・夜間22:00～6:00	体調不良時等は介護認定者に準じる	—	夜間：2時間おきの巡回	—		
○食事介助	なし(*)	1,650円/1回	随時	—		課税
○排泄介助	なし(*)	1,650円/1回	随時	—		
○おむつ交換	なし(*)	1,650円/1回	随時	—		
○おむつ代	なし(*)	実費負担	—	実費負担		
○入浴(一般浴)	14時～19時	—	週2回	—		
・清拭	—	—	随時	—		
・介助	なし(*)	1,650円/1回	随時	—		
○特浴介助	—	—	週2回	—		
○身辺介助	なし(*)	1,100円/30分	随時	—		
・体位交換	なし(*)		随時	—		
・居室からの移動	なし(*)		随時	—		
・衣類の着脱	なし(*)		随時	—		
・身だしなみ介助	なし(*)		随時	—		
○機能訓練	—	—	週2回実施	—		
○通院介助(協力医療機関)	なし(*)	1時間2,200円	随時	—		
○通院介助(上記以外)	なし(*)	1時間2,200円	なし(*)	1時間2,200円		
○緊急時対応	随時	—	随時	—		
・ナースコール	随時	—	随時	—		非課税
<生活サービス>						
○居室清掃	なし(*)	880円/1回	週2回	左記以外は1回880円	洗濯は洗濯機にて対応可能な物のみ、それ以外は外部に委託にて実費負担	課税
○リネン交換	なし(*)	880円/1回	週1回	左記以外は1回880円		
○日常の洗濯	なし(*)	880円/1回	週2回	左記以外は1回880円		
○居室配膳・下膳	なし(*)	1回220円	なし(*)	1回220円		
○理美容	なし(*)	実費負担	なし(*)	実費負担		
○買物代行(通常の利用区域)	週1回	左記以外は1時間1,650円	週1回	左記以外は1時間1,650円		
○買物代行(上記以外の区域)	なし(*)	1時間2,200円	なし(*)	1時間2,200円		
○役所手続き代行	月1回指定	左記以外は1時間1,650円	月1回指定	左記以外は1時間1,650円		

	自立		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)		備考	消費税
	基本サービスに含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス		
○生活指導・栄養指導	随時	—	随時	—		課税
○服薬支援	なし	—	随時	—		
○生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	—	随時	—		
<入退院時、入院中のサービス>						
○移送サービス	—	—	未実施(非移送事業者)	—		
○入退院時の同行 (協力医療病院)	なし(*)	1時間2,200円	随時	—		
○入退院時の同行 (上記以外)	なし(*)	1時間2,200円	なし(*)	1時間2,200円		
○入院中の見舞い訪問 洗濯回収等	週1回(協力医療機関の場合)	左記以外は 1時間2,200円	週1回(協力医療機関の場合)	左記以外は 1時間2,200円		
	なし(*)	1時間2,200円	協力医療機関以外	1時間2,200円		
○健康診断	なし(*)	年2回 (実費負担)	なし(*)	年2回 (実費負担)		非課税
○金銭等保管管理 (別途規程の通り)	なし	希望者のみ対応 費用発生なし	なし	希望者のみ対応 費用発生なし		

- ・上記表示のサービスは原則でありケアプランによる介護計画を優先します。
- ・(*)表示は利用者が希望した時には有料で提供いたします。(ご希望に沿えない場合もあります)
- ・上記金額は、税込み金額です。

介護サービスの内容

別紙②

介護を行う場所	西東京ケアコミュニティそよ風
<介護サービス>	
○巡回	日中は午前から午後のプログラムを活用し、夜間希望時随時見守り巡視を行う。
○食事介助	食事は食堂にて摂取する。体調不良などの場合は介護者が介助を行う。必要があれば居室配膳を行う。
○排泄介助	排泄は状態に応じて介助する。
○おむつ交換	尿失禁があり、おむつを必要とする方は時間毎におむつ交換を行う。
○入浴（一般浴）	全身の清潔を目的として入浴を行う。
・清拭	体調不良等により入浴が困難な場合、暖かいタオルで身体を拭くことを行う。
・介助	日常の動作を自分で行うことができない場合、介護者が介助しながら行う。
○特浴介助	浴槽をまたげない場合、チェアーインバスなど機械浴を行う。
○身辺介助	身のまわりの介助を行う。
・体位交換	自分で身体の向きの変更ができない場合、主に2時間毎に体位の交換を行う。
・居室からの移動	居室からフロアや浴室の移動を行う。
・衣類の着脱	洋服の脱ぎ着の動作の介助を行う。
・身だしなみ介助	整髪など身だしなみを整える動作の介助を行う。
○機能訓練	四肢の機能低下予防の為、歩行などの動作を行う。
○通院介助 （協力医療機関）	受診時に付き添い介助を行う。
○通院介助 （上記以外）	一定の料金を定め受診の介助を行う。
○緊急時対応	身体上の急変が発生した場合、緊急の対応を行う。
・ナースコール	緊急コールが設置してあり、必要時にコールをする。
<生活サービス>	
○居室清掃	居室の整理整頓を含め清潔を維持するため清掃を行う。
○リネン交換	シーツ、枕カバー、掛け布団カバー等の交換を行う。
○日常の洗濯	基本週2回行う。
○居室配膳・下膳	居室への食事を配膳又は下膳する。
○理美容	美容師に依頼し行う。
○買物代行 （通常の利用区域）	通常の利用区域において買い物代行を行う。
○買物代行 （上記以外の区域）	通常利用区域以外は一定の料金のもとに買い物代行を行う。
○役所手続き代行	行政上の手続き代行を行う。
○生活指導・栄養指導	日々の生活が規則正しくリズムを整えるよう指導する。食事は栄養士の管理のもと調理された食事を摂取するか必要時栄養の指導を受ける。
○服薬支援	正しく処方されたとおりにお薬が服用されているか見守り支援をする。
○生活リズムの記録 （排便・睡眠等）	排便の回数や睡眠時間等を観察し記録する。
<入退院時、入院中のサービス>	
○移送サービス	未実施
○入退院時の同行 （協力医療病院）	入退院時の手続きなど同行して行う。
○入退院時の同行 （上記以外）	協力医療病院以外は一定の料金のもと入退院時の手続きの同行を行う。
○入院中のお見舞い訪問	入院中のお見舞いにて様子を観察し洗濯物等は回収して洗濯する。
<その他サービス>	その他必要に応じて援助を行う。

・上記表示のサービスは原則でありケアプランによる介護計画を優先します。