

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 パステルライフフッサ パステルライフ福生			
住宅の所在地		〒 197 - 0014 東京都福生市福生二宮2461番地			
住宅へのアクセス		最寄駅	JR青梅線 牛浜駅		
		交通手段と所要時間	東口から徒歩で8分		
住宅の連絡先		電話番号	042-530-3211		
		FAX番号	042-530-3214		
		ホームページアドレス	http://ふそうの介護.net/		
権原等	敷地	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	平成20年2月1日 から 令和20年1月31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	㎡		
	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	平成20年2月1日 から 令和20年1月31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	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	3,179.87 ㎡	うち、サ付き分	2,066.68 ㎡	
	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	平成20年2月1日 から 令和20年1月31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		
ふそうケアセンター		通所介護	<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		
ふそうケアセンター		短期入所生活介護	<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		
医療法人社団福朗会 津田クリニック		診療所	<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		
ホッタ晴信堂薬局 横田店		薬局	<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)	1374400529				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日(初回)	平成20年3月1日				
指定有効期限	令和8年2月28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 type="checkbox"/> 〔介護予防〕特定施設入居者生活介護(一般型) <input checked="" 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	岸口 浩三	役職名	管理者	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 認可を受けていない				
入居開始時期(住宅の開設年月日)	平成20年3月1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ フソウカンリサービスクボシキガイシャ 扶桑管理サービス株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 196-0015	東京都昭島市昭和町1丁目13番10号	
事業主体の連絡先	電話番号	0570-003-230	
	FAX番号	042-546-4500	
	ホームページアドレス	http://www.fuso-kanri.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	石岡 純	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	昭和51年7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	〇〇号室	面積	〇〇㎡	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 checked="" type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約																	
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①から③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) ③東京都パートナーシップ宣誓制度等、都知事が認めたパートナーシップに関する制度による証明を受けたパートナーシップ関係の相手方(「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	令和〇年〇月〇日 から	令和〇年〇月〇日	まで													
		更新	特段の事由が無い限り本契約を自動更新とします。															
	(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	令和〇年〇月〇日 から	要介護(要支援)認定有効期間の満了日	まで													
		更新	満了日の7日前までに更新拒絶の意思表示がない場合は、同一の内容で自動更新され、その後もこれに準じて更新します。自動更新された場合、更新後の契約期間は更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要支援認定有効期間の満了日までとします。															
契約解除の内容	事業者は、建物賃貸借契約書第10条及び(介護予防)特定施設入居者生活介護契約書第14条の規定に基づき契約を解除することができます。内容の詳細につきましては、各契約書をご確認下さい。																	
事業主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>解約予告期間</td> <td colspan="5">か月</td> </tr> </table>						解約条項						解約予告期間	か月				
解約条項																		
解約予告期間	か月																	
利用者からの解約・予告期間・連絡先	建物賃貸借契約については、利用者は事業者に対して30日前に解約の申し入れを行うことにより、解約することができます。また、利用者は解約申し入れの日から30日の賃料(本契約の解約の賃料相当額を含む)を事業者を支払うことにより、解約申し入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に本契約を解除することができます。 特定施設入居者生活介護契約については、利用者は事業者に対して7日間以上の予告期間をもって解除の申し入れを行う事により、この契約を解約することができます。																	
契約解約時の連絡先	名称	パステルライフ福生																
	電話番号	042-530-3211																

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	44戸(登録申請対象戸数) / 44人	
居住部分の規模	(最小)	31.89㎡
	(最大)	34.67㎡
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄筋コンクリート造 階数 地上6階 うち、サ付き分 地上6階
竣工の年月日	平成20年2月9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1	2	1	32.64 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
タイプ2	3	1	31.89 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ3	3	1	32.14 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ4	3	1	32.55 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ5	3	1	32.64 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ6	3	1	34.67 m ²	7	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ7	4	1	31.89 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ8	4	1	32.14 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ9	4	1	32.64 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ10	4	1	34.67 m ²	6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ11	5	1	31.89 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ12	5	1	32.14 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ13	5	1	32.64 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ14	5	1	34.67 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ15	6	1	32.26 m ²	1	<input checked="" 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16	6	1	32.44 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
タイプ17	6	1	32.72 m ²	3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
介護居室										
一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考				
						なし				
便所	共同便所		2か所	うち男女別	なし					
				うち、男女共用	2階（2か所（車いす等対応可能））					
浴室	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし								
	共同浴室	個浴	か所	場所	階（か所）	階（か所）	面積	m ²		
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
		大浴槽	1か所	場所	2階		面積	47.63 m ²		
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	共同浴室における介護浴槽	0か所	場所	階	面積	m ²				
			<input 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							
			その他 ()							
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし						
食卓	場所	2階			面積	78.48 m ²				
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		談話室					
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし								
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし									
機能訓練室	場所	なし			面積	m ²				
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備							
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし								
その他の共用設備	なし									
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	台数	1基	定員	9人	ストレッチャー	必要時にトランクを開け対応				
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱衣室		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	消火器		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
非常災害対策	消防計画	消防署への届出日（消防署名）		平成20年5月9日		（福生消防署）				
	防火管理者	古田 忠								
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回以上実施（うち1回は夜間想定）								

5. 従業員の勤務体制

従業員の人数								
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	生活相談員
生活相談員			2	1		3	1	管理者/介護職員
看護職員(直接雇用)						0		
看護職員(派遣)						0		
介護職員(直接雇用)			3	3		6	2.5	生活相談員/計画作成担当者/短期生活介護職員
介護職員(派遣)						0		
機能訓練指導員						0		
計画作成担当者			1			1	0.1	介護職員
栄養士						0		HITOWAフードサービス(株)へ委託
調理員		2		4		6		HITOWAフードサービス(株)へ委託
事務員						0		
その他従業員						0		

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			3	1		4	2	
実務者研修の修了者			1			1	0.8	
介護職員初任者研修の修了者			3	2		5	2.4	
介護支援専門員			1			1	0.4	
たん吸引等研修(不特定)						0		
たん吸引等研修(特定)						0		
資格なし				1		0	0.2	

機能訓練指導員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
看護師又は准看護師						0		
理学療法士						0		
作業療法士						0		
言語聴覚士						0		
柔道整復師						0		
あん摩マッサージ指圧師						0		
はり師又はきゅう師						0		

管理者の資格 介護福祉士、初任者研修修了

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	~	人	人	
宿直	17:30 ~ 8:00	人	1人	人	1人	1人常駐

看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数 3.7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
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択	<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 3 : 1 以上
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制(一般型(包括型)特定施設の場合、記入不要)	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数)	:
	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	8人(宿直担当 8人)
	訪問介護事業所の名称	ふそうケアサービス
	訪問看護事業所の名称	ホームナースィング ~大地~ / 草花クリニック訪問看護ステーション
	訪問入浴事業所の名称	株式会社 みらい
	訪問リハビリテーション事業所の名称	草花クリニック
通所介護事業所の名称	ふそうケアセンター / ふそうケアセンター昭島	
福祉用具貸与事業所の名称	株式会社サカイ・ヘルスケア	

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）										
管理者	他の職種との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼務する職種		生活相談員			
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護福祉士、初任者研修修了			
	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				2						
前年度1年間の退職者数				1	1					
数業に務 に応じ た事 職した 員の 経人 数年	1年未満			1	1				1	
	1年以上 3年未満				1					
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満			1	1		1			
	10年以上			2	1					
従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色
<p>私たちは、マンション住まいの「自由度」と必要な時に頼れる「安心感」の両方をまごころ込めてご提供し、皆さまにとっての「私らしい暮らし」を実現していただけるよう、精一杯お手伝いさせていただきます。</p> <p>全ての部屋を介護保険に基づく外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業所として東京都の指定を受けると共に、施設内に通所介護事業所・短期入所生活介護事業所・在宅療養支援診療所・処方箋薬局を併設し、市役所や近隣の介護医家・福祉・介護の事業所などと調整や連携をはかり、お元気な時から要介護状態となってもさまざまなサービスを組み合わせる事で利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、ご支援いたします。</p>

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
ケアプラン作成	ケアマネジャーが、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。	自ら実施
状況把握 (安否確認)	毎日、少なくとも1回は安否の確認を行います。 確認は、住戸への訪問（食事の配下膳やゴミの回収を兼ねる場合があります）、インターホンなどにより行います。 ご希望される方法や時間帯がございましたら、ご相談下さい。 ※問い合わせに回答がなかった際には合鍵を使い居室内へ入らせて頂きます。	自ら実施
生活相談	日常生活を送る中で、お困りの事、介護度が重くなった場合のご不安などについて、各種資格を持った住宅職員（介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事など）がご相談をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	8時半～17時半は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してある緊急コールを押していただくか、インターホンや携帯電話などでご連絡をいただければスタッフルームにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（ご家族への連絡、救急車要請、介護など）を行います。 17時半～翌日8時半は、宿直職員が通報を受信し、駆けつけ必要な対応を行います。 宿直職員では対応が困難な場合には、住宅職員に連絡し連携して対応を行います。	自ら実施
健康相談	体調や持病などに関するご不安などについて、各種資格を持った住宅職員（介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事など）がご相談をお受けします。 必要に応じ連携医療機関などへの取次ぎも行います。	自ら実施
訪問介護	訪問介護員（ホームヘルパー）が訪問し、食事・排泄・入浴などの介護（身体介護）や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活の支援（生活援助）をします。	外部委託 ふそうケアサービス
訪問入浴	看護職員と介護職員が利用者の自宅を訪問し、持参した浴槽によって入浴の介護を行います。	外部委託 株式会社 みらい
訪問看護	看護師などが疾患のある利用者の自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行います。	外部委託 ホームナーシング ～大地～ 草花クリニック訪問看護ステーション
訪問リハビリ	理学療法士、作業療法士などが利用者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。	外部委託 草花クリニック
通所介護	施設に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練などを日帰りで提供します。高齢者同士の交流もあり、施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。	外部委託 ふそうケアセンター ふそうケアセンター昭島
福祉用具貸与	利用者の心身の状況、希望及びその生活環境等をふまえ、適切な福祉用具を選ぶための援助・取り付け・調整などを行い、福祉用具を貸与します。	外部委託 株式会社サカイ・ヘルスケア昭島店

住宅で対応できる医療的ケアの内容

<p>当住宅では看護師がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。</p> <p>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などの医療行為が必要な場合は、協力医療機関や介護保険サービスによる外部サービス利用型特定施設入居者生活介護における訪問看護サービスなどとの連携による対応が可能な場合があります。</p>
--

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input 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 type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入(入居継続支援加算関係)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ)	<input type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ)	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
短期利用(介護予防)特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等

人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input 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)	10 : 1
食事の提供サービス	<p>軽減税率(8%)対象となるため税込単価は、朝食 421円(税抜 390円)、昼食・夕食 679円(税抜 629円)です。 704円(税抜640円)を超える行事食は軽減税率対象外(10%)となります。 朝食は8時頃、昼食は12時頃、夕食は18時頃、居室へ配膳致します。2階のホールでの会食も可能です。食事量のチェックなどが必要な方は2階ホールにてお召し上がり下さい。 朝食時にご飯からパンへ、牛乳からヨーグルトへの変更は、50円/回(税込)の追加料金が掛かります。 刻み食やペースト食など、状態に応じた食事形態をご用意致します(別途、料金が発生する場合があります)。 キャンセル、変更、ご家族分の追加(軽減税率対象外のため消費税10%となります)などは提供される日の3日前までに職員へお知らせ下さい(キャンセルは過ぎると料金が発生する場合があります)。</p>		HITOWAフードサービス株式会社へ調理を委託します。
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
外出支援サービス	あり		
外出代行サービス	あり		
入院支援サービス	あり		

医療機関との連携・協力

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

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い (別途、費用がかかります)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 (別途、費用がかかる場合があります)	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	医療機関1	名称	医療法人社団福朗会 津田クリニック
		所在地	東京都福生市福生二宮2461番地 1階 住宅からの距離：同一建物内
		診療科目	内科、外科、肛門外科、下肢静脈瘤、甲状腺疾患、乳腺疾患
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、健康診断、他医療機関への紹介
協力医療機関	医療機関2	名称	医療法人社団豊信会 草花クリニック
		所在地	東京都あきる野市草花2724 住宅からの距離：約6*
		診療科目	内科、循環器科、消化器科、皮膚科、リハビリテーション科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、他医療機関への紹介
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団新聖会 けやき台歯科クリニック
		所在地	埼玉県所沢市緑町3-8-10 住宅からの距離：約18*
		診療科目	歯科
		協力内容	訪問歯科診療

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"/> 金額前払い方式 <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"/> 金額前払い方式 <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		
		算定方法	(日額単価を明示した上で日割り計算で記入)				
	返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)					
	前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称					
		<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称					
		<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社の名称					
<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会							
<input type="checkbox"/> その他 (名称: _____)							
敷金	算定根拠						
金額	家賃の 1 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金額返還する。						
月額費用	算定根拠						
家賃							
共益費	35,000 円						
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合	※地域単価	10.45 円			
(●割負担の場合)		※給付率 90 %					
(1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)							
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数			
	a	b	c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	d=a+b+c			
		※1割負担以下四捨五入					
				月額費用 (円)			
				e=d×地域単価 小数点以下四捨五入			
				保険請求額 (円)			
				f=e×給付率 小数点以下四捨五入			
				自己負担額 (円)			
				g=e-f			
要支援 1	1,680	660	154	2,494	26,062	23,455	2,607
要支援 2	1,680	660	154	2,494	26,062	23,455	2,607
要介護 1	2,490	660	208	3,358	35,091	31,581	3,510
要介護 2	2,490	660	208	3,358	35,091	31,581	3,510
要介護 3	2,490	660	208	3,358	35,091	31,581	3,510
要介護 4	2,490	660	208	3,358	35,091	31,581	3,510
要介護 5	2,490	660	208	3,358	35,091	31,581	3,510
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							
若年性認知症患者受入加算 (120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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
口腔衛生管理体制加算 (30単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
口腔・栄養スクリーニング加算 (1) (20単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ						
退院・退所時連携加算 (30単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ、対象者のみ						

料金構造

認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算(加算率…1.5%)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※ 別添3「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護 料金表及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護 料金表」に基づき、各サービスの利用実績に基づく月額費用を加えた保険請求を行い、自己負担額が確定します。

※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。

※1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります(高額介護サービス費)。

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	算定根拠:
(介護保険外)利用者の個別的な選択による介護サービス費用	利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。		内容及び料金は、別添4「生活支援サービス料金表」のとおりです。
食費	53,370円		朝食 421円/食 昼食・夕食 679円/食 (※消費税8%を含んでおります) 料金は30日の場合です。注文された食数に税込単価を掛けて計算します。 キャンセル、変更、ご家族分の追加などは提供される日の3日前までに職員へお知らせ下さい。 (変更する際に費用が発生する事があります。詳細は、別添4「生活支援サービス料金表」をご確認下さい)
光熱水費	業者との個別契約		各戸にメーターがございます。各自で業者との契約をお願いします。
その他	円		駐車場使用料など
合計	円		
支払日・支払方法	<ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月20日までに、予めご指定頂いた方に請求書をお渡しいたします。 ○ みずほ銀行トータルネットにより当月1日に自動引き落としさせていただきます(金融機関定休日の場合は翌営業日)。 ○ 自動引き落とし手数料として1回につき314円(消費税10%を含む)が、その都度同時に引き落とされます。 ○ みずほ銀行トータルネットの手続き上、自動引き落としができない場合は、振込となります。 ※ お客様の都合で自動引き落としができない場合、引き落とし手数料314円は振込時に合わせて支払う必要があります。振込手数料は利用者負担となります。 ○ 振込の場合の口座 みずほ銀行立川支店 普通預金 2236980 扶桑管理サービス株式会社 ※ 必ず契約者御本人様のお名前でお振込み下さい。ご家族の方のお名前では入金確認できません。 		

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、賃料・共益費をお支払いいただきます。特定施設入居者生活介護費及び生活支援サービス費は、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(入院中の利用実績がない分はお支払いいたしません)。

料金改定の条件及び手続き

- 賃料及び共益費は、建物賃貸借契約書第5条(賃料)3項及び第6条(共益費)4項に基づき、協議の上、改定する場合があります。
- 介護保険サービスの費用は、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契約書第10条(費用)4項に基づき、1ヶ月前までに文書により通知し、変更の申し出を行い、5項に基づき、新たな料金に基づく重要事項説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。
- 生活支援サービスの料金は、生活支援サービス契約書第5条(サービス料金の変更)に基づき、協議の上、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	要支援2	要介護2
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	84歳	84歳
居室の状況	床面積	34.67㎡	34.67㎡
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	88,000円	88,000円
月額費用の合計		203,650円	216,743円
サービス費用 (※3) 介護保険外	家賃	85,000円	88,000円
	共益費	35,000円	35,000円
	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	8,280円	11,773円
	上乗せ介護費用(※2)	22,000円	22,000円
	介護費用(選択サービス)	0円	6,600円
	食費	53,370円	53,370円
	光熱水費	居住者が直接電力会社などと契約	居住者が直接電力会社などと契約
	その他	0円	0円

※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。
 利用想定サービス プラン1(介護予防)：特定施設サービス、訪問介護(週2回)、通所介護(週2回) 1割負担
 プラン2：特定施設サービス、訪問介護・生活援助(45分・週2回)、通所介護(週2回) 1割負担
 ※2 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。
 利用想定個別有料サービス プラン2：薬お届け(日2回)

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		85歳		入居者数合計		40人				
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	
介護度別・年齢別入居者数	65歳未満	1								
	65歳以上75歳未満	1			1					
	75歳以上85歳未満	7			1	3	1			
	85歳以上	12		5	4	1	1	1	1	
合計		21	0	5	6	4	2	1	1	
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	2	4	20	9	4	1	40		
男女別入居者数		男性：11人			女性：29人					
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		90.9% (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			10人(下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)					
		理由		人数(人)	理由		人数(人)			
		自宅・家族同居				1	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		2	
		介護老人福祉施設(特養等)へ転居				その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				
		介護老人保健施設へ転居				医療機関(入院)				
		介護療養型医療施設へ転居				死亡				
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居				1	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) パステルライフ福生 苦情相談窓口			
電話番号	042-530-3211			
対応している時間	平日	9時	00分	~ 17時 00分
	土曜	9時	00分	~ 17時 00分
	日曜	9時	00分	~ 17時 00分
	祝日	9時	00分	~ 17時 00分
定休日	なし ※ 職員が住戸訪問中の際など、一時的に不在となる事がございます。			
窓口の名称	(法人) 扶桑管理サービス株式会社 苦情相談窓口			
電話番号	042-530-3213			
対応している時間	平日	9時	00分	~ 17時 00分
	土曜	9時	00分	~ 17時 00分
	日曜	9時	00分	~ 17時 00分
	祝日	9時	00分	~ 17時 00分
定休日	不定休 (詳しい日程は、住宅職員にご確認下さい。)			
窓口の名称	(区市町村) 福生市 介護福祉課介護保険係 苦情相談窓口			
電話番号	042-551-1764(直通)			
対応している時間	平日	8時	30分	~ 17時 15分
	土曜	8時	30分	~ 17時 15分
	日曜	時	分	~ 時 分
	祝日	時	分	~ 時 分
定休日	日曜日、祝日 ※ その他の区市町村につきましては、住宅職員にご確認下さい。			
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会			
電話番号	03-6238-0177			
対応している時間	平日	9時	00分	~ 17時 00分
	土曜	時	分	~ 時 分
	日曜	時	分	~ 時 分
	祝日	時	分	~ 時 分
定休日	土曜日、日曜日、祝日			

サービスの提供において事故が発生したときの対応

具体的な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡・救急車の呼び出し等）を行います。 ・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部及び福生市、入居者の保険者（区市町村）に報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。 ・事故により入居者に損害が発生した場合は、当事業者所は速やかにその損害を賠償します。ただし、当事業所に故意、過失がない場合はこの限りではありません。
--------	--

損害賠償責任保険の加入状況

<input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称: ウォームハート 加入先: 損害保険ジャパン日本興亜株式会社) <input type="checkbox"/> なし

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等

外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。
住宅正面玄関は、カードキーにより開錠されます。出る時・入る時共にカードキーをご使用下さい。
なお、外出・帰宅の際や外泊時は、予め住宅職員へご連絡下さい。
不在となる期間が1ヶ月を超える場合には、所定の「不在届け」にて予めお申し出下さい。

共用設備の利用について

大浴場	利用可能日時：毎奇数日 13：30～15：00、15：30～17：00 男女入替制（どちらが先に入るかは職員へご確認下さい。） 占有利用を希望される場合及び見守りや介助を希望される場合には、予め職員へご相談下さい。
ホール（談話室兼食堂）	利用可能時間：7時より21時まで 食事時間の間は、食事をされる方を優先させていただきます。 本、テレビ、DVDプレーヤーなどを備え付けております。 体操やレクリエーション活動なども、毎日行なっております。 大勢でご利用される場合には、予め職員へご相談下さい。

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

- ・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、身体的拘束等は行いません。
- ・「緊急やむを得ない場合」とは、①利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限ります。
- ・身体的拘束等を行う場合は、利用者又はご家族に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで同意書を書き、実施します。
- ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。

入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (重要事項説明書)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ()	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

その他

サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
	委託する業務の内容(契約事項)		
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ
		住所(事務所所在地)	〒
修繕計画	計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	大規模修繕の開始年度	開設から毎10年頃実施予定	
	その他計画的な修繕年度	防水・吹付毎10年頃実施予定	
運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 1 回)	(開催内容等) 年1回、施設長・管理者・職員・入居者全員(参加が困難な場合は家族等)の4者で構成する運営懇談会を開催し、住宅側から入居状況、サービス提供状況及び住宅の収支等について報告・説明すると同時に、入居者及び入居者家族等からの要望・意見を受けることで、運営に反映させるための機会とします。	
	<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 <input type="checkbox"/> なし	実施日	結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	実施日	実施機関の名称
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安定確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。		

説明年月日

年 月 日

入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名 扶桑管理サービス株式会社

所在地 東京都昭島市昭和町一丁目13番10号

代表者名 代表取締役 石岡 純

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
いしおか じゅん	代表取締役
石岡 純	
こいけ ともはる	取締役
小池 友春	
たけなか まさひろ	取締役兼務部長
竹中 正博	
さとう あゆむ	取締役兼務部長
佐藤 歩	
いえもと はるゆき	取締役兼務部長
家本 晴透	
のなか しげみ	監査役
野中 重身	

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	ふそうケアサービス	東京都昭島市緑町3-5-8
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	無し			
訪問リハビリテーション	無し			
居宅療養管理指導	無し			
通所介護	有り	2	ふそうケアセンター	東京都福生市福生二宮2461
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	有り	1	ふそうケアセンター	東京都福生市福生二宮2461
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	1	パステルライフ福生	東京都福生市福生二宮2461
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	無し			
認知症対応型共同生活介護	無し			
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	有り	1	ふそうケアセンター昭島	東京都昭島市緑町3-5-8
居宅介護支援	有り	1	ふそうケアサービス	東京都昭島市緑町3-5-8
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	有り	1	ふそうケアセンター	東京都福生市福生二宮2461
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	1	パステルライフ福生	東京都福生市福生二宮2461
介護予防福祉用具貸与	無し			
特定介護予防福祉用具販売	無し			
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し			
介護予防支援	無し			
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

外部サービス利用型特定施設入居者生活介護 料金表
要介護1～5の方（※令和4年10月1日現在）

1ヶ月限度単位数（基本サービス部分+外部サービス利用部分）

要介護1	16,355 単位	要介護4	22,435 単位
要介護2	18,362 単位	要介護5	24,533 単位
要介護3	20,490 単位		

【基本サービス】	自己負担額			
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
1日の単位数	83 単位	87 円	174 円	261 円
1ヶ月(30日)の単位数	2490 単位	2,602 円	5,204 円	7,806 円

【サービス提供体制強化加算（I）】※介護福祉士70%以上の勤務実績あり	自己負担額			
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
1日の単位数	22 単位	23 円	46 円	69 円
1ヶ月(30日)の単位数	660 単位	690 円	1,380 円	2,070 円

【訪問介護】	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
<身体介護>				
15分未満	96 単位	101 円	201 円	301 円
30分未満	193 単位	202 円	404 円	605 円
45分未満	262 単位	274 円	548 円	822 円
1時間未満	349 単位	365 円	730 円	1,095 円
1時間15分未満	436 単位	456 円	912 円	1,367 円
1時間30分未満	523 単位	547 円	1,093 円	1,640 円

<生活援助>	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
15分未満	49 単位	52 円	103 円	154 円
30分未満	96 単位	101 円	201 円	301 円
45分未満	145 単位	152 円	303 円	455 円
1時間未満	194 単位	203 円	406 円	609 円
1時間15分未満	219 単位	229 円	458 円	687 円
1時間15分以上	262 単位	274 円	548 円	822 円

<通院等乗降>	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1回	87 単位	91 円	182 円	273 円

【訪問入浴】	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1回	1134 単位	1,185 円	2,370 円	3,555 円

【訪問看護】	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
20分未満	282 単位	295 円	590 円	884 円
20分未満（准看）	254 単位	266 円	531 円	797 円
30分未満	423 単位	442 円	884 円	1,326 円
30分以上1時間未満	739 単位	773 円	1,545 円	2,317 円
1時間以上1時間30分未満	1013 単位	1,059 円	2,117 円	3,176 円
PT、OT、ST	264 単位	276 円	552 円	828 円

【訪問リハビリ】	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1回（20分）	276 単位	289 円	577 円	866 円

【通所介護】ふそうケアセンター：通常規模 7～8時間の場合	自己負担額			
	1回の単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護1	590 単位	617 円	1,233 円	1,850 円
要介護2	696 単位	728 円	1,455 円	2,182 円
要介護3	806 単位	843 円	1,685 円	2,527 円
要介護4	916 単位	958 円	1,915 円	2,872 円
要介護5	1,028 単位	1,075 円	2,149 円	3,223 円

【通所介護】 ふそうケアセンター昭島：地域密着型 3～4時間の場合

	1回の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	374 単位	391 円	782 円	1,173 円
要介護2	428 単位	448 円	895 円	1,342 円
要介護3	484 単位	506 円	1,012 円	1,518 円
要介護4	538 単位	563 円	1,125 円	1,687 円
要介護5	595 単位	622 円	1,244 円	1,866 円

※ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

月間の総利用単位数の合計の3.3%

※ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

月間の総利用単位数の合計の1.8%

※ 介護職員等ベースアップ等支援加算

月間の総利用単位数の合計の1.5%

外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護 料金表
要支援1・2の方（※令和4年10月1日現在）

1ヶ月限度単位数（基本サービス部分+外部サービス利用部分）

要支援1	5,032 単位	要支援2	10,531 単位
------	----------	------	-----------

【基本サービス】	自己負担額		
	1日の単位数	1割負担	2割負担
56 単位	59 円	117 円	176 円
1ヶ月(30日)の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
1680 単位	1,756 円	3,512 円	5,267 円

【サービス提供体制強化加算（Ⅰ）】※介護福祉士70%以上の勤務実績あり

1日の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
22 単位	23 円	46 円	69 円
1ヶ月(30日)の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
660 単位	690 円	1,380 円	2,070 円

【介護予防訪問介護】

	1ヶ月の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防訪問介護費（Ⅰ）	1,057 単位	1,105 円	2,209 円	3,314 円
介護予防訪問介護費（Ⅱ）	2,115 単位	2,211 円	4,421 円	6,631 円
介護予防訪問介護費（Ⅲ）	3,355 単位	3,506 円	7,012 円	10,518 円

<日割り計算>	1日の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防訪問介護費（Ⅰ）	35 単位	37 円	73 円	110 円
介護予防訪問介護費（Ⅱ）	70 単位	74 円	147 円	220 円
介護予防訪問介護費（Ⅲ）	110 単位	115 円	230 円	345 円

【介護予防訪問入浴】

	1回の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
1回	767 単位	802 円	1,603 円	2,405 円

【介護予防訪問看護】

	1回の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	272 単位	285 円	569 円	853 円
20分未満（准看）	245 単位	256 円	512 円	768 円
30分未満	405 単位	424 円	847 円	1,270 円
30分以上1時間未満	713 単位	745 円	1,490 円	2,235 円
1時間以上1時間30分未満	978 単位	1,022 円	2,044 円	3,066 円
PT、OT、ST	255 単位	267 円	533 円	800 円

【介護予防訪問リハビリ】

	1回の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
1回（20分）	276 単位	289 円	577 円	866 円

【介護予防通所介護】

	1ヶ月の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	1,504 単位	1,572 円	3,144 円	4,715 円
要支援2	3,084 単位	3,223 円	6,446 円	9,669 円

<日割り計算>	1日の単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	49 単位	52 円	103 円	154 円
要支援2	101 単位	106 円	211 円	317 円

※ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	月間の総利用単位数の合計の3.3%
※ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	月間の総利用単位数の合計の1.8%
※ 介護職員等ベースアップ等支援加算	月間の総利用単位数の合計の1.5%

生活支援サービス料金表（食事の調理以外の提供者は、扶桑管理サービス株式会社です。）

生活支援サービスの内容（※ 料金は、消費税10%を含んでおります）			
基本サービス	料金	（提供方法）	
①緊急時対応 ②安否確認 ③日常生活上の相談 ④健康相談 ⑤フロントサービス ⑥ゴミの各戸収集 ⑦送迎サービス ⑧簡単な備品設置作業 ⑨食事の居室配下膳 ⑩食事量チェック ⑪水分摂取量チェック ⑫排泄チェック ⑬バイタルチェック	22,000円 /月額	<p><特定施設入居者生活介護以外（自立）の契約者> ①～④のサービスを提供いたします。</p> <p><特定施設入居者生活介護（要支援・要介護）の契約者> ⑤～⑧のサービスを提供します（①～④は、介護保険による特定施設入居者生活介護サービスとして提供いたします）。</p> <p>②1回/日 ⑤来訪者対応、配達物などの一時預かり、業者依頼の調整など ⑥安否確認を兼ねます ⑦定期的に福生駅・スーパーマーケット・市役所・郵便局などに送迎いたします ⑧工具を必要としない程度の作業（カーテンや電球の交換、AV機器の配線など） ⑨安否確認を兼ねます ⑩脈拍・血圧・体温の測定</p>	
個別有料サービス（上記以外の生活支援サービスなど）			
サービスの種類	料金	（提供内容・方法）	
食事の提供サービス	53,370円 /月	<p>料金は30日の場合です。注文された食数に税込単価を掛けて計算します。軽減税率（8%）対象となるため税込単価は、朝食 421円（税抜 390円）、昼食・夕食 679円（税抜 629円）です。704円（税抜640円）を超える行事食は軽減税率対象外（10%）となります。朝食は8時頃、昼食は12時頃、夕食は18時頃、居室へ配膳致します。2階のホールでの会食も可能です。食事量のチェックなどが必要な方は2階ホールにてお召し上がり下さい。朝食時にご飯からパンへ、牛乳からヨーグルトへの変更は、50円/回（税込）の追加料金が掛かります。刻み食やペースト食など、状態に応じた食事形態をご用意致します（別途、料金が発生する場合があります）。キャンセル、変更、ご家族分の追加（軽減税率対象外のため消費税10%となります）などは提供される日の3日前までに職員へお知らせ下さい（キャンセルは過ぎると料金が発生する場合があります）。食事は、HITOWAフードサービス株式会社へ調理を委託します。</p>	
個別身体介護サービス	660円 /15分	<p>自費による入浴、排泄、食事などの日常生活に必要な介護を行いません。介護保険による対応も可能です。5分未満で可能な場合は、220円/回で行います。定期的にご利用いただく場合には、早朝・夜間割増料金はいただきません。口腔ケアにつきましては、110円/回で行います。医療行為とされているものは、行なえません。</p>	
個別生活援助サービス	440円 /15分	<p>自費による調理、洗濯、清掃などの日常的な家事を行いません。介護保険による対応も可能です。5分未満で可能な場合は、220円/回で行います。</p>	
薬管理サービス	3,300円 /月	<p>お薬の保管を行いません。保管方法は、ご利用者よりご指示をいただきます。</p>	
薬お届けサービス	110円 /回	<p>予め預かりしたお薬をご指定の時間にお届けします。ご希望の方には飲まれた事の確認まで行ないます。介護保険による対応も可能です。薬を飲ませる事は医療行為となるため、行なえません。</p>	
新聞等の宅配サービス	1,100円 /月	<p>1階のポストからご自宅まで、新聞などをご希望のお時間にお届けします。朝刊のみの場合は、550円/月で行ないます。介護保険による対応も可能です。</p>	
安否確認の追加サービス	220円 /回	<p>基本サービス（1回/日）に加え、ご希望の時間に訪問し、ご様子をお伺いいたします。介護保険による対応も可能です。</p>	
外出支援サービス	660円 /15分	<p>通院や入退院の付添い・買い物などの外出に付き添います。介護保険による対応も可能です（対象外となる場合もございます）。交通費などが必要となる場合には、別途実費をご請求させていただきます。要支援・要介護の方が、協力医療機関に通院する際の支援は、対象となりません。</p>	
外出代行サービス	440円 /15分	<p>買い物や入院中に必要なもののお届けなど、ご本人の代わりに外出し、用事を代行いたします。介護保険による対応も可能です（対象外となる場合もございます）。交通費などが必要となる場合には、別途実費をご請求させていただきます。</p>	
入院支援サービス	440円 /15分	<p>入院から退院までに必要となる準備や手続き（持ち物の準備、衣類交換、書類作成、支払いなど）などをお手伝いいたします。病院への往復に掛る時間は、別途外出代行サービスとしてご請求させていただきます。</p>	
物品購入等立替サービス	3,300円 /月	<p>金銭管理の難しい方の支払いを立替し、毎月の請求書によりまとめてお支払いいただけるように事務処理いたします。買い物の代行などは、別途外出代行サービスなどをご利用いただく事となります。</p>	
※ 利用内容の予約・変更について		<p>上記の「食事の提供サービス」以外のサービスにつきましては、利用希望される日の前日の17時までに職員へお知らせ下さい。希望者が重なる場合と対応が出来なくなる場合がございます。キャンセルにつきましては、過ぎると料金（各サービスの最低単価）が発生する場合があります。</p>	
※ 早朝・夜間割増料金について		<p>19時より22時まで、6時より8時まで：25%増 22時より6時まで：50%増</p>	
※ その他のサービスについて		<p>記載されていない内容のサービスをご希望される場合には、個別にご相談下さい。対応方法や金額を検討させていただきます。</p>	