

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 プライマリーサンノウ プライマリー山王			
住宅の所在地	〒 143-0023 東京都大田区山王1丁目 43番 2			
住宅へのアクセス	最寄駅	JR 大森駅		
	交通手段と所要時間	京浜東北線から徒歩12分、又は大森駅からバスで4分降車後徒歩1分		
住宅の連絡先	電話番号	03(5728)9380		
	FAX番号	03(5728)9381		
	ホームページアドレス			
揃取等	敷地	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	敷地面積	536 ㎡		
	住宅(建物)	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	建築物用途区分	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	1,608 ㎡	うち、サ付き分 1,263.24 ㎡	
	併設施設	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
抵当権		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
自動更新		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	
ケアサービスゆき		居宅介護支援事業	<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	
			<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
介護保険事業所番号(特定施設)	1371110451			
指定した自治体名	東京都			
指定年月日(初回)	2015年 3月 1日			
指定有効期限	2027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 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	大槻 美保子	役職名 代表取締役	
終身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)	2015年 3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 ケアサービスユキ		
	株式会社 ケアサービスゆき		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 144 - 0034 東京都大田区西糀谷4-2-12		
事業主体の連絡先	電話番号	03 (5737) 5323	
	FAX番号	03 (5737) 5324	
	ホームページアドレス		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	大槻 美保子	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	2008年 7月 29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	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 type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input checked="" 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
	（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
契約解除の内容					
入居契約書第28条のとおり					
事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）					
解約条項					
解約予告期間		か月			
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
利用者は事業者に対して解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで本契約を解約することができます。					
契約解約時の連絡先	名称	プライマリー山王			
	電話番号	03 (5728) 9380			

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	31戸（登録申請対象戸数） / 31人	
居住部分の規模	(最小)	19.24 m ²
	(最大)	19.24 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄筋コンクリート造り 階数 地上4階 うち、サ付き分 1263.24 m ²
竣工の年月日	2015年2月26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
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護居室	タイプ1	1階	1	19.24 m ²	6	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ2	2階	1	19.24 m ²	10	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ3	3階	1	19.24 m ²	10	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ4	4階	1	19.24 m ²	5	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ5					<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6					<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7					<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 うち、男女 共用	階 (か所) 4階まで各1か所設置 (4か所 (車いす対応可能))							
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし									
	個別浴	3か所	場所	2.3.4階各1か所		面積	27.49 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	か所	場所	階		面積	m ²				
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし							
共同浴室	共同浴室に おける介護 浴槽	1 か所	場所	1 階		面積	11.90 m ²				
<input type="checkbox"/> 1 チェア浴											
<input type="checkbox"/> 2 リフト浴											
<input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴											
<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (機械浴)											
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	1.2.3.4 階			面積	1階: 11.75m ² 2.3階: 40.41m ² 4階: 34.70m 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	1.2.3.4 階			面積	1階: 11.75m ² 2.3階: 40.41m ² 4階: 34.70m 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											
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
	台数	1 基	定員	11人	ストレッチャー	可					
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
消防設備	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
非常災害対策	消防計画	消防署への届出日 (消防署名)			平成27年2月18日	(大森消防署)					
	防火管理者	大親 ひとみ									
	避難訓練	消防署の指導のもと、年 2回実施 (うち 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	1	介護支援専門員
生活相談員		1				1	1	
看護職員(直接雇用)		1				1	0	
看護職員(派遣)					1	1	0.5	
介護職員(直接雇用)		8			7	15	9.9	
介護職員(派遣)					2	2	1.3	
機能訓練指導員					1	1	0.2	
計画作成担当者			1		1	2	1.5	
栄養士						0	0	
調理員						0	0	
事務員					0	0	0	
その他従業員						0	0	

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間

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	0	
介護福祉士						0	0	
実務者研修の修了者					1	1	1	
介護職員初任者研修の修了者		4			3	7	6	
介護支援専門員			1		1	2	1.1	
たん吸引等研修(不特定)		1	1			2	1.9	
たん吸引等研修(特定)			1		1	2	1.2	
資格なし					3	4	1.6	

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			1	2	1.4	
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

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	
		人	人	人	人	
夜勤	20:00 ~ 7:00		1		1	2時間おきにおむつ交換その際の見回り等
宿直	~					

看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数

2.0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 checked="" 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)	2 : 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(一般型(包括型)特定施設の場合、記入不要)	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）												
管理者		他の職種との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼務する職種		計画作成者				
		業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護支援専門員				
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数		1	1	1	1				1			
前年度1年間の退職者数			0	1	1							
就業に 応じ た事 務員 の経 験年 数	1年未満	1	1	2	6				1			
	1年以上 3年未満			2	5						1	
	3年以上 5年未満											
	5年以上 10年未満					1				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		
<ul style="list-style-type: none"> その方の有する能力を最大限に活用し、利用者の要介護状態の軽減、または、悪化防止に資するように、利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立を目標とし、必要な援助の他、食事・離床・着替え・整容その他の日常生活上のお世話等、日常生活ができるよう必要な援助を妥当、適切に行うものです。 		
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
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、在宅職員がご相談をお受けします。	自ら実施
状態把握（安否確認）	<ul style="list-style-type: none"> 毎日、起床時と朝食時に各住戸にお声をかけ、訪問をし在宅職員が伺い安否の確認を行います。 上記以外の時間帯も、ご入居者様（ご家族様）と相談の上、必要に応じて行います。 夜勤時、2時間毎の見回り、早期の声掛け 	自ら実施
緊急時対応	<ul style="list-style-type: none"> 日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び在宅職員が携帯しているスマホにて通報を受信の上、在宅職員が駆けつけ必要な対応やご家族への連絡、救急車を手配する等を行います。 夜間は、在宅職員がナースコールを受信し、必要に応じて、各住戸まで5分以内に駆けつけます 	自ら実施
オンコール対応	オンコール体制を取っており、緊急時に駆けつけ対応いたします。	自ら実施
介護サービス	食事介助・排泄介助・おむつ交換・入浴介助・清拭等	自ら実施
身辺介助	体位交換・居室からの移動・衣類の着脱・身だしなみ介助	自ら実施
日常生活機能訓練	朝・昼・夕食前の健康体操、嚥下防止訓練	自ら実施
生活サービス	居室・トイレ清掃、ゴミ出し、リネン交換、日常の洗濯、食事配膳・下膳、おやつ出し等	自ら実施
健康管理	日常の健康相談、血圧測定、服薬管理。年2回の定期健康診断の機会を提供、実費ご負担にて受けていただくことができます。訪問診療についても、実費ご負担にて受けていただくことができます。	自ら実施
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<ul style="list-style-type: none"> 健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） 医師の指示に基づく経管栄養（胃ろう、経鼻）、在宅酸素、吸引、人工肛門、IVH、インシュリン、膀胱カテーテル 		

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類			
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
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
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 checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))		<input 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) <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 type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III))		<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))		<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" 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・看護職員の配比率)	2.5 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> 朝食は7:00～9:00まで、昼食は12:00～2:00まで、夕食は17:00～19:00まで。 食事は、SOMPOケアフーズ（株）より購入した調理済み食材を住宅職員が温め盛り付けて提供いたします。 キャンセル、変更等は提供される4日前の12時までにお知らせください。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してまいりますのでお気をつけください。 		自ら提供
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
個別的な買物等の代行	・通常の利用区域、以外の区域とも、その都度お料金徴収となります。		
個別的な入浴介助	・通常の入浴日以外の入浴は、その都度お料金徴収となります。		

医療機関との連携・協力 (ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。)			
医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	医療機関1	名称	牧田総合病院
		所在地	大田区西蒲田8-20-1
		診療科目	内科・外科・循環器科・脳神経外科・整形外科・耳鼻咽喉科
		協力内容	施設利用者の入院受け入れ、外来受診、入居前健康診断受け入れ・入院時の他病院への医療連携・施設内での死亡確認
	医療機関2	名称	ひろクリニック大森
		所在地	品川区南大井6-19-7 HARUビル4F
		診療科目	内科・外科
		協力内容	施設内における健康健康相談・往診（緊急時を含む）定期健康診断・予防接種・カンファレンスへの参加入院時の他病院への医療連携 入院時の他病院への医療連携・施設内での死亡確認
医療機関2	名称	ひなた在宅クリニック山王	
	所在地	品川区南大井6-24-6 DAITOビル3階	
	診療科目	内科・外科	
	協力内容	施設内における健康健康相談・往診（緊急時を含む）定期健康診断・予防接種・カンファレンスへの参加入院時の他病院への医療連携 入院時の他病院への医療連携・施設内での死亡確認	
協力歯科医療機関	名称	Kデンタルクリニック	
	所在地	大田区大森北1-30-4 小池ビル3F	
	診療科目	歯科診療	
	協力内容	歯科治療・口腔内検診・補綴物の印象・補綴物のセット・調整	

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
		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"/> 借付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	円	家賃の	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	110,000円	近傍同種の家賃相場を参考に設定		
共益費	54,000円	共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費、各居室の水光熱費		
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30日の場合	※地域単価 10.9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%)	
(●割負担の場合)				
	基本単位 B	加算 A	処遇改善加算 C	
	単位数	単位数	単位数	
	d	d=A+B+C	d	
要支援1	5,460	200	425	
要支援2	9,330	200	715	
要介護1	16,140	500	1,248	
要介護2	18,120	500	1,396	
要介護3	20,220	500	1,554	
要介護4	22,140	500	1,698	
要介護5	24,210	500	1,483	
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/日			
夜間看護体制加算(10単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ			
医療機関連携加算(80単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ			
看取り介護加算(72~1,780単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ			
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日			
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日			
若年性認知症患者受入加算(120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ			
A DL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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
口腔・視覚・聴覚・コミュニケーション加算(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 checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input 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
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)) <input type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…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 type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

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

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用		<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			
食費	60,510 円		月額60,510円(30日の場合) [朝食405円、昼食806円、夕食806円] ※おやつ250円(ご希望の方のみ提供致します。) 朝食とおやつは、軽減税率(8%)の対象です。 ・キャンセル、変更等は提供される日の4日前の12時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料(実費)が発生します。
光熱水費	共益費に含む		算定方法: 共用部、各住戸における電気・水道料を住戸で案分
その他			別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
合計		円	
支払日・支払方法			<ul style="list-style-type: none"> 居室等利用料・共益費・食費: 翌月分を毎月25日までに請求。(なお食費は、当月の利用実績より返金分が生じた場合は相殺にて精算いたします) 介護保険対象サービス利用料: 前月分を毎月25日までに請求。 介護保険対象外サービス利用料: 前月分を毎月25日までに請求。 請求分を翌々月27日に口座自動引落とします。

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

- ・入院期間中は、月額利用料のうち、居室等利用料及び共益費の負担が必要です。

料金改定の条件及び手続き

入居契約書第26条のとおり

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1	要介護5
	自己負担割合	2割	1割
	年齢	82歳	89歳
居室の状況	床面積	19.24㎡	19.24㎡
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		261,644円	254,585円
家賃		110,000円	110,000円
共益費		54,000円	54,000円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	37,134円	30,075円
	上乗せ介護費用(※2)	0円	0円
	介護費用(選択サービス)	0円	0円
	食費	60,510円	60,510円
	光熱水費	共益費に含む円	共益費に含む円
	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。
 ※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		86.9歳			入居者数合計					21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			3		2	
	75歳以上85歳未満				1	1	1	3			2	
	85歳以上				1		3					
合計		0	0	0	2	2	4	6			4	
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	3	11							21	
男女別入居者数		男性：8人			女性：13人							
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）		67%（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				人（下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる）							
	理由				人数(人)		理由				人数(人)	
	自宅・家族同居						他のサービス付き高齢者向け住宅への転居					
	介護老人福祉施設（特養等）へ転居						その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居					
	介護老人保健施設へ転居						医療機関（入院）					
	介護療養型医療施設へ転居						死亡					
有料老人ホーム（少付き除く）への転居						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				
電話番号	03(5728)9380				
対応している時間	平日	10時	00分	～	17時 00分
	土曜	10時	00分	～	17時 00分
	日曜	10時	00分	～	17時 00分
	祝日	10時	00分	～	17時 00分
定休日	土曜、日曜、祝日				
窓口の名称	(法人) 株式会社ケアサービスゆき 苦情相談窓口				
電話番号	03(5728)9380				
対応している時間	平日	10時	00分	～	17時 00分
	土曜	10時	00分	～	17時 00分
	日曜	10時	00分	～	17時 00分
	祝日	10時	00分	～	17時 00分
定休日	土曜、日曜、祝日				
窓口の名称	大田区介護保険課 苦情相談窓口				
電話番号	03(5744)1215				
対応している時間	平日	10時	00分	～	17時 00分
	土曜	時	分	～	時 分
	日曜	時	分	～	時 分
	祝日	時	分	～	時 分
定休日	土曜、日曜、祝日				
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会				
電話番号	03(6238)0173				
対応している時間	平日	10時	00分	～	17時 00分
	土曜	時	分	～	時 分
	日曜	時	分	～	時 分
	祝日	時	分	～	時 分
定休日	土曜、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	<p>・従事者は、サービス提供を行っている時に病状の急変、その他の事故等の場合、速やかに、主治医又は、予め定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに管理者、又は施設長に報告をします。</p> <p>又、利用者のご家族等に連絡するとともに必要措置を講じるものとします。</p> <p>又、行政機関の定めるところにより、サービス付き高齢者向け住宅における事故は、東京都住宅政策本部へ報告をします。</p>				
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: 「東京海上日動火災保険」) <input type="checkbox"/> なし					

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等			
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡ください。			
共用設備の利用について			
浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。		
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。		
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き			
<p>・基本的に身体拘束は致しません。但し、切迫性・非代替性・一時性の条件を満たし、担当者会議を開催したうえで拘束状態を決定し、入居者及び身元引受人に、御承諾をいただくこともあります。その場合、拘束状態を記録し報告いたします。また、最低2週間に1度のカンファレンスを行い、身体拘束の必要性について協議を行います。</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 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 (※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 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	
	大規模修繕の実施年度	竣工10年毎	
	その他修繕的取組内容	1年に1回定期点検を実施し、必要な都度行う	
運営懇話会	<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 1 回) (開催内容等) ①入居者の状況 ②サービス提供の状況 ③定期的な決算等の収支報告 入居者の要望・意見の聞き取りをし、運営に反映させていく。		
	<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 type="checkbox"/> あり 実施日 <input checked="" type="checkbox"/> なし	結果の開示	<input 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 実施日 <input checked="" type="checkbox"/> なし	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	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です。		

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 ケアサービスゆき

所在地 東京都西糀谷4-2-12

代表者名 代表取締役 大槻 美保子

印

説明者氏名 大槻 美保子

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

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	ケアサービスゆき	大田区山王1-43-2
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				
通所リハビリテーション				
短期入所生活介護				
短期入所療養介護				
特定施設入居者生活介護	有り	1	プライマリー山王	大田区山王1-43-2
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	1	ゆきの家	大田区西糀谷4-2-12
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	1	ケアサービスゆき	大田区山王1-43-2
<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				
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	1	プライマリー山王	大田区山王1-43-2
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	1	ゆきの家	大田区西糀谷4-2-12
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

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
<基本(必須)サービス>				
状況把握(安否確認)	○ (朝食時)	—	○ (必要時)	
・巡回 日中	緊急時、オンコール時	—	○ (必要時)	
・巡回 夜間	緊急時、オンコール時	—	○ (2時間に1回)	
生活相談	○	—	○ (随時)	
緊急時対応	○ 24時間対応	—	○ (24時間対応)	
オンコール対応	○ 24時間対応	—	○ (24時間対応)	
<介護サービス>				
食事介助	—	1573円/1回	○ (必要時)	—
排泄介助	—	1210円/1回	○ (必要時)	—
おむつ交換	—	1210円/1回	○ (必要時)	—
おむつ代	—	実 費	—	実 費
入浴(一般浴)介助	—	1573円/1回	○ (週2回)	1573円/3回以上
清拭	—	787円/1回	○ (必要な都度)	—
特浴介助	—	1573円/1回	○ (週2回まで)	1573円/3回以上
身辺介助				
・体位交換	—	787円/1回	○ (必要時)	—
・居室からの移動	—	787円/1回	○ (必要時)	—
・衣類の着脱	—	787円/1回	○ (必要時)	—
・身だしなみ介助	—	787円/1回	○ (必要時)	—
機能訓練	—		○(計画に沿って実施)	—
通院介助 (協力医療機関)	—	1331円/時	○ (必要時)	—
通院介助 (上記以外)	—	1331円/時	—	1331円/時
<生活サービス>				
居室清掃	—	1089円/30分	○ (週2回まで)	1089円/30分 (2回以上)
リネン交換	—	242円/1回		
日常の洗濯	—	605円/30分	○ (週2回まで)	302円/1回 (2回以上)
居室配膳・下膳	—	302円/1回	○ (必要時)	302円/1回
嗜好に応じた特別食	—	差額実費負担		差額実費負担

介護サービス等の一覧表

サービス	（自 立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
理美容	—	2500円/1回		2500円/1回
おやつ	—	250円		250円
買物代行(通常の利用区域)	—	1,210円/1回+交通費		1,210円/1回+交通費
<健康管理サービス>				
定期健康診断	—	実費	○ 年2回(機会の提供)	実施
健康相談	(適宜実施)	—	○ (適宜実施)	—
生活指導・栄養指導	—	—		—
服薬支援	—	2,420円/月		—
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	—	2,420円/月		—
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	—	実費(利用者より外部業者へ依頼)	—	実費(利用者より外部業者へ依頼)
入退院時の同行(協力医療機関)	—	1,331円/1時間	—	—
入退院時の同行(上記以外)	—	1,331円/1時間	—	1,331円/1時間
入院中の洗濯物交換・買物	—	クリーニング 買い物代等実費負担	—	実費(利用者より外部業者へ依頼)
入院中の見舞い訪問	(必要に応じ)		○ (週1回まで)	1,331円/1回 (2回目以上)
<その他サービス>				
レクリエーション	—	材料費等利用者実費	○ (適宜実施)	材料費等利用者実費

この様式は参考様式です。住宅ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて(※)介護サービス等の一覧表を作成すること。
※自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、住宅のサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。
※住宅で行われるサービスは全て記載すること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。