

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 プラチナ・シニアホームムサムラヤマ プラチナ・シニアホーム武蔵村山			
住宅の所在地		〒 208-0023 東京都武蔵村山市伊奈平5丁目16番1			
住宅へのアクセス		最寄駅	JR青梅線 昭島駅からバスで15分 降車後、徒歩5分		
		交通手段と所要時間	昭島駅北口又は西武立川駅より立川バス「昭21、昭22、昭22-2、昭26、昭26-2」系統に乗車、伊奈海運南バス停下車、又は「昭23、昭24」系統に乗車、村山ハイバス停下車、いずれも徒歩約5分		
住宅の連絡先		電話番号	042-520-3773		
		FAX番号	042-531-5300		
		ホームページアドレス	https://lakes21.co.jp/		
根拠等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 使用賃借による権利		
		期間	2014年 10月 1日 から 2039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	2,573.35 m ²		
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有者 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用賃借による権利		
		期間	2014年 10月 1日 から 2039年 9月 30日 まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	特別区（サービス付き高齢者向け住宅）	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	延床面積	1,328.51 m ²	うち、付付き分	1,328.51 m ²	
	併設施設	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用賃借による権利		
		期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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		
			<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
			<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
			<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）	1374901237				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日（初回）	2014年10月 1日				
指定有効期限	2026年 9月 30日				
入居時の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 混合型(自立様式) <input 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(一様式) <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	鈴木 陸	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)	2014年10月 1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキカイシャレイクストゥエンティワン 株式会社レイクス21		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 100 - 0004	東京都千代田区大手町一丁目5番1号	
事業主体の連絡先	電話番号	03-5208-1601	
	FAX番号	03-5208-1602	
	ホームページアドレス	https://lakes21.co.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	池 俊 明	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	2000年1月4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	18.00㎡	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	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者／60歳以上の親族／要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族／特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）（「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）				
入居契約及び（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	自動更新		
	（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	自動更新		
契約解除の内容	<p>事業者は、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書第27条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。</p> <p>1. 事業者は、入居者様の行動が他の入居者様の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができるものとします。この場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <p>① 一定の観察期間をおくこと ② 主治医及び職員等の意見を聞くこと ③ 契約解除の通告について90日の予告期間をおくこと ④ 前号の通告に先立ち、入居者様ご本人の意思を確認すること及び代理人または入居者様のご家族等のご意見を聴くこと ⑤ 解除勧告の予告期間中に入居者様の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者様や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力すること</p> <p>2. 事業者は、入居者様が正当な理由なく、事業者に支払うべきサービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合において、入居者様に対し、相当の期間を定めてもおお期間内に滞納額の全額の支払がないとき、または、入居者様またはそのご家族等がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったときは、この契約を解除することができるものとします。</p>				
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）	解約条件				
	解約予告期間	か月			
利用者からの解約・予告期間・連絡先	入居者様及び入居代理人は、事業者に対し、30日の予告期間において文書で通知することにより、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	プラチナ・シニアホーム武蔵村山			
	電話番号	042-520-3773			

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	36戸（登録申請対象戸数） / 36人	
居住部分の規模	（最小）	18.00㎡
	（最大）	18.00㎡
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄骨造 階数 地上2階建 うち、サ付き分 地上2階建
竣工の年月日	2014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	有無			備考	
						浴室の有無	台所の有無	収納の有無		
介護居室	タイプ1	1・2	1	18.00 m ²	4	<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	バルコニーなし、角住戸	
	タイプ2	1・2	1	18.00 m ²	29	<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	バルコニーなし、角住戸以外	
	タイプ3	2	1	18.00 m ²	1	<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	バルコニーあり、角住戸	
	タイプ4	2	1	18.00 m ²	2	<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	バルコニーあり、角住戸以外	
	タイプ5					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	タイプ6					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	タイプ7					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	タイプ8					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	タイプ9					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	タイプ10					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
一時介護室		階	定員	面積	戸数	備考				
便所	共同便所	3か所	うち男女別	階 (か所)						
			うち、男女共用	1階2か所、2階1か所 (車いす等対応可能)						
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし								
		側浴	2か所	場所	2階2か所	面積	14.35 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	1階	面積	11.23 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	1階	面積	9.94 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	1階	面積	96.74 m ²						
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	機能訓練室、リビング、ミニキッチン						
	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階	面積	96.74 m ²						
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備	食堂、リビング、ミニキッチン						
	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		共有スペース1か所 (1階)、リビング1か所 (2階)、洗濯室2か所 (1階、2階)、脱衣室4か所 (1階、2階)								
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	ストレッチャー対応				
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱衣室		<input 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 (補助要否)		2023年8月1日		(東京消防庁北多摩西部消防署)				
	防火管理者	鈴木 隆								
	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		備考 (委託である場合はその旨を記入)
	専従	非専従	専従	非専従	合計	常勤換算	
管理者	1				1	1.0	
生活相談員	1				1	1.0	
看護職員(直接雇用)	2		1	1	4	3.1	1名機能訓練指導員兼務
看護職員(派遣)					0		
介護職員(直接雇用)	6		11		17	12.6	
介護職員(派遣)					0		
機能訓練指導員				1	1	0.1	1名看護職員兼務
徘徊作成担当者	1				1	1.0	
栄養士					0		
調理員			5	1	6		
事務員					0		
その他従業者					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		備考
	専従	非専従	専従	非専従	合計	常勤換算	
社会福祉士					0		
介護福祉士	5		8		13	10.1	
実務者研修の修了者	1		1		2	1.8	
介護職員初任者研修の修了者				1	1	0.7	
介護支援専門員					0		
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	1	0.0	
機能訓練指導員の資格							
職種	実人数		常勤		非常勤		備考
	専従	非専従	専従	非専従	合計	常勤換算	
看護師又は准看護師					1	0.1	
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		
		夜勤	17:00 ~ 翌9:30	人	2人		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					2.10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増設、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)	2.10 : 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(二股型(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（翌月に記した記入日現在）										
管理者	他の職種との兼務				業務に係る資格等		業務する職種		資格等の名称	
	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	3	5						
前年度1年間の退職者数	0	1	4	9						
就業に 応じて 従事し た最長 の経 験年 数年	1年未満	1	1	2	4			1		
	1年以上 3年未満	1	1	3	2			1		
	3年以上 5年未満			1	1					
	5年以上 10年未満				4	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

当住宅では、入居者様に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また、関係区市町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供機関等と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。なお、医療機関と連携する場合にも、入居者様は連携先以外のサービス事業者のサービス（医療サービス等）を自由に選択することができます。

介護保険対象サービスの種類・提供方法等

サービスの種別	提供方法	提供者
状況把握（安否確認）	・毎日、午前9時頃に各住戸に職員がお伺いし、安否の確認を行います。 ・毎食事時に状況を確認します。 ・就寝前に在室状況を確認します。 ・上記以外の時間帯も、日中及び夜間の巡回により、入居者様（ご家族様）とご相談のうえ、入居者様の身体状況に合った頻度で安否確認を必要に応じて行います。	自ら実施
生活相談	・当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談にのります。	自ら実施
緊急時対応	・日中・夜間とも、各居室のベッドサイド、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またはスタッフ室、及び住宅職員が所持しているPHSにて通報を受信のうえ、住宅職員が駆けつけ必要対応を行います。 ・入居中に病状の急変などがあった場合は、速やかに入居者様の主治医または当事業所の協力医療機関に連絡し、必要な措置を講ずるほか、緊急時連絡先となっているご家族様にも速やかに連絡をします。	自ら実施
食事介助	・食事は出来るだけ食堂で摂っていただけるよう配慮します。介助が必要な方には、食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回、入浴又は清拭を行います。	自ら実施
排せつ介助	・入居者様の状況に応じた適切な排せつの介助、排せつの自立に向けた援助を行います。 ・オムロンを使用する方に対しては、適切な頻度で交換します。	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	・サービス計画に沿って、居室内の清掃・洗濯・シーツ交換を、週1回程度行います。 ・専門のクリーニング業者を利用する場合は別途自己負担となります。	自ら実施
健康管理	・看護職員により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認、必要に応じて医師や医療機関への連絡、必要な処置等を行います。 ・年1回、協力医療機関において定期健康診断を実施します。 ・看護職員により、健康相談をお受けします。	自ら実施
服薬管理	・ご自身の薬の管理や服薬が困難な方につきましては、薬の管理や服薬介助を行います。	自ら実施
金銭管理	・ホームでお預かりいたしません。 ・ご本人様やご家族様において金銭管理が困難な場合は、成年後見制度や、地域福祉権利擁護事業（金銭管理サービス）等のご利用をご案内いたします。	

住宅で対応できる医療的ケアの内容

・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関の調整等）。
・在宅医療については個別に相談のうえ、入居可能か判断し決定します。

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種別

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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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
進院・退院時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 <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"/> 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
介護職員等ベースアップ等支援加算加算	<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・看護職員の配置等)	: 1
食事の提供サービス	・栄養士の献立による食事の提供をします。 ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額49,800円(30日の場合)〔朝食334円、昼食604円、夕食604円、間食118円(8%消費税)〕 ※消費税率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・昼食・間食・夕食の費用が軽減税率の対象となります。 ・朝食は午前8時～9時 昼食は午後0時～1時 夕食は午後6時～7時 おやつは午後3時～4時 1階の食堂で提供します。居座へ配食することもできます(別途有料)。 ・キャンセル・変更等は提供される日の前々日午前9時までにお届けください。前々日午前9時までにお届けいただいたキャンセルの場合や、予期せぬご入院の場合などキャンセルの申し出が不可能であった場合については、食事代の計算は喫食数での計算となりますが、それ以降のお届けまたは無届けの場合は、一日単位の食費計算とさせていただきます。 ・食事は、本住宅の厨房で調理いたします。		自ら実施
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
個別的な外出介助	あり		
個別的な買物等の代行	あり		
週3回以上の入浴介助	あり		

医療機関との連携・協力
(入居者様は、運賃・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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
※複数選択可			
協力医療機関	医療機関1	名称	医療法人社団回春会 西立川クリニック
		所在地	〒190-0013 東京都立川市富士見町1-33-3 住宅からの距離：約6.1km
		診療科目	内科
	医療機関2	名称	医療法人元気会 わかさクリニック
		所在地	〒359-1151 埼玉県所沢市若狭4-2468-31 住宅からの距離：約11km
		診療科目	整形外科・内科・外科・皮膚科等
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団高輪会 わかさ歯科医院	
	所在地	〒190-0001 東京都立川市若葉町4-1-1 住宅からの距離：約6.7km	
	診療科目	歯科	
協力内容		診療(通院、訪問診療、往診等)、治療、健康相談、他医療機関への紹介、その他の医療サービス	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式	<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 <small>※前払金は、計画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。</small>			
	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
	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"/> 保証契約を行う保証会社等の名称 <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:)				

<table border="1"> <tr> <td>金額</td> <td>0円</td> <td>家賃の</td> <td>0か月分</td> <td>※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。</td> </tr> </table>		金額	0円	家賃の	0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。	<p align="center">算定根拠</p>																																																																																																																																																																																																																			
金額	0円	家賃の	0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。																																																																																																																																																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td>家賃</td> <td>65,000円 消費税非課税</td> <td colspan="3">サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他経費より月額家賃相当額を算出しています。</td> </tr> <tr> <td>共益費</td> <td>33,000円 消費税非課税</td> <td colspan="3"> 1. 住戸部分の上・下水道代、食費・居間、浴室等の共同利用設備部分及びエレベーター、階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上・下水道使用料、清掃費等 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ※ 各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事務所等管理部門で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。 </td> </tr> </table>		家賃	65,000円 消費税非課税	サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他経費より月額家賃相当額を算出しています。			共益費	33,000円 消費税非課税	1. 住戸部分の上・下水道代、食費・居間、浴室等の共同利用設備部分及びエレベーター、階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上・下水道使用料、清掃費等 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ※ 各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事務所等管理部門で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。			<p align="center">算定根拠</p>																																																																																																																																																																																																														
家賃	65,000円 消費税非課税	サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他経費より月額家賃相当額を算出しています。																																																																																																																																																																																																																								
共益費	33,000円 消費税非課税	1. 住戸部分の上・下水道代、食費・居間、浴室等の共同利用設備部分及びエレベーター、階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上・下水道使用料、清掃費等 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ※ 各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事務所等管理部門で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>介護費用 (介護保険)</td> <td>1ヶ月</td> <td>30日の場合</td> <td>※地域単価</td> <td>10.27円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※給付率</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1割負担の場合)</td> <td></td> <td>(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%)</td> </tr> </table>	介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30日の場合	※地域単価	10.27円				※給付率	90%			(1割負担の場合)		(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%)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基本単位 a</th> <th>加算 b</th> <th>処遇改善加算 c</th> <th>総単位数 d=a+b+c</th> <th>月額費用(円) e=d×10.27</th> <th>保険請求額(円) f=e×90%</th> <th>自己負担額(円) g=e-f</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>要支援1</td><td>5,460</td><td>80</td><td>603</td><td>6,143</td><td>63,088</td><td>56,779</td><td>6,309</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>9,330</td><td>80</td><td>1,026</td><td>10,436</td><td>107,177</td><td>96,459</td><td>10,718</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>16,140</td><td>80</td><td>1,768</td><td>17,988</td><td>184,736</td><td>166,262</td><td>18,474</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>18,120</td><td>80</td><td>1,983</td><td>20,183</td><td>207,279</td><td>186,551</td><td>20,728</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>20,220</td><td>80</td><td>2,214</td><td>22,514</td><td>231,218</td><td>208,096</td><td>23,122</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>22,140</td><td>80</td><td>2,422</td><td>24,642</td><td>253,073</td><td>227,765</td><td>25,308</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>24,210</td><td>80</td><td>2,647</td><td>26,937</td><td>276,642</td><td>248,977</td><td>27,665</td></tr> <tr><td>個別機能訓練加算</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>夜間看護体制加算(10単位/日)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td>※要介護者のみ</td><td></td></tr> <tr><td>医療機関連携加算(80単位/月)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td>※対象者のみ</td><td></td></tr> <tr><td>要介護者加算(72~1,780単位/日)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td>※対象者のみ</td><td></td></tr> <tr><td>入居継続支援加算</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>生活機能向上連携加算</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>障害性認知症高齢者介護加算(150単位/日)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td>※対象者のみ</td><td></td></tr> <tr><td>ADL維持等加算</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>昼夜的介護体制加算(40単位/月)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>口腔衛生管理体制加算(30単位/月)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>口腔・栄養・口腔ケア加算(20単位/日)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td>※対象者のみ</td><td></td></tr> <tr><td>通院・通所連携加算(30単位/日)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td><td></td><td></td><td>※要介護者のみ、対象者のみ</td><td></td></tr> <tr><td>認知症専門ケア加算</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅲ)</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>介護職員処遇改善加算</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅱ) <input type="checkbox"/>あり(Ⅲ)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>介護職員等特定処遇改善加算</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>あり(Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/>あり(Ⅱ)</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> <tr><td>介護職員等ベースアップ等 支援加算</td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/>あり</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>※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)。</p>				基本単位 a	加算 b	処遇改善加算 c	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d×10.27	保険請求額(円) f=e×90%	自己負担額(円) g=e-f	要支援1	5,460	80	603	6,143	63,088	56,779	6,309	要支援2	9,330	80	1,026	10,436	107,177	96,459	10,718	要介護1	16,140	80	1,768	17,988	184,736	166,262	18,474	要介護2	18,120	80	1,983	20,183	207,279	186,551	20,728	要介護3	20,220	80	2,214	22,514	231,218	208,096	23,122	要介護4	22,140	80	2,422	24,642	253,073	227,765	25,308	要介護5	24,210	80	2,647	26,937	276,642	248,977	27,665	個別機能訓練加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし		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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※対象者のみ		要介護者加算(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(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし		生活機能向上連携加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし		障害性認知症高齢者介護加算(150単位/日)			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※対象者のみ		ADL維持等加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし		昼夜的介護体制加算(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・口腔ケア加算(20単位/日)			<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			※対象者のみ		通院・通所連携加算(30単位/日)			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし		サービス提供体制強化加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅲ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし		介護職員処遇改善加算			<input checked="" type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ) <input type="checkbox"/> あり(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(Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> あり(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	
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30日の場合	※地域単価	10.27円																																																																																																																																																																																																																						
			※給付率	90%																																																																																																																																																																																																																						
		(1割負担の場合)		(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 a	加算 b	処遇改善加算 c	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d×10.27	保険請求額(円) f=e×90%	自己負担額(円) g=e-f																																																																																																																																																																																																																			
要支援1	5,460	80	603	6,143	63,088	56,779	6,309																																																																																																																																																																																																																			
要支援2	9,330	80	1,026	10,436	107,177	96,459	10,718																																																																																																																																																																																																																			
要介護1	16,140	80	1,768	17,988	184,736	166,262	18,474																																																																																																																																																																																																																			
要介護2	18,120	80	1,983	20,183	207,279	186,551	20,728																																																																																																																																																																																																																			
要介護3	20,220	80	2,214	22,514	231,218	208,096	23,122																																																																																																																																																																																																																			
要介護4	22,140	80	2,422	24,642	253,073	227,765	25,308																																																																																																																																																																																																																			
要介護5	24,210	80	2,647	26,937	276,642	248,977	27,665																																																																																																																																																																																																																			
個別機能訓練加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																				
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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																				
要介護者加算(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(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																				
生活機能向上連携加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																				
障害性認知症高齢者介護加算(150単位/日)			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																				
ADL維持等加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																				
昼夜的介護体制加算(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・口腔ケア加算(20単位/日)			<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			※対象者のみ																																																																																																																																																																																																																				
通院・通所連携加算(30単位/日)			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																				
サービス提供体制強化加算			<input type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅲ)			<input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																																																																				
介護職員処遇改善加算			<input checked="" type="checkbox"/> あり(Ⅰ) <input type="checkbox"/> あり(Ⅱ) <input type="checkbox"/> あり(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(Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> あり(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																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1"> <tr> <td>(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用</td> <td>円</td> <td><input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</td> </tr> </table>	(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	<p>算定根拠:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり ・個別的外出介助、個別の買物等代行、週3回以上の入浴介助等 																																																																																																																																																																																																																						
(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																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>(介護保険外) 利用者の個別の選択による介護サービス費用</td> <td>円</td> <td>別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり</td> </tr> </table>	(介護保険外) 利用者の個別の選択による介護サービス費用	円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	<p>朝食334円、昼食604円、夕食604円、間食118円(8%消費税込) ※当住宅では朝食・昼食・間食・夕食の費用が軽減税率の対象となります。 1日当たり1,650円×30日で計算</p> <p>キャンセルする場合の取扱: キャンセル・変更等は提供される日の前々日午前9時までにお届けください。前々日午前9時までにお届けいただいたキャンセルの場合や、予期せぬご入院の場合などキャンセルの申し出が不可能であった場合については、食事代の計算は喫食数での計算となりますが、それ以降のお届けまたは無届けの場合は、一日単位の食費計算とさせていただきます。</p>																																																																																																																																																																																																																						
(介護保険外) 利用者の個別の選択による介護サービス費用	円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>食費</td> <td>49,800円</td> <td>内訳: 本体価格46,200円 8%消費税3,600円</td> </tr> </table>	食費	49,800円	内訳: 本体価格46,200円 8%消費税3,600円	<table border="1"> <tr> <td>光熱水費</td> <td>(住戸電気代実費) 円 消費税対象外</td> <td>住戸部分の上下水道代は共益費に含まれます。住戸部分の電気代は、住戸ごとの電力使用量に基づき、別途お支払いいただくため、共益費には含まれておりません。(メーター管理により実費)</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>円</td> <td>別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>147,800円</td> <td>+要介護度に応じた介護保険の自己負担分+住戸電気代+保険外オプション料金</td> </tr> </table>			光熱水費	(住戸電気代実費) 円 消費税対象外	住戸部分の上下水道代は共益費に含まれます。住戸部分の電気代は、住戸ごとの電力使用量に基づき、別途お支払いいただくため、共益費には含まれておりません。(メーター管理により実費)	その他	円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	合計	147,800円	+要介護度に応じた介護保険の自己負担分+住戸電気代+保険外オプション料金																																																																																																																																																																																																											
食費	49,800円	内訳: 本体価格46,200円 8%消費税3,600円																																																																																																																																																																																																																								
光熱水費	(住戸電気代実費) 円 消費税対象外	住戸部分の上下水道代は共益費に含まれます。住戸部分の電気代は、住戸ごとの電力使用量に基づき、別途お支払いいただくため、共益費には含まれておりません。(メーター管理により実費)																																																																																																																																																																																																																								
その他	円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり																																																																																																																																																																																																																								
合計	147,800円	+要介護度に応じた介護保険の自己負担分+住戸電気代+保険外オプション料金																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>支払日・支払方法</td> <td>支払日: 毎月27日</td> <td>支払方法: 毎月10日に請求書を発行し、27日にご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます。 27日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日に引き落としをさせていただきます。</td> </tr> </table>	支払日・支払方法	支払日: 毎月27日	支払方法: 毎月10日に請求書を発行し、27日にご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます。 27日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日に引き落としをさせていただきます。																																																																																																																																																																																																																							
支払日・支払方法	支払日: 毎月27日	支払方法: 毎月10日に請求書を発行し、27日にご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます。 27日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日に引き落としをさせていただきます。																																																																																																																																																																																																																								

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱いは、
 ・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しません)。

料金改定の条件及び手続き
 介護保険法等の改正、利用者の要介護度の変更その他の理由により、介護保険対象サービスの費用として支払う利用料金に変更があった場合には、変更後の利用料金を入居者様にご請求いたします。
 介護保険給付対象外サービスの費用として支払う利用料金について、消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合において料金を改定する際は、入居者様、入居者様の代理人または入居者様のご家族等との関係者に対して、あらかじめ通知のうえ、運営相談会の意見を聴いたうえで重要事項説明書を用いて十分に説明し、同意を得ることとします。

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1	要介護3
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	90歳
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡
	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		169,274円	173,922円
サービス費用 (介護保険外)	家賃	65,000円	65,000円
	共益費	33,000円	33,000円
	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	18,474円	23,122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	49,800円	49,800円
	光熱水費	3,000円	3,000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)		85.7歳			入居者数合計 33人					
		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	年齢/介護度									
	65歳未満									
	66歳以上75歳未満				1					
	76歳以上85歳未満		2		1	3	3	2		
	85歳以上				4	5	6	6		
合計		0	2	0	6	8	9	8	0	
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	5	4	19	5			33		
男女別入居者数		男性: 11人			女性: 22人					
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		91.6% (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			11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			
		介護老人福祉施設(特養等)へ転居			2	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)			7	
		介護療養型医療施設へ転居				死亡			1	
有料老人ホーム(サ付き除く)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) プラチナ・シニアホーム武蔵村山 苦情受付担当者: 管理者 鈴木 陸 苦情解決責任者: 管理者 鈴木 陸
電話番号	042-520-3773
対応している時間	平日 9時00分 ~ 18時00分
	土曜 9時00分 ~ 18時00分
	日曜 9時00分 ~ 18時00分
	祝日 9時00分 ~ 18時00分
定休日	なし 担当者が不在のときは、他の職員が誰でも対応できるようにするとともに、必ず担当者に引き継ぐようにいたします。
窓口の名称	(法人) 株式会社レイクス21 苦情相談窓口
電話番号	03-5208-1601
対応している時間	平日 9時00分 ~ 18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・日・祝日、年末年始 (12/30~1/4)
窓口の名称	(区市町村) 武蔵村山市高齢福祉課(市民総合センター内)
電話番号	042-590-1233
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・日・祝日、年末年始 (12/29~1/3)
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会介護相談窓口担当係
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・日・祝日、年末年始 (12/29~1/3)
窓口の名称	
電話番号	
対応している時間	平日 時 分 ~ 時 分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	
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>・本契約に基づき、介護サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等）を行います。</p> <p>・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、東京都住宅政策本部、東京都福祉局、区市町村に報告します。</p> <p>・入居者様に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。</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株式会社 事業活動包括保険) <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の留意事項

<p>外出・帰宅・訪問等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出・帰宅及びご家族様の来訪等の時間制限はなく、24時間いつでも可能です。正面玄関の自動ドアは、オートロックとなっており、外出・帰宅及びご家族様の訪問時は、職員がドアの開閉を行いますので、インターホン等でお知らせください。 ・長期外泊時は、管理者へご連絡ください。 																																														
<p>共用設備の利用について</p> <table border="1"> <tr> <td>浴室</td> <td>共用浴室の利用時間は事前にお知らせします。</td> </tr> <tr> <td>食 堂、リビング</td> <td>いつでも、他の入居者様やご家族様との歓談等にご使用ください。</td> </tr> <tr> <td>共用キッチン</td> <td>共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。</td> </tr> </table>				浴室	共用浴室の利用時間は事前にお知らせします。	食 堂、リビング	いつでも、他の入居者様やご家族様との歓談等にご使用ください。	共用キッチン	共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。																																					
浴室	共用浴室の利用時間は事前にお知らせします。																																													
食 堂、リビング	いつでも、他の入居者様やご家族様との歓談等にご使用ください。																																													
共用キッチン	共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。																																													
<p>やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者様又は他の入居者様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、身体的拘束等はいりません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者様又は他の入居者様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、④身体的拘束等を行う場合は、「切迫性」「非代替性」「一時性」について事業所内で検討し、入居者様又はご家族様に身体拘束の内容、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。 ・身体的拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者様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。 																																														
<p>入居希望者への事前の情報開示</p> <table border="1"> <tr> <td>入居契約書のひな形</td> <td> <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 </td> <td> 財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載) </td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td>管理規程 (※要事項説明書)</td> <td> <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 </td> <td> 財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載) </td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td>事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)</td> <td> <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 </td> <td> その他 () </td> <td> <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 </td> </tr> </table>				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 (※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																															
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 (※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																																											
<p>その他</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等</td> <td>管理の方式</td> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 </td> </tr> <tr> <td>委託する業務の内容 (契約事項)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>管理業務の委託先</td> <td> 商号・名称又は氏名 フリガナ </td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所 (事務所所在地)</td> <td colspan="2">〒</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">修繕計画</td> <td>計画年度の有無</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし </td> </tr> <tr> <td>大規模修繕の計画年度</td> <td colspan="2">月頃実施予定</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">運営懇談会</td> <td></td> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度: 年 2 回) (開催内容等) 本住宅に招集 事業報告 行事・レクリエーション報告 事故・苦情等報告 他 </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容) </td> </tr> <tr> <td>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</td> <td></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 </td> </tr> <tr> <td>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</td> <td></td> <td>実施日</td> <td>結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>第三者による評価の実施状況</td> <td></td> <td>実施日</td> <td>実施機関の名称</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td colspan="3"> 高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び東京都高齢者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いたします。在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。 </td> </tr> </table>				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	計画年度の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		大規模修繕の計画年度	月頃実施予定		運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度: 年 2 回) (開催内容等) 本住宅に招集 事業報告 行事・レクリエーション報告 事故・苦情等報告 他			<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 checked="" 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		実施日	結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	第三者による評価の実施状況		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東京都高齢者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いたします。在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。		
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	計画年度の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし																																												
	大規模修繕の計画年度	月頃実施予定																																												
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度: 年 2 回) (開催内容等) 本住宅に招集 事業報告 行事・レクリエーション報告 事故・苦情等報告 他																																												
		<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 checked="" 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		実施日	結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし																																											
第三者による評価の実施状況		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東京都高齢者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いたします。在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。																																													

当事業者は、入居者様に対して、建物賃貸借契約書、(介護予防)特定施設入居者生活介護契約書及び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 重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

説明年月日 年 月 日

事業者 所在地 東京都千代田区大手町一丁目5番1号
名称 株式会社レイクス21
代表者 代表取締役 池 俊明

事業所 所在地 東京都武蔵村山市伊奈平5丁目16番1
名称 プラチナ・シニアホーム武蔵村山
説明者

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

同意及び確認年月日 年 月 日

入居者 住所 _____
氏名 _____

署名代行者 下記の理由により、入居者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。
(又は代理人) 署名代行理由：
[_____]

本人との続柄 住所 _____
《 》
氏名 _____

身元引受人
本人との続柄 住所 _____
《 》
氏名 _____

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
いけ としあき 池 俊明	代表取締役
かとう ゆうき 加藤 裕貴	取締役
きむら せいいち 木村 清一	取締役
きむら かずよし 木村 一義	取締役
てらじま とおる 寺嶋 徹	監査役
にしぎき しゅうじ 西崎 修治	社外監査役
なんとう ゆうすけ 南東 雄介	社外監査役

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	プラチナ・訪問介護ステーション足立竹ノ塚	東京都足立区西伊興4-1-1
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	無し			
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	7	プラチナ・シニアホーム高島平	東京都板橋区新河岸3-11-11
福祉用具貸与	有り	1	プラチナハウス練馬店	東京都練馬区貫井2-11-6-101
特定福祉用具販売	有り	1	プラチナハウス練馬店	東京都練馬区貫井2-11-6-101
< 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	無し			
居宅介護支援	無し			
< 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	無し			
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	4	プラチナ・シニアホーム東大和	東京都東大和市清水6-1105-1
介護予防福祉用具貸与	有り	1	プラチナハウス練馬店	東京都練馬区貫井2-11-6-101
特定介護予防福祉用具販売	有り	1	プラチナハウス練馬店	東京都練馬区貫井2-11-6-101
< 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 >				
住宅の管理者名(役職名)	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			

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前9時頃に各住戸に職員がお伺いし、安否の確認を行います。 ・毎食事に状況を確認します。 ・就寝前に在室状況を確認します。 ・上記以外の時間帯も、日中及び夜間の巡回により、入居者様(ご家族様)とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で安否確認を必要に応じて行います。 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前9時頃に各住戸に職員がお伺いし、安否の確認を行います。 ・毎食事に状況を確認します。 ・就寝前に在室状況を確認します。 ・上記以外の時間帯も、日中及び夜間の巡回により、入居者様(ご家族様)とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で安否確認を必要に応じて行います。 	—
・巡回 日中	<p>■ 9:00～18:00</p> 入居者様(ご家族様)とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で必要に応じて実施します。	—	<p>■ 9:00～18:00</p> 入居者様(ご家族様)とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で必要に応じて実施します。	—
・巡回 夜間	<p>■ 18:00～9:00</p> 入居者様(ご家族様)とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で必要に応じて実施します。	—	<p>■ 18:00～9:00</p> 入居者様(ご家族様)とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で必要に応じて実施します。	—
生活相談	9:00～18:00 随時	—	■随時	—
緊急時対応	24時間対応	—	■	—
オンコール対応	随時	—	■	—
<介護サービス>				
食事介助	—	1食につき 550円 (本体価格500円) 消費税10% 50円)	■	—
排泄介助	—	15分 550円 (本体価格500円) 消費税10% 50円)	■	—
おむつ交換	—	15分 550円 (本体価格500円) 消費税10% 50円)	■	—
おむつ代	—	購入店に対し 実費負担	—	購入店に対し 実費負担
入浴(一般浴)介助	—	1回2,750円 (本体価格2,500円) 消費税10% 250円) 職員2名対応 1回5,500円 (本体価格5,000円) 消費税10%500円)	■ (週2回)	1回2,750円 (週3回目から) (本体価格2,500円) 消費税10% 250円) 職員2名対応 1回5,500円 (本体価格5,000円) 消費税10%500円)
清拭	—	1回 2,200円 (本体価格 2,000円) 消費税10% 200円)	■	—
特浴介助	—	1回2,750円 (週3回目から) (本体価格2,500円) 消費税10% 250円) 職員2名対応 1回5,500円 (週3回目から) (本体価格5,000円) 消費税10%500円)	■ (週2回)	1回2,750円 (週3回目から) (本体価格2,500円) 消費税10% 250円) 職員2名対応 1回5,500円 (週3回目から) (本体価格5,000円) 消費税10%500円)

介護サービス等の一覧表

サービス	区分	(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)
身辺介助					
・体位交換		—	1回 650円 (本体価格500円) 消費税10% 50円)	■	—
・居室からの移動		—	往復 825円 (本体価格750円) 消費税10% 75円)	■	—
・衣類の着脱		—	1回 825円 (本体価格750円) 消費税10% 75円)	■	—
・身だしなみ介助		—	1回 825円 (本体価格750円) 消費税10% 75円)	■	—
機能訓練		—	—	■	■
外出介助		—	個別に外出付き添い、介助を希望された場合 行政や金融機関等への同行を希望された場合 介護職員又は生活相談員1名を伴う同行 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行 10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)	—	個別に外出付き添い、介助を希望された場合 行政や金融機関等への同行を希望された場合 介護職員又は生活相談員1名を伴う同行 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行 10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)
通院介助 (協力医療機関)			介護職員又は生活相談員1名を伴う同行 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行 10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)	■	—
通院介助 (上記以外)			介護職員又は生活相談員1名を伴う同行 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行 10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)	—	介護職員又は生活相談員1名を伴う同行 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行 10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)

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を含むサービス	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)
<生活サービス>				
居室清掃	—	10分につき 550円 (本体価格500円) 消費税10% 50円)	■ 頻度は、ケアプランによります。 汚染時は随時	—
リネン交換	—	1回 825円 (本体価格750円) 消費税10% 75円)	■ 頻度は、ケアプランによります。 汚染時は随時	—
日常の洗濯	—	1回 1,100円 (本体価格1,000円) 消費税10% 100円)	■ 頻度は、ケアプランによります。 汚染時は随時	—
居室配膳・下膳	—	往復 550円 (本体価格500円) 消費税10% 50円)	■ (医療上・介護上の理由により居室配膳が必要と認められる場合)	入居者のご希望による場合 往復 550円 (本体価格 500円) 消費税10% 50円)
嗜好に応じた特別食	—	通常食との差額	—	通常食との差額
おやつ	—	1回 118円 (本体価格 110円 消費税8% 8円) ※消費税軽減税率適用	—	1回 118円 (本体価格 110円 消費税8% 8円) ※消費税軽減税率適用
理美容	—	理美容店に対し 実費負担	—	理美容店に対し 実費負担。
買物代行(通常の利用区域)	—	10分につき 385円 (本体価格 350円 消費税10%35円)	■ (ホームの目標として定めた 日時に実施する場合)	左記以外 10分につき 385円 (本体価格 350円 消費税10%35円) (重量品・遠隔地への代行 は別途ご相談となります)
買物代行(上記以外の区域)	—	10分につき 385円 (本体価格 350円 消費税10%35円) (個別にご相談のうえ実施可 能か検討し決定します)	—	10分につき 385円 (本体価格 350円 消費税10%35円) (個別にご相談のうえ実施可 能か検討し決定します)
役所手続き代行	—	10分につき 385円 (本体価格 350円 消費税10%35円) (※委任状が必要となりま す。職員では代行できないも のがあります)	■ ご依頼により、介護保険サー ビスに関する申請、請求代行 等を行います。	10分につき 385円 (本体価格 350円 消費税10%35円) 介護保険サービス関係以外 の市役所などでの書類申 請・交付に必要な手続きの 代行サービス (※委任状が必要となりま す。職員では代行できないも のがあります)

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)
<健康管理サービス>				
定期健康診断	1年に1回機会を提供。健康診断の機会の確保については、生活支援サービスとして実施し、基本料金に含みます。	健康診断を受診した場合は、医療機関に対し実費負担となります。	— (1年に1回機会を提供。健康診断の機会の確保については、特定施設入居者生活介護サービスとして実施し、介護保険の自己負担に含みます。)	健康診断を受診した場合は、医療機関に対し実費負担となります。
健康相談	随時	—	■	—
生活指導・栄養指導	—	—	■	—
住宅の管理者名(役職名)	—	1ヶ月 3,300円 (本体価格 3,000円 消費税10% 300円)	■	—
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	状況把握(巡回・安否確認)、緊急時対応、生活相談サービス、その他の生活支援サービスとして実施したサービスについては、実施内容の記録を行います。	—	■	—
医師の訪問診療	協力医療機関への受診取次、協力医療機関の往診の手配は、生活支援サービスとして実施し、基本料金に含みます。	医療機関・調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。	— (協力医療機関への受診取次、協力医療機関の往診の手配は、特定施設入居者生活介護サービスとして実施し、介護保険の自己負担に含みます。)	医療機関・調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。
医師の往診	協力医療機関への受診取次、協力医療機関の往診の手配は、生活支援サービスとして実施し、基本料金に含みます。	医療機関・調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。	— (協力医療機関への受診取次、協力医療機関の往診の手配は、特定施設入居者生活介護サービスとして実施し、介護保険の自己負担に含みます。)	医療機関・調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。

介護サービス等の一覧表

区分	(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)
サービス				
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	タクシー、移送事業者等の手配や予約取次は生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。	協力医療機関以外への通院の際、送迎介助のみ希望された場合。 行政や金融機関等への送迎介助を希望された場合。 冠婚葬祭、映画、音楽鑑賞や理美容、お見舞い、親族や知人宅訪問などの送迎介助サービス。 市内一律 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円)	■ (協力医療機関への通院の場合)	協力医療機関以外への通院の際、送迎介助のみ希望された場合。 行政や金融機関等への送迎介助を希望された場合。 冠婚葬祭、映画、音楽鑑賞や理美容、お見舞い、親族や知人宅訪問などの送迎介助サービス。 市内一律 10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円)
入退院時の同行(協力医療機関)	—	10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円)	■	—
入退院時の同行(上記以外)	—	介護職員又は生活相談員1名を伴う同行10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ実施可能か検討し決定します)	—	介護職員又は生活相談員1名を伴う同行10分につき 495円 (本体価格450円 消費税10% 45円) 看護職員1名を伴う同行10分につき 660円 (本体価格600円 消費税10% 60円) (個別にご相談のうえ実施可能か検討し決定します)
入院中の洗濯物交換・買物	—	— (ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は、必要に応じ無料で実施します)	—	— (ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は、必要に応じ無料で実施します)
入院中の見舞い訪問	—	— (ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は、必要に応じ無料で実施します)	—	— (ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は、必要に応じ無料で実施します)
<その他サービス>				
フロントサービス ① 来訪者の受付問い合わせ対応 ② 必要に応じ宅配便・郵便物の発送および受け取り ③ 各種情報のご案内 ④ タクシー・福祉サービス等の手配 ⑤ クリーニングの取次ぎ ⑥ 新聞手配の取次ぎ ⑦ 食事の注文等の取次ぎ ⑧ その他サービスの取次ぎ	生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。	—	■	—
アクティビティサービス ① 入居者様の交流活動支援(体操教室・手芸教室・映画鑑賞会等) ② 各種イベントの開催	生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。	材料費は、実費負担となります。	■	材料費は、実費負担となります。
立替金サービス	理美容代、医療費(通院費・薬代)、個人的に使用する品物の買い物代金など、ホームの利用料金に含まれない個人的な支出を、一旦ホームで立て替え、翌月にホームの利用料金と共に請求させていただきます。但し、入院保証金や入院費用など高額なものは立て替えができません。また、現金そのものをお貸しすることはできません。	無料	—	無料