

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 ユイマヘルハイジマ ゆいま〜る拝島 | | | | |
| 住宅の所在地 | 〒 197 - 0003 東京都福生市大字熊川1403-1 | | | | |
| 住宅へのアクセス | 最寄駅 | JR青梅 西武拝島 線 拝島 駅 | | | |
| | 交通手段と所要時間 | 徒歩 4分 | | | |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 | 042-513-6409 | | | |
| | FAX番号 | 042-513-6410 | | | |
| | ホームページアドレス | http://c-net.jp | | | |
| 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25年2月1日 から 令和25年1月31日 まで | | |
| | | 抵当権 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 敷地面積 | 1464.16 m ² | | |
| | 住宅(建物) | 所有関係 | <input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利 | | |
| | | 期間 | 平成25年2月1日 から 令和25年1月31日 まで | | |
| | | 抵当権 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 建築物用途区分 | 住宅 | 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 | 2,774 m ² | | うち、サ付き分 1,985 m ² | |
| | 併設施設 | 所有関係 | <input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利 | | |
| | | 期間 | 平成25年2月1日 から 令和25年1月31日 まで | | |
| | | 抵当権 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 自動更新 | <input 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 | | |
| 拝島デイサービスひかり | | 地域密着型通所介護 | <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 | |
| いろは診療所 | | 訪問診療 | <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 | | |
| | | <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） | 1374400735 号 | | | | |
| 指定した自治体名 | 東京都 | | | | |
| 指定年月日（初回） | 平成25年3月1日 | | | | |
| 指定有効期限 | 令和7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 | 役職名 | ハウス長（管理者） | | |
| 終身賃貸事業者の事業の認可 | <input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input type="checkbox"/> 認可を受けていない | | | | |
| 入居開始時期（住宅の開設年月日） | 平成25年3月2日 | | | | |

2. 事業主体

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|----------|
| 事業主体の名称 | フリガナ カブシキガイシャコミュニティネット 株式会社コミュニティネット | | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 206 - 0036 東京都多摩市中沢二丁目5番3号 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 03-6256-0574 | |
| | FAX番号 | 03-6256-0575 | |
| | ホームページアドレス | http://c-net.jp | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 須藤 康夫 | 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 | 平成10年6月24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 | 4階410号室 | 面積 | 35.17㎡ | 定員 | 2名 |
| 入居契約の別(入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨) | <input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 | | | | | |
| 入居者の資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族(「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。)) | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| <p>以下の場合、事業者から契約を解除することができます。</p> <p>①生活支援サービス費等の支払い義務違反した場合で、事業者が相当の期間を定めて催告したにも拘わらず、その期間内に義務が履行されないとき</p> <p>②入居者が近隣に著しい迷惑をかける行為、共同生活を乱す行為等を行った場合で、事業者が相当の期間を定めて催告してもその義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったとき</p> <p>③入居者が年齢を偽って入居資格を有することを認認させる、健康診断書に既往症の事実を省くなど虚偽の申告又は不正の行為によって住居に入居したとき</p> | | | | | | |
| 事業者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 | 入居契約書第26条に基づき、事業者主体が都知事の承認を受けた上で、入居者(賃借人)に対して少なくとも6个月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。 | | | | | |
| 解約予告期間 | 6か月 | | | | | |
| 利用者からの解約・予告期間・連絡先 | | | | | | |
| 借主は貸主に対して少なくとも1ヶ月前に書面にて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。 | | | | | | |
| 契約解約時の連絡先 | 名称 | ゆいま〜る拜島 ハウス長 | | | | |
| | 電話番号 | 042-513-6409 | | | | |

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) / 54人 | |
| 居住部分の規模 | (最小) | 29.55㎡ |
| | (最大) | 46.11㎡ |
| 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 階数 7階建 うち、サ付き分 1階の一部~6階 |
| 竣工の年月日 | 平成25年 1月 31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 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|----------------------------------|---|--|--|--|--|----|--|
| 介護居室 | | 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 | 2~3 | 1 | 36.4 m ² | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ2 | 2~6 | 1 | 35.17 m ² | 17 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ3 | 2~6 | 1 | 35.20 m ² | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ4 | 2~6 | 2 | 46.11 m ² | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ5 | 2~6 | 1 | 29.75 m ² | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ6 | 2~6 | 2 | 37.65 m ² | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ7 | 2~6 | 1 | 29.55 m ² | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ8 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ9 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| タイプ10 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 一時介護室 | | 階 | 定員 | 面積 | 戸数 | 備考 | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 便所 | 共同便所 | 1か所 | うち男女別 | 階 (か所) | | | | | | |
| | | | うち、男女共用 | 1階 (1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 | | | | | | | | |
| | 個別浴 | 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 | 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 | か所 | 場所 | 階 | | 面積 | m ² | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 ティアー浴 | | | | | | | |
| <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 type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| 食堂 | 場所 | 1階 | | 面積 | 57.17 m ² | | | | | |
| | 兼用 | <input checked="" 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 | | | | | | | | |
| 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 | 階 | | 面積 | m ² | | | | | |
| | 兼用 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | 可 | | | | |
| 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 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25年5月28日 | (福生消防署) | | | | | |
| | 防火管理者 | | | | | | | | | |
| | 避難訓練 | 消防署の指導のもと、年2回実施 (うち1回は夜間想定) | | | | | | | | |

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数

| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入) |
|------------|-----|----|-----|-----|-----|----|------|---------------------------|
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者 | | | 1 | | | 1 | 0.5 | 生活相談員兼務1名 |
| 生活相談員 | | | 1 | | 1 | 2 | 1 | 管理者1名、計画作成担当者1名兼務 |
| 看護職員(直接雇用) | | | | | | 0 | | |
| 看護職員(派遣) | | | | | | 0 | | |
| 介護職員(直接雇用) | | 5 | | 3 | 1 | 9 | 4.9 | 厨房業務兼務1名 |
| 介護職員(派遣) | | | | | | 0 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0 | | |
| 計画作成担当者 | | | 1 | | | 1 | | 生活相談員兼務1名 |
| 栄養士 | | | 1 | | 1 | 2 | | |
| 調理員 | | | | 7 | 1 | 8 | | |
| 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

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 | | | 1 | | | 1 | | |
| 介護福祉士 | | 4 | | 3 | | 7 | 3.7 | |
| 実務者研修の修了者 | | | | | | 0 | | |
| 介護職員初任者研修の修了者 | | 1 | | | 1 | 2 | 1.2 | |
| 介護支援専門員 | | | 1 | | | 1 | 0.6 | |
| たん吸引等研修(不特定) | | | | | 1 | 1 | 0.4 | |
| たん吸引等研修(特定) | | 2 | | 1 | | 3 | | |
| 資格なし | | | | | | 0 | | |

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

| 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 | 17:30 | ~ | 9:30 | | 人 | 1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

5.5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 | 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 | 日勤1人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | ケアサービスひかり |
| | 訪問看護事業所の名称 | ハハナ訪問看護リハビリステーション、草花クリニック訪問看護ステーション |
| | 訪問リハビリテーション事業所の名称 | あきる台病院 |

| | | |
|---------------------------|--------------|--|
| 供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要） | 通所介護事業所の名称 | 栢島デイサービスひかり・ふそうケアセンター こころっせ・あじさいリハビリテーション他 |
| | 訪問入浴事業所の名称 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし セイブケア |
| | 福祉用具貸与事業所の名称 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし プロトメディカルケア |

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 | | | | | |
| | 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 | 2 | | | | | 2 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 2 | | | | | 2 | | |
| 数業に 応じ 従事 した 事 職した 職 員 の 経 験 年 数 年 | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 2 | 2 | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 2 | 1 | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 2 | | 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 | <p>ゆいま〜栢島は「100年コミュニティ」の理念に基づき、地域社会の中にみずみずしい人間関係を生み出すことを目指しています。現代社会を取り巻く砂漠のような社会環境を、共生感あふれる理想のコミュニティへと作り変えるならば、年を重ねていくことは、すべての人にとって喜びと共に受け入れられるものになるでしょう。点と線でしか表現されていない現在の社会環境を乗り越え、地域社会のうちに親密な人間関係のネットワークを張り巡らし、その多面的な広がりの中でお互いが価値ある人間として自己表現できるような、そんなコミュニティを私たちは追及していきます。</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 |
|----------------|--|---------------------------------------|
| 特定施設サービスの立案・作成 | 利用者の心身状況、希望及び環境を踏まえて、利用者及び保証人、代理人、利用者の家族と介護従事者との協議の上、援助の目標及び当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した特定施設サービス計画書を作成いたします。 | 自ら（計画作成担当者） |
| 状況把握サービス | 毎日10時に安否確認を行う。※安否確認時に不在の場合はフロントまでお申し出ください。ご自分でできない方はフロントから逆コールにて確認させていただきます。 | 自ら（フロントスタッフ） |
| 生活相談サービス | 日常生活における、健康、人間関係等の心配事、困りごと等の相談 | 自ら（フロントスタッフ） |
| 緊急時対応サービス | 各住居部分に設置の緊急通報装置により、通報があった場合迅速に駆けつけ、状況確認を行い、救急車の手配、協力医療機関・家族への連絡等の対応を行う。 常駐する時間：日中午前9時～午後6時 2名 夜間午後5時30分～午前9時30分 1名 | 自ら（フロントスタッフ） |
| 食事介助 | 特定施設サービス計画に基づき提供します。 | 自ら、外部委託介護事業所（訪問介護・通所介護） |
| 入浴介助 | 特定施設サービス計画に基づき提供します。 | 外部委託介護事業所（通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問看護・訪問入浴） |
| 排泄介助 | 特定施設サービス計画に基づき提供します。 | 自ら、外部委託介護事業所（通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問看護） |
| 個室清掃・洗濯等家事援助 | 特定施設サービス計画に基づき提供します。 | 自ら、外部委託介護事業所（訪問介護） |
| 健康管理 | 特定施設サービス計画に基づき提供します。 | 自ら、外部委託介護事業所（通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問看護） |
| 服薬確認 | 特定施設サービス計画に基づき提供します。 | 自ら、外部委託介護事業所（通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問看護） |

住宅で対応できる医療的ケアの内容

| |
|--|
| <p>当住居では看護師がいない為、常時医療行為が必要な方への対応ができません。胃ろう・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理・在宅酸素等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。</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 checked="" type="checkbox"/> なし |
| 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 入居継続支援加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係） | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| ADL維持等加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 科学的介護推進体制加算 | <input 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 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 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・看護職員の配置率) | 6 : 1 |
| 食事の提供サービス | <ul style="list-style-type: none"> 朝食400円、昼食830円、夕食830円。形態別食1日3食（1セット）1,950円 治療食1日3食（1セット）2,260円（朝食のみ軽減税率対象） 形態別食：おかゆ、きざみ、ミキサー等の食事を提供 治療食：糖尿病、心臓食、肝臓食等の食事を提供 午前7時30分～午後8時（ラストオーダー午後7時30分） | | 直営 |
| 食事のサポート | 配下膳：介護保険対象外自宅療養時に実施（※1週間） ※配下膳の期間が1週間を超える場合、又自宅療養以外の場合に配下膳を希望される場合は別途料金（1回110円）にて行います。（有料サービスに記載） | | |
| 生活のサポート | <ul style="list-style-type: none"> フロントサービス：窓口開設 午前10時～午前12時、午後4時～午後5時30分 来訪者の取次ぎ、生活用品（食料等）・新聞・クリーニング・郵便物の預かり 入居前・入居後：①入居前の住戸の簡単な清掃②ガス、水道、電気等の開栓③緊急通報、他機器、地域情報の説明④転入の届け出等諸手続き同行⑤入居後、訪問による個別相談 日常生活のサポート：①電球の取り換え（電球代は実費）②家具の簡単な移動③高い所・重い物の移動等④工具を必要としない簡単な家具の組み立て 安全管理：防犯防火管理のため、夜間ハウス内を巡回 葬儀関係：葬儀業者の手配 ※サービスの申込方法：フロントに申してください。内容によっては当日対応できないことがあります。（入居前・入居後）「日常のサポート」については、2日前までに申し込みください。 | | |
| 健康管理のサポート | 健康管理：健康教室の開催、健康・病気への知識を深めるための講習会等を随時開催 ※医療機関と連携する場合にも、入居者は連携先以外のサービス業者のサービス（医療サービス）を自由に選択することができます。 | | |
| 治療へのサポート | 情報提供：医療機関、専門医の情報提供を行う。 入退院時：（ハウスから概ね片道20分以内）①入退院時の付き添い②入退院時事務手続き代行※予め入院日が決まっている場合には、入退院付添等について事前打ち合わせをさせていただきます。 入院中（ハウスから車で概ね20分以内）①入院中の必要な物のお届け（着替え、洗濯物、手紙等）②退院前の自宅清掃③植木の水やり 体調不良時（介護保険対象外自宅療養時）：自宅訪問による様子伺い（安否確認外の伺い） ※ハウスが作成した病院一覧表に記載された医療機関が対象になります。 ※上記サービスにかかる交通費に関しては実費負担となります。 | | |
| コミュニケーションサポート | 学び・趣味・イベント活動支援：入居者主体の各種活動の支援（内容：多世代との交流、生活や医療・介護等生活環境に関する学習の機会、文化的な活動）入居者の意向等を確認し、それぞれの内容に応じた講師等の選定や場所の提供を支援 部会等のサークル活動運営の補助：入居者によって自発的に組織された部会等のサークル活動運営の補助を行い、地域とのコミュニティ形成のサポートを行う ※参加費、材料費、交通費等は実費負担頂く場合があります。 | | |
| 地域コミュニティサポート | イベント運営のサポート地域交流支援：入居者主体によるイベントや地域との交流となるイベントの運営の補助を行います。※参加費等は実費負担頂く場合があります。 | | |
| その他利用者の個別的な選択によるサービス提供 | 個別的な外出解除 あり「介護サービス等一覧のとおり」 | | |

| | |
|-------------|-------------------|
| 個別的な買い物等の代行 | あり「介護サービス等一覧のとおり」 |
| 週3回以上の入浴介助 | なし |

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 | 医療法人社団 光輝会 ひかりクリニック |
| | | 所在地 | 東京都福生市本町95-3メディケア953 住宅からの距離：約 3.5* |
| | | 診療科目 | 内科、皮膚科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療、内科往診、他の医療機関への紹介 |
| | 医療機関 2 | 名称 | 医療法人社団 玲世会 いろは診療所 |
| | | 所在地 | 東京都福生市熊川1403-1 住宅からの距離：約 0* |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療契約者の往診・緊急対応 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人社団 東京昌栄会 もとえデンタルクリニック |
| | | 所在地 | 東京都羽村市神明台2-11-14 住宅からの距離：約 4.6* |
| | | 診療科目 | 歯科（訪問歯科診療、インプラント、審美歯科、予防歯科）事業所健診 |
| | | 協力内容 | 歯科診療、歯科往診、他の医療機関への紹介 |

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 checked="" type="checkbox"/> 選択方式 | | | | | | |
| | ※選択方式の場合： (該当する方式全て選択) <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 | (1ヶ月分の家賃×年齢別想定居住月数) (以下 A) + 想定居住月数を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する金額 (Aの20%) | | | | | |
| | (説明) | 月額単価の内容 | 家賃・共益費 | 家賃：91,000円～155,000円 共益費：10,000円 | | | |
| | | サービス提供の対価 | 前払なし | | | | |
| | 想定居住期間の算出根拠 | 厚生労働省発表の簡易生命表に基づき、平均余命を勘案した居住継続率を求め、入居年齢別の想定居住期間を設定しています。 | | | | | |
| | 支払日 | (支払期日を記入) | 支払方法 | 事業者の指定する銀行口座に振り込む。 | | | |
| | 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 | 返還金 = (1ヶ月分の家賃×年齢別想定居住月数) ÷ 入居者の年齢別想定居住月数×入居契約終了日から入居者の年齢別想定居住期間まで | | | |
| | 短期解約 (死亡退去含む) の返還金の算定方式 | 金額 | 円 | 期間 3か月 起算日 入居した日 | | | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> | 信託契約を行う信託会社等の名称 | ファースト信託株式会社 (平成 30年 5月までに入居契約を締結された方が対象です。) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 保証保険を行う保険会社の名称 | | | | |
| | | <input checked="" 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 2 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 | 円 | 近傍同種の家賃相場を参考に設定 | | | | | |
| 共益費 | 10,000 円 | 共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費 | | | | | |
| 介護費用 (介護保険) | 1ヶ月 30 日の場合 | ※地域単価 10.45 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 | 加算 | 処遇改善加算 | | | | |
| | b | a | e*(a/b)×加算率 小数点以下四捨五入 | | | | |
| | d | c | f | | | | |
| | d=a+b+c | | | | | | |
| | 月額費用 (円) | 保険請求額 (円) | 自己負担額 (円) | | | | |
| | g=d×給付率 小数点以下四捨五入 | f×e×給付率 小数点以下四捨五入 | g=e-f | | | | |
| 要支援1 | 1,680 | 660 | 192 | 2,532 | 26,459 | 23,813 | 2,646 |
| 要支援2 | 1,680 | 660 | 192 | 2,532 | 26,459 | 23,813 | 2,646 |
| 要介護1 | 2,490 | 660 | 258 | 3,408 | 35,613 | 32,051 | 3,562 |
| 要介護2 | 2,490 | 660 | 258 | 3,408 | 35,613 | 32,051 | 3,562 |
| 要介護3 | 2,490 | 660 | 258 | 3,408 | 35,613 | 32,051 | 3,562 |
| 要介護4 | 2,490 | 660 | 258 | 3,408 | 35,613 | 32,051 | 3,562 |
| 要介護5 | 2,490 | 660 | 258 | 3,408 | 35,613 | 32,051 | 3,562 |
| 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 | | <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 | | <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 | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| | ※加算 I ……100単位/日、加算 II ……200単位/日 | | | | | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 (120単位/日) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ※対象者のみ | | | | |
| 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 | | <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/回) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ※対象者のみ | | | | |

料金構造

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 退院・退所時連携加算 (30単位/日) | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | ※要介護者のみ、対象者のみ |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> I) <input type="checkbox"/> II) | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | ※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日 | |
| サービス提供体制強化加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> I) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> I) <input 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 | 円 | <input checked="" 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 | | | 別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり 「随時対応」を選択の場合11,000円※:常に介助が必要な方の排泄、移乗、移動介助などのケアプラン外の身体介護 ※2021年10月1日から22,000円に改定 |
| 食費 | 円 | | 朝食:400円 昼食及び夕食:830円 |
| | | | 形態別食(粥・刻み・ミキサー):1日3食1,950円 |
| | | | 治療食(糖尿食・心臓食・肝臓食):1日3食2,260円 |
| 光熱水費 | 円 | 個別の契約による | |
| その他 | 生活アシストサービス費 1人入居の場合(月額) 要支援 38,600円 要介護1~3 39,500円 要介護4~5 40,500円 | | 【2人入居の場合】 ①自立者と要支援1又は2の認定を受けている者での入居場合:56,600円/2人合わせて ただし自立者は基本サービス費11,000円を別途ご負担いただきます。 ②要支援1又は2の認定を受けている者2人での入居の場合:58,600円/2人合わせて ③要介護1~3の認定を受けている者2人での入居の場合:60,600円/2人合わせて ④要介護4又は5の認定を受けている者2人での入居の場合:62,600円・2人合わせて なお、2人入居の場合で要支援の認定を受けている者と要介護1~3の認定を受けている者の入居の場合、58,600円÷2+60,600円÷2=59,600円/2人合わせてと算出し、別の組み合わせの場合も同様に算出するものとします。 |
| 合計 | 円 | | |
| 支払日・支払方法 | 毎月15日に請求書をポストに投函。 月末28日(土日祝日の場合は翌営業日) | | |

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

家賃・生活支援サポート費・共益費に関しては、減額なし。

料金改定の条件及び手続き

介護保険法等の改定等により介護保険対象サービスの費用として支払う負担額に変更があった場合には、変更後の負担額を利用者に請求できるものとする。
介護保険対象外の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・入件費・または租税公課に変更が必要と認める時には、利用者及び利用者の代理人・家族に対して、運営懇談会に諮り、十分に説明し、同意を得たうえで実施するものとする。

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1 | | 要介護3 | |
| | 自己負担割合 | 1割 | | 1割 | |
| | 年齢 | 82歳 | | 86歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 35.17㎡ | | 29.55㎡ | |
| | 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 | 円 | | 円 | |
| | 敷金 | 220,000円 | | 180,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 円 | | 円 | |
| 家賃 | | 110,000円 | | 90,000円 | |
| 共益費 | | 10,000円 | | 10,000円 | |
| サービス費用 ※3 | 特定施設入居者生活介護の費用（※1） | 30日として1,695円 | | 30日として2,526円 | |
| | 上乗せ介護費用（※2） | 円 | | 円 | |
| | 介護費用（選択サービス） | 円 | | 10,000円 | |
| | 食費 | 61,800円 | | 61,800円 | |
| | 光熱水費 | 10,000円 | | 10,000円 | |
| | その他 | 38,500円 | | 39,500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 | | 80.8歳 | | | 入居者数合計 | | | | | 44人 | | | | | |
|------------------------|------------|------------------|-----------|----------|-----------|------------|----------------------------|------|---------------------|-----|--|-------|--|--|---|
| 介護度別・年齢別入居者数 | 年齢／介護度 | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | | | | |
| | 65歳未満 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| | 65歳以上75歳未満 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | | | |
| | 75歳以上85歳未満 | 8 | | 2 | 6 | 1 | | | | | | | | | |
| | 85歳以上 | 2 | 2 | 10 | 5 | | 1 | | | 2 | | | | | |
| 合計 | | 12 | 3 | 12 | 12 | 1 | 1 | | | | | | | | 2 |
| 入居継続期間別入居者数 | 入居期間 | 6か月未満 | 6か月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計 | | | | | | | |
| | 入居者数 | 2 | 3 | 18 | 20 | | | | | | | | | | |
| 男女別入居者数 | | 男性： 11人 | | | 女性： 32人 | | | | | | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | %（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 | | | | | 5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 | | | | | 1 | | 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 | | | 1 | | | |
| 有料老人ホーム（サ付き除く）への転居 | | | | | 3 | | その他 | | | | | | | | |

9. 苦情・事故等に関する体制

| 苦情に対応する窓口等の状況 | |
|--|--|
| 窓口の名称 | (住宅) ゆいま〜る拜島 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 042-513-6409 |
| 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 | なし |
| 窓口の名称 | (法人) 株式会社コミュニティネット 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-6256-0574 |
| 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 |
| 窓口の名称 | (区市町村) 東京都消費生活相談センター 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-3235-1155 |
| 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 時 分 ~ 時 分 |
| | 祝日 時 分 ~ 時 分 |
| 定休日 | 日祝日 |
| 窓口の名称 | 東京都国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 03-6238-0177 |
| 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 |
| 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 | 各サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体財産に損害が生じた場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には、賠償額を減じ若しくは賠償しないことがあります。 |
| 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: 福祉事業者総合賠償責任保険 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社) |
| <input type="checkbox"/> なし | |

10. その他の留意事項

| | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| 外出・帰宅・訪問等 | | | |
| 外出・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、夜間の外出の際及び外泊時は、事前にハウスタッフへご連絡ください。 | | | |
| 共用設備の利用について | | | |
| 食堂及び多目的室 | 多目的室を数人でご利用される場合、使用時間の目安を事前にお知らせください。 | | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き | | | |
| 「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の3つの要件を全て満たす状態であることを委員会で検討、確認します。緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむをえなかった理由を記録に残します。「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかはルールに従い、組織的判断を行います。利用者本人や家族に対して身体拘束の詳細の内容を説明し、理解を得るように努めます。「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察し、再検討し、要件に該当しなくなった場合は直ちに解除します。 | | | |
| 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 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 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 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 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 checked="" 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 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 checked="" 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) | | |
| | 前号・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 |
| | 大規模修繕の実施予定 | 2028年頃実施予定 | |
| | その他計画的な修繕予定 | | |
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 6 回) (開催内容等) ハウスの健全な運営、入居者相互の親睦、快適で心身ともに充実した生活実現のために、必要な事項について意見を交換する場であり、ハウスタッフ及び入居者全員より構成されるものとします。招集はハウス <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を把握する取組の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> あり 実施日 実施機関の名称 <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨 | 基本方針及び都の「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営します。 | | |

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 株式会社コミュニティネット

所在地 東京都多摩市中沢二丁目5番3号

代表者名 代表取締役 須藤 康夫

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 |
|--------------|-------|
| すどう やすお | 代表取締役 |
| 須藤 康夫 | |
| さとう ごう | 取締役 |
| 佐藤 剛 | |
| たまい はるこ | 取締役 |
| 玉井 美子 | |
| ありむら ひでゆき | 取締役 |
| 有村 秀幸 | |
| あんざわ よしつぐ | 取締役 |
| 安澤 嘉丞 | |
| なかい いちろう | 監査役 |
| 中井 一郎 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 | 備所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|-----|-----------|-------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 無し | | |
| 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 | 1 ゆいま〜る拝島 | 福生市熊川1403-1 |
| 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 | 有り | 2 ぐり〜んはあと | 日野市多摩平3-1-6 |
| 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 | 1 ゆいま〜る拝島 | 福生市熊川1403-1 |
| 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 | 有り | 2 ぐり〜んはあと | 日野市多摩平3-1-6 |
| 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 | | |

介護サービス等一覧表（自立者、要支援者、要介護者 共通）

| 介護サービス等内容 | サービス提供者 | 料金の有無 | | | |
|--------------------------|------------|----------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| | | 自立 | 要支援 | 要介護 | 有料サービス(消費税込) |
| 基本サービス | | | | | |
| ○状況把握 | | | | | |
| 毎日午前10時までに安否確認 | ハウスタッフ | 基本サービス費に含む | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ○生活相談 | ハウスタッフ | 基本サービス費に含む | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ○緊急時対応サービス | ハウスタッフ | 基本サービス費に含む | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ○ケアプラン策定 | ハウスタッフ | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| 生活アシストサービス | | | | | |
| ○生活のサポート | | | | | |
| ・フロントサービス | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・入居前・入居後 | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・日常生活のサポート | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・外部業者の取次ぎ | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・安全管理 | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・葬儀業者手配 | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・コピー、FAX | ハウスタッフ | | | | 白黒10円 カラー55円 FAX送信110円受信10円 |
| ・代行・同行(介護保険対象外) | ハウスタッフ | | | | 1,100円/30分 |
| ・家事(介護保険対象外) | 外部事業者 | | | | 2,750円/1時間 |
| ・家事援助(自宅療養時 介護保険対象外) | ハウスタッフ | | | | 550円/15分 |
| ・身体援助(自宅療養時 介護保険対象外) | ハウスタッフ | | | | 680円/15分 |
| ・随時対応 A | | | | | |
| ケアプランに位置付けた回数を超える場合 | ハウスタッフ | - | | | 680円/15分 |
| の身体介護(排泄、居室と食堂の移動) | | | | | |
| ・随時対応 B | | | | | |
| ケアプランに位置付けた回数を超える場合 | ハウスタッフ | - | | | 22,000円/月 |
| の身体介護(排泄、居室と食堂の移動) | | | | | |
| ・ゴミ出し | ハウスタッフ | | | | 55円/1回 |
| ・排泄介助(介護保険対象時) | 外部委託事業者 | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ・入浴介助等(介護保険対象時) | 外部委託事業者 | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ・身辺介助(介護保険対象時) | 外部委託事業者 | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ・家事援助(介護保険対象時) | 外部委託事業者 | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ・買い物代行(介護保険対象時・通常利用区域) | 外部委託事業者 | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ○食事のサポート | | | | | |
| ・配下膳(自宅療養時1週間以内・介護保険対象時) | ハウスタッフ | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | 生活アシストサービス費に含む | - |
| ・配下膳(自宅療養時1週間超・介護保険対象時) | ハウスタッフ | | | | 110円/1回 |
| ・配膳・下膳(介護保険対象時) | 外部委託事業者 | - | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | 介護保険負担割合証により1割・2割・3割負担 | - |
| ・食事 | 隣コミュニティネット | | | | 別紙記載 |
| ・特別食(形態別食) | 隣コミュニティネット | | | | 1,950円/3食 |

