

2026年2月1日

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

登録事業者兼貸主兼サービス提供事業者 株式会社東急イーライフデザインは、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等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)の規定に基づき、以下の事項について、借主に対し、書面を交付して説明します。なお、介護サービスを除く生活支援サービスの詳細については、生活支援サービス重要事項説明書により、別途説明します。

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 グランクレールハルミフラッグケアレジデンス グランクレールHARUMI FLAGケアレジデンス				
住宅の所在地		〒 104-0053 東京都中央区晴海五丁目3番4号				
住宅へのアクセス		最寄駅	都営大江戸線勝どき駅			
		交通手段と所要時間	勝どき駅より徒歩16分 その他 都営バス「はるみらい前」バス停より徒歩3分(約240m) 東京BRT「はるみらい」バス停より徒歩3分(約240m)□			
住宅の連絡先		電話番号	03-3520-9001			
		FAX番号	03-3520-9003			
		ホームページアドレス	https://www.grancreer.com/care/list/harumiflag-care/			
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期 間	2024年 1月 16日 から 2044年 1月 15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			
		敷地面積	15,083.11 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	2024年 1月 16日 から 2044年 1月 15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	共同建物	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	35,698.57 m ²	うち、サ付き分	15,083.11 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	2024年 1月 16日 から 2044年 1月 15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			
		施設名称	提供されるサービスの種類	事業所の場所		
		グランクレールHARUMI FLAGシニアレジデンス	サービス付き高齢者向け住宅	<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		
		<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)	1370202770					
指定した自治体名	東京都					
指定年月日(初回)	2024年 6月 1日					
指定有効期限	2030年 5月 31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(自立除く) <input 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 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	井上 裕 /	役職名	副支配人
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)	2024年 6月 1日			

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャトウキュウイーライフデザイン			
	株式会社東急イーライフデザイン			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 150-0043			
	東京都渋谷区道玄坂一丁目10番8号			
事業主体の連絡先	電話番号	03-6455-1236		
	FAX番号	03-6455-1156		
	ホームページアドレス	https://www.grancreeper.com/		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	鮎澤 英輔	役職名	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	2003年 3月 3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	㎡	定員	1名
入居契約の別(入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨)	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約				
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①乃至⑦に該当する者 ①入居時に満65歳以上であること ②要支援又は要介護認定を受けていること ③介護保険及び医療保険に加入していること ④常時医療機関において治療する必要がないこと ⑤他の入居者に感染する疾患がないこと ⑥自傷他害のおそれなく、かつ共同生活が営めること ⑦代理人、身元引受人及び返還金受取人を定めることができること				
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 終身		
	(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
更新		契約の有効期間満了日の7日前までに、入居者から書面による更新拒絶の申し出がない場合、更に6ヶ月間自動更新され、以後も同様とします。			
契約解除の内容					
<p>入居契約は次の場合に終了します。</p> ①入居者が死亡した場合 ②本物件の全部が、滅失その他の事由により、居住目的として使用できなくなった場合 ③入居契約に基づき入居契約が解除又は解約された場合					
事業主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)					
解約条項	①入居契約第16条に基づき、事業者が都道府県知事の承認を受けて、入居者に対して少なくとも6ヶ月前に解約の申入れを行うことにより、入居契約を解約することができます。 ②入居契約第17条に基づき、入居者が入居契約上の義務に違反した場合等に、90日の予告期間において入居契約を解除することができます。				
解約予告期間	①の場合6ヶ月。②の場合90日				

利用者からの解約・予告期間・連絡先

- 1 次のいずれかに該当する場合には、少なくとも1ヶ月前までに書面による解約の申入れを行うことにより、入居契約を解約することができます
- (1) 療養、老人ホームへの入所その他のやむを得ない事情により、本物件に居住するとが困難となった場合
 - (2) 親族と同居するため、本物件に居住する必要がなくなった場合
 - (3) 事業者が高齢者の居住の安定確保に関する法律第68条の規定による、命令に違反した場合
- 2 入居者は、上記1(1)(2)(3)に該当しない場合にあっては、少なくとも3ヶ月前に事業者の定める解約届を事業者に届けることにより、入居契約を解約することができます
- 3 上記1、2にかかわらず、入居日から3ヶ月が経過する日までの間、事業者の定める解約届を事業者に届けることにより、入居契約を解約することができます（前払方式の場合）

契約解約時の 連絡先	名 称	グランクレールHARUMI FLAGケアレジデンス
	電話番号	03-3520-9001

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	50 戸（登録申請対象戸数）		/		50 人	
居住部分の規模	(最小)	18.17 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	(最大)	20.57 m ²				
構造及び設備	共同利用設備 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	構 造	鉄筋コンクリート造	階 数	地上15階地下1階建て	うち、 サ付き分	地下1階から地上3階の一部
竣工の年月日	2023年 9月 30日					
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している					
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている					
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている					

設備の詳細

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備 考
		タイプ	2~3	1	m ²		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
介護居室	タイプ1	2~3	1	18.17 m ²	2	<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2	2~3	1	18.90 m ²	2	<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3	2~3	1	19.01 m ²	18	<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4	2~3	1	19.01 m ²	18	<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5	2~3	1	19.33 m ²	2	<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	2~3	1	19.72 m ²	2	<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	2~3	1	20.05 m ²	2	<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	2~3	1	20.21 m ²	2	<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	2~3	1	20.57 m ²	2	<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 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	7か所	うち、 男女別	階 (場所)					
			うち、 男女共用	1~3階 (7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		
	個浴	2か所	場所	2～3階	面積	7.20 m ²		
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ()		<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	大浴槽	1か所	場所	階	面積	m ²		
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし		
共同浴室	共同浴室における介護浴槽	4か所	場所	2～3階	面積	22.68 m ²		
<input type="checkbox"/> 1 チェア浴								
<input type="checkbox"/> 2 リフト浴								
<input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴								
<input 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	2・3階		面積	152.90 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 checked="" type="checkbox"/> なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
トレーニングルーム	場所	3階		面積	41.00 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 checked="" type="checkbox"/> あり (グランクレールHARUMI FLAG シニアレジデンス)		<input type="checkbox"/> なし				
その他の共用設備	ヘアサロン、健康管理室							
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					
	台数	2基	定員	15	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	消防署への届出日 (消防署名)		2026年 1月 21日 (臨港消防署)				
	防火管理者	井上 裕 (選任年月日 2026年2月 1日付)						
	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. 従業員の勤務体制

従業員の人数								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等(委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者	1	—	—	—	—	1	1.0	本物件シニアレジデンス兼務
生活相談員	—	2	—	—	—	2	1.0	介護職員兼務
看護職員(直接雇用)	6	—	3	—	—	9	6.5	本物件シニアレジデンス兼務
看護職員(派遣)	0	—	—	—	—	0	0.0	
介護職員(直接雇用)	17	—	1	—	—	18	17.0	生活相談員兼務
介護職員(派遣)	—	—	—	—	—	0	0.0	
機能訓練指導員	1	—	—	—	—	1	1.0	
計画作成担当者	1	—	—	—	—	1	1.0	

栄養士	2	—	—	—	2	1.0	併グリーンヘルスケアサービス委託、本物件シニアレジデンス兼務
調理員	3	—	—	—	3	1.5	併グリーンヘルスケアサービス委託、本物件シニアレジデンス兼務
事務員	—	—	—	—	0	0.0	
その他従業員	1	4	2	—	7	6.0	【常勤・専従】介護支援専門員1名 【常勤・非専従】副支配人1人、アシスタントマネージャー1名、経理1名、當繕1名（グランクレールHARUMI FLAGシニアレジデンス兼務） 【非常勤・専従】洗濯パート職員2人

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 39 時間

介護職員の資格

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
社会福祉士	—	—	—	—	—	0	0	
介護福祉士	13	—	—	—	—	13	13.0	
実務者研修の修了者	1	—	—	—	—	1	1.0	
介護職員初任者研修の修了者	2	—	—	—	—	2	2.0	
介護支援専門員	1	—	—	—	—	1	1	
たん吸引等研修（不特定）	—	—	—	—	—	0	0	
たん吸引等研修（特定）	—	—	—	—	—	0	0	
資格なし	2	—	—	—	—	2	2	

機能訓練指導員の資格

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
看護師又は准看護師	—	—	—	—	—	0	0	
理学療法士	1	—	—	—	—	1	1.0	
作業療法士	—	—	—	—	—	0	0	
言語聴覚士	—	—	—	—	—	0	0	
柔道整復師	—	—	—	—	—	0	0	
あん摩マッサージ指圧師	—	—	—	—	—	0	0	
はり師又はきゅう師	—	—	—	—	—	0	0	

管理者の資格

介護福祉士

夜勤・宿直体制	時間帯	平均人数		最少時人数		備考
		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
夜勤	16:30 ~ 9:30	1人	2人	0人	1人	※左記の時間帯については休憩時間を含みません
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 checked="" type="checkbox"/> 2 : 1 以上
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択	<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 3 : 1 以上
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）												
管理者		他の職種との兼務		□あり □なし		兼務する職種		本物件シニアレジデンス兼務				
		業務に係る資格等		□あり □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												
前年度1年間の退職者数												
業務に 応じ た従 事し た事 員た の経 験人 数年	1年未満	2		7		2						
	1年以上 3年未満	4	3	11			1		1			
	3年以上 5年未満											
	5年以上 10年未満											
	10年以上											
従業者の健康診断の実施状況		□あり □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>入居者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援することを目的とした、「特定施設入居者生活介護等利用契約書」に記載のサービス(以下「介護サービス」という。)を提供します。</p> <p>また、入居契約及び管理及びサービスに関する規程に従って本物件の管理運営を行い、良好な環境の保持に努めるとともに、入居者の快適で充実した生活の実現に努めます。</p> <p>入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。</p> <p>なお、入居者は、管理及びサービスに関する規程に定める健康管理サービスに限らず、自ら利用する医療サービスを自由に選択することができます。</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
状況把握・安否確認サービス	日中は10時と15時を目安として2回、夜間は22時、1時、4時を目安として3時間毎に訪問等により安否確認を行い、その他必要に応じて巡回を行います。 ※サービス提供に伴い、スタッフ等が立ち入ります。	自ら実施
生活相談サービス	生活に関する悩み等の日常生活相談を受け付けております。スタッフは、入居者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、必要に応じ外部業者の取次ぎ等を行います。 専門的な事項については、専門家を紹介します。	自ら実施
緊急時対応サービス (緊急通報システム)	緊急通報がなされた場合には24時間常駐のスタッフがスタッフルームで受信し対応致します。入居者が急に具合が悪くなった場合等に備えて、緊急呼出ボタンを以下の箇所に設置しています。 【住戸内】： トイレ、洋室 【共用部分】： 浴室、機械浴室、脱衣室、お手洗(共用トイレ) ※異常を感知した場合、スタッフ等が確認のために立ち入ります。	自ら実施
緊急対応サービス (緊急時の対応)	緊急時には、スタッフが容態を確認の上、タクシー又は救急車の手配等を行います。スタッフは、原則として、タクシー又は救急車に同乗し、ご家族が来るまでの間、付添いを行います。 ※同行に関わる往復の交通費は、実費を入居者にご負担頂きます(入居者がタクシーでの搬送を希望した場合のみ)。交通費の実費は事業者で立替払いし、後日入居者の口座より引き落とします。	自ら実施
緊急対応サービス(非常災害時の対応)	非常災害に対する具体的な計画を定め、非常災害時の関係機関への通報及び関係機関との連絡体制を整備しております。定期的に避難訓練等の活動を行い、非常災害時に備えております。	自ら実施
食事 (食事介助)	リビング・ダイニングや住戸において食事介助を行います。	自ら実施

排泄 (排泄介助)	入居者の状況に応じた適切な排泄介助を行います。排泄の自立に向けた援助を行います。	自ら実施
入浴等 (入浴介助)	週2回、入浴介助を行います。	自ら実施
機能訓練 (リハビリ)	機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、入居者毎の個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、週1回程度、計画的に機能訓練を行います。住戸内での訓練や集団リハビリの場合もあります。	自ら実施
通院時の 付添い	協力医療機関の指示に基づく協力医療機関への付添いを行います。	自ら実施
家事 (住戸清掃)	週4回、住戸の清掃を行います。バルコニーの引き戸及び小窓のガラス清掃は年2回 行います。 ※週5回目以降の住戸の清掃及び年3回目以降のガラス清掃は、管理及びサービスに 関する規程に定める有料の日常支援サービス③をご利用ください(介護保険給付 対象外)	自ら実施 (株)石井創堅 ※事業者より委託
家事 (ごみ収集)	住戸のごみは、清掃時に随時回収します。	自ら実施(株) 石井創堅 ※事業者より委託
家事 (リネン交換等)	ベッドシーツ、布団カバー、枕カバー等は週1回(その他必要に応じ適宜)交換	自ら実施
家事(洗濯)	入居者の日常の衣類について、週7回の指定日に洗濯します。 ※翌々日を目安に返却致します。 ※ドライクリーニング・アイロンがけ等が不要で洗濯機で洗える取扱いの簡単なも のに限ります。 ※上記以外の衣類等については、入居者の希望によりクリーニング業者に取次ぎ致 します。その場合、代金等の実費は、入居者負担です。 実費は事業者で立替払いし、後日入居者の口座より引き落とします。	自ら実施
配膳・下膳	スタッフがリビングダイニングでの食事の配膳・下膳を致します。病気等でリビ ングダイニングが利用できない場合は、住戸へ配膳・下膳に伺います。	(株)グリーンヘルス ケアサービス ※事業者より委託
代行 (生活必需品の 購入代行)	週1回指定日。生活必需品の購入は、食料品又は日常用品に限ります(指定店にて品 番等の表示がある物に限ります)。ご予約が必要になりますので、事前にフロントに ご相談ください(入居者実費負担)。	自ら実施
代行(役所手続 代行)	週1回指定日に住民票取得代行等を行います。ご予約が必要になりますので、事前 にフロントにご相談ください(入居者実費負担)	自ら実施
日常医療支援	スタッフ(看護師)が疾患等を把握します。必要に応じてご家族や医療機関へ情報提 供致します。	自ら実施
健康相談	指定時間内において、スタッフ(看護師)による健康相談を受けることができま す。ご予約が必要になりますので、事前にフロントにご相談ください。 ※健康診断の受診をご希望される場合は、近隣の医療機関の基本情報をご案内致し ます。なお、受診予約等は入居者にて行っていただきます。	自ら実施
その他	別添3「介護サービス等の一覧表」をご参照ください。	自ら実施
	※サービスの内容によっては、サービス提供の日時についてご希望に添えない場合 もありますので、ご了承ください。	

住宅で対応できる医療的ケアの内容

本物件では医療行為は行いません。病気や怪我の治療は、入居者の任意の意思で、自己が自由に選択した医療機関で受けて
頂きます。

介護給付費算定に係る体制等(加算等)の種類

介護保険対象外サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III))	<input type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
テクノロジーの導入(入居継続支 援加算関係)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<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

夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II))	<input 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
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<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
退居時情報提供加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
看取り看護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II))	<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
高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生産性向上推進体制加算	<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 type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III))	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input checked="" type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)(1) <input type="checkbox"/> (V)(2) <input type="checkbox"/> (V)(3) <input type="checkbox"/> (V)(4) <input type="checkbox"/> (V)(5)	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> (V)(6) <input type="checkbox"/> (V)(7) <input type="checkbox"/> (V)(8) <input type="checkbox"/> (V)(9) <input type="checkbox"/> (V)(10) <input type="checkbox"/> (V)(11) <input type="checkbox"/> (V)(12) <input type="checkbox"/> (V)(13) <input type="checkbox"/> (V)(14)	
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配比率) 2 : 1
食事の提供サービス ※軽減税率	朝食：7:30～9:00 昼食：12:00～14:00 夕食：17:30～20:00 ※いずれも、定食2種より選択(四季の移り変わりや年間行事を反映したお食事の場合を除く) ※スタッフが原則として毎週水曜日に翌週分の食事のご注文をお取りします。 ※ご利用予定日の3日前以降のキャンセルの場合は、原則料金全額をご負担いただきます。 ※四季の移り変わりや年間行事を反映したお食事が毎月1回含まれます(料金は通常食と同額です)。 ※入居者の希望があれば、医師及び代理人又は法定代理人の了解のもと、アルコールをお召し上がり頂けます。 ※軽減税率：ご入居者に提供する飲食物品（酒類を除く）のうち一食あたり690円(税抜き)以下且つ一日の累計額が2,070円(税抜き)に達するまでのものは軽減税率の適用対象となるものがございます。詳細はスタッフまでお尋ね下さい。	(株)グリーンヘルス ケアサービス ※事業者より委託
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供		
入浴介助（週3回目以降）	2,200円/回(うち本体価格2,000円、消費税200円) ※介護サービスをご利用でない方はご利用頂けません	
通院時の付添い (右記のいずれかの場合)	・協力医療機関の指示に基づかない協力医療機関への付添い ・協力医療機関以外への付添い 3,300円/時間※(うち本体価格3,000円、消費税300円) + 実費負担	
生活必需品の購入代行 (指定日以外)	指定日以外(指定店・食料品又は日用品に限る。) 1回60分※まで、3,300円/回(うち本体価格3,000円、消費税300円) + 実費負担	
役所手続代行 (指定日以外)	指定日以外 1回60分※まで、3,300円/回(うち本体価格3,000円、消費税300円) + 実費負担	
外出時の同行	1,650円/30分(うち本体価格1,500円、消費税150円) + 実費負担	
	※上記に表示された時間より多く実際の対応に時間を要した場合は、超過時間10分あたり550円(うち本体価格500円、消費税50円)の費用をお支払い頂きます。 また、時間単位で料金が設定されているサービスの提供時間は、サービスを提供するスタッフが、本物件を外出してから本物件に戻るまでの時間で算定致します。	

医療機関との連携・協力

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

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	医療機関	名称	医療法人社団うちの診療所
		所在地	東京都目黒区中根一丁目6番1号ニューヨークコーナー161- 4B 住宅からの距離：約10km
		診療科目	内科、外科、麻酔科、精神科、皮膚科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	医療機関	名称	医療法人社団泰進会 晴海歯科・矯正歯科
		所在地	東京都中央区晴海5-5-5 E棟 102号 住宅からの距離：1 km
		診療科目	歯科
		協力内容	訪問歯科、高齢者健康診査

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	※前払金の概算額 (最低) 13,800,000円 (最高) 20,580,000円	
	算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) + (想定居住期間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額) により算出				
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費 前払方式における想定居住期間に応じた1ヶ月分の家賃相当額です。 ※管理費は含みません サービス提供の対価 サービス提供の対価に関する前払金は頂きません。			
		想定居住期間の算出根拠	想定居住期間とは、入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間として、各有料老人ホーム・各サービス付き高齢者向け住宅がそれぞれ定める期間のことです。その期間は、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均余命等を勘案して設定されます。 ※詳細は、別添7「『前払金』の算定根拠について」の通り			
	支払日	入居日まで	支払方法	事業者指定の口座への銀行振込(振込手数料負担者は借主とする)		
	償却開始日					
契約終了時の返還金	(右記「算定方法」ご参照)	算定方法	【①入居日から3ヶ月を超過し、想定居住期間が経過するまでの間に入居者の死亡又は入居契約の解除もしくは解約により入居契約が終了する場合】 1ヶ月分の本物件の家賃等の額 × (入居契約終了日以降、入居者の想定居住期間満了日までの期間) ※入居契約終了日又は入居者の想定居住期間満了日が属する月が1ヶ月に満たない場合には、1ヶ月を30日として日割計算した額とし、1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切り上げます。 ※1ヶ月分の家賃等の額は、想定居住期間内の家賃相当額を、入居者の想定居住期間(月数)で割り返した額です(小数点以下切捨) ≪算式≫ 想定居住期間内の家賃相当額 ÷ 入居者の想定居住期間 (月数) 【②想定居住期間経過後に入居者の死亡又は入居契約の解除もしくは解約により入居契約が終了する場合】前払金の返還はありません。 ※想定居住期間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額は、入居日から3ヶ月以内に契約が終了した場合を除き、居住期間にかかわらず返還しません。 ※家賃等の前払金の返還額の推移は、経過日数に応じた返還額の算定によります。 (※入居日を起算日とします)			

	金額	(右記「算定方法」ご参照)	期間	3か月	起算日	入居した日																																																																
短期解約 (死亡退去含む) の返還金の算定方式	算定方法	<p>【入居日から3ヶ月以内に入居者の死亡又は入居契約の解除、もしくは解約により入居契約が終了する場合】</p> <p>前払金－(1日あたりの本物件の家賃等の額×入居日から起算して入居契約が終了した日までの日数)</p> <p>※ 1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り上げます</p> <p>※ 1日あたりの本物件の家賃等の額は、1ヶ月を30日として、次の算式により算出します</p> <p>《算式》： 1日あたりの本物件の家賃等の額 =1ヶ月分の家賃等の額 ÷ 30日 =想定居住期間内の家賃相当額 ÷ 入居者の想定居住期間(月数) ÷ 30日</p> <p>* 家賃等の前払金の返還額の推移は経過日数に応じた返還額の算定(入居日を起算日とする)によります</p>																																																																				
返還期限	入居後3ヶ月以内の契約終了の場合、住戸の明渡し後90日以内 入居後3ヶ月を経過し、想定居住期間経過前の場合は、入居契約終了日の翌日から起算して3ヶ月以内																																																																					
前払金の 保全先	<input checked="" type="checkbox"/>	連帯保証を行う 銀行等の名称	不動産信用保証株式会社																																																																			
	<input type="checkbox"/>	信託契約を行う 信託会社等の名称																																																																				
	<input type="checkbox"/>	保証保険を行う 保険会社の名称																																																																				
	<input type="checkbox"/>	全国有料老人ホーム協会																																																																				
	<input type="checkbox"/>	その他 (名称: _____)																																																																				
敷金	算定根拠																																																																					
金額	円	家賃の	3ヶ月分	<p>※月払方式を選択の場合お支払いいただきます。入居契約が終了し本物件の明渡しがあったときは、事業者は、遅滞なく敷金の全額を無利息で入居者に返還します。但し事業者は、本物件の明渡し時に月払家賃又は管理費の滞納、本物件の原状回復に要する費用の未払い、その他の入居契約から生じる入居者の債務の不履行が存在する場合には、当該債務の額を敷金から差し引くことができることとします。この場合には、事業者は、敷金から差し引く債務の額の内訳を入居者、身元引受人、入居者の法定代理人又は代理人及び返還金受取人に明示します。</p> <p>※敷金の概算額(最低)690,000円(最高)735,000円</p>																																																																		
月額費用	算定根拠																																																																					
家賃	円	<p>事業費を基礎として算定しており、近傍同種の家賃相当額と比較しても妥当な額に設定されており、住戸により金額は異なります。</p> <p>※家賃の概算額(最低)230,000円 (最高)245,000円</p>																																																																				
管理費	70,000円	<p>共用施設、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、清掃費及び設備維持費、住戸内の光熱費及び上下水道使用料並びに管理部門の人件費に要する費用です。※管理費の概算額(最低)70,000円 (最高)70,000円</p>																																																																				
介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30日の場合	<p>※地域単価 10.90円</p> <p>※給付率 90%</p> <p>(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%)</p>																																																																			
(1割負担の場合)		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基本単位 a</th> <th>加算 b <small>近隣適改番加算以外</small></th> <th>処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 <small>小敷点以下段階別</small></th> <th>総単位数 d=a+b+c</th> <th>月額費用(円) n=d×地域単価 <small>小敷点以下段階別</small></th> <th>保険請求額(円) f=n×給付率 <small>小敷点以下段階別</small></th> <th>自己負担額(円) g=n-f</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>5,490</td> <td>900</td> <td>780</td> <td>7,170</td> <td>78,153</td> <td>70,337</td> <td>7,816</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>9,390</td> <td>900</td> <td>1,255</td> <td>11,545</td> <td>125,840</td> <td>113,256</td> <td>12,584</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>16,260</td> <td>1,440</td> <td>2,159</td> <td>19,859</td> <td>216,463</td> <td>194,816</td> <td>21,647</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>18,270</td> <td>1,440</td> <td>2,405</td> <td>22,115</td> <td>241,053</td> <td>216,947</td> <td>24,106</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>20,370</td> <td>1,440</td> <td>2,661</td> <td>24,471</td> <td>266,733</td> <td>240,059</td> <td>26,674</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>22,320</td> <td>1,440</td> <td>2,899</td> <td>26,659</td> <td>290,583</td> <td>261,524</td> <td>29,059</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>24,390</td> <td>1,440</td> <td>3,151</td> <td>28,981</td> <td>315,892</td> <td>284,302</td> <td>31,590</td> </tr> </tbody> </table>						基本単位 a	加算 b <small>近隣適改番加算以外</small>	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 <small>小敷点以下段階別</small>	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) n=d×地域単価 <small>小敷点以下段階別</small>	保険請求額(円) f=n×給付率 <small>小敷点以下段階別</small>	自己負担額(円) g=n-f	要支援1	5,490	900	780	7,170	78,153	70,337	7,816	要支援2	9,390	900	1,255	11,545	125,840	113,256	12,584	要介護1	16,260	1,440	2,159	19,859	216,463	194,816	21,647	要介護2	18,270	1,440	2,405	22,115	241,053	216,947	24,106	要介護3	20,370	1,440	2,661	24,471	266,733	240,059	26,674	要介護4	22,320	1,440	2,899	26,659	290,583	261,524	29,059	要介護5	24,390	1,440	3,151	28,981	315,892	284,302	31,590
	基本単位 a	加算 b <small>近隣適改番加算以外</small>	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 <small>小敷点以下段階別</small>	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) n=d×地域単価 <small>小敷点以下段階別</small>	保険請求額(円) f=n×給付率 <small>小敷点以下段階別</small>	自己負担額(円) g=n-f																																																															
要支援1	5,490	900	780	7,170	78,153	70,337	7,816																																																															
要支援2	9,390	900	1,255	11,545	125,840	113,256	12,584																																																															
要介護1	16,260	1,440	2,159	19,859	216,463	194,816	21,647																																																															
要介護2	18,270	1,440	2,405	22,115	241,053	216,947	24,106																																																															
要介護3	20,370	1,440	2,661	24,471	266,733	240,059	26,674																																																															
要介護4	22,320	1,440	2,899	26,659	290,583	261,524	29,059																																																															
要介護5	24,390	1,440	3,151	28,981	315,892	284,302	31,590																																																															
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 <small>※加算 I …36単位/日、 加算 II …22単位/日 ※要介護者のみ</small>																																																																				

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	※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…200単位/月
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/月
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	※加算Ⅰ…30単位/月、加算Ⅱ…60単位/月 ※要介護者のみ
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…18単位/日、加算Ⅱ…9単位/日 ※要介護者のみ
若年性認知症患者受入 加算 (120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	※対象者のみ
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…40単位/月
口腔・栄養スクリーニング 加算 (20単位/回)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	※対象者のみ
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	
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
退居時情報提供加算 (250単位/回)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	※対象者のみ
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…72～1280単位/日、加算Ⅱ…572～1780単位/日 ※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
高齢者施設等感染対策 向上加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…10単位/月、加算Ⅱ…5単位/月
生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…10単位/月
サービス提供体制強化 加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)) <input type="checkbox"/> なし	※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日
介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input checked="" type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)(1) <input type="checkbox"/> (V)(2) <input type="checkbox"/> (V)(3) <input type="checkbox"/> (V)(4))	
	<input type="checkbox"/> (V)(5) <input type="checkbox"/> (V)(6) <input type="checkbox"/> (V)(7) <input type="checkbox"/> (V)(8) <input type="checkbox"/> (V)(9) <input type="checkbox"/> (V)(10) <input type="checkbox"/> (V)(11))	
	<input type="checkbox"/> (V)(12) <input type="checkbox"/> (V)(13) <input type="checkbox"/> (V)(14)) <input type="checkbox"/> なし	
	※加算Ⅰ…12.8%、Ⅱ…12.2%、Ⅲ…11.0%、Ⅳ…8.8%、Ⅴ(1)11.3%、 Ⅴ(2)…10.6%、Ⅴ(3)…10.7%	
	Ⅴ(4)…10.0%、Ⅴ(5)…9.1%、Ⅴ(6)…8.5%、Ⅴ(7)…7.9%、Ⅴ(8)…9.5%、Ⅴ(9)…7.3% Ⅴ(10)…6.4%、Ⅴ(11)…7.3%、Ⅴ(12)…5.8%、Ⅴ(13)…6.1%、Ⅴ(14)…4.6%	

※ 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ヶ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
------	-------	---	--------------

		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 算定根拠：算定根拠：直接処遇職員比2：1以上 当該費用は、本物件入居者の要介護者等2人に対し、週39時間換算(※1)で介護・看護職員を1人以上配置して提供するサービスのうち、介護保険給付及び介護保険利用者負担による収入では賄いきれない額に充当するものとして、法令規則等(※2)に基づき設定しております。 (※1)入居者の個別的な選択による介護保険対象外個別介護サービスの提供に係る時間は除きます。 (※2)「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年厚労省令第37号)第182条第3項1号、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年厚生労働省令第35号)第238条第3項第1号及びこれらの省令の具体的な取扱いを定めた厚労省老人保健福祉局企画課長通知「特定施設入居者生活介護事業者が受領する介護保険の給付対象外の介護サービス費用」(平成12年3月30日老企第52号)を指します。
(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	88,000円	
(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」の通り
食費	69,300円 (うち本体価格63,000円 消費税6,300円)	朝食495円、昼食770円、夕食1,045円
		1日あたり 2,310円×30日で積算 ※1日3食(朝昼夜)・30日喫食の場合 事前に注文した食事を欠食される場合：欠食届を3日前までにご提出ください。欠食分の料金のお支払いは不要です。欠食届の提出がない場合は、料金全額をご負担頂きます。 ※軽減税率：ご入居者に提供する飲食料品(酒類を除く)のうち、一食あたり690円(税抜き)以下且つ一日の累計額が2,070円(税抜き)に達するまでのものは軽減税率の適用対象となるものがございます。詳細はスタッフまでお尋ね下さい。
光熱水費	0円	管理費に含まれます。
その他	110,000円 (うち本体価格100,000円 消費税10,000円)	入居契約に定めるサービス費(以下「サービス費」という)で、提供サービスの提供のための費用です。 ※その他生活支援サービスに関する費用については、別添4「生活支援サービスの内容」及び生活支援サービス重要事項説明書の通りです。
合計	円	※介護保険の自己負担分、個別介護サービス費は別途
支払日・支払方法	口座自動振替にて、翌月分を毎月27日にお支払い頂きます。 ※上記表の、「介護費用(介護保険)」・「個別介護サービス費」・「食費」については、口座自動振替にて、前月分を毎月27日にお支払い頂きます	

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

- ・入院中も入居契約は継続し、管理費等の月額費用はお支払い頂きます(上記表の「介護費用(介護保険)」「個別介護サービス費」「食費」については、ご利用分のみお支払い頂きます)。
- ・入居者の入院により入居者が連続して30日を超えて本物件を不在にした場合、31日目以降不在日に係るサービス費については、1ヶ月を30日として日割計算して得た1日あたりのサービス費の額の半額分を減額し、後日精算します。

料金改定の条件及び手続き

消費者物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動を勘案し、入居契約又は特定施設入居者生活介護等利用契約(以下「特定契約」という。)に定める手続に従って、入居契約第30条記載の意見交換会で、入居者等に説明し又は入居者の意見を聞いた上で改定します。
 介護保険法令等の改正に伴い、介護保険給付対象介護サービスに係る費用に変更があった場合は、特定契約に定める手続に従って、入居者、身元引受人又は入居者の家族への説明を行い、当該費用の額等を改定します。

料金プラン（代表的なプランを2例）

		プラン1（前払方式選択時）	プラン2（月払方式選択時）
入居者の状況	要介護度	3	3
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	19.01㎡	19.01㎡
	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	16,920,000円	円
	敷金	—円	705,000円
月額費用の合計		337,300円	572,300円
サービス費用 (※3) 介護保険外	家賃	—円	235,000円
	管理費	70,000円	70,000円
	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	0円	0円
	上乗せ介護費用(※2)	88,000円	88,000円
	介護費用(選択サービス)	—円	—円
	食費	69,300円	69,300円
	光熱水費	—円	—円
	その他	110,000円	110,000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

2026年2月1日現在

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）

平均年齢		86.1歳		入居者数合計		36人				
介護度別・年齢別入居者数	年齢/介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	65歳未満									
	65歳以上75歳未満				1				1	
	75歳以上85歳未満				3	2	4			
	85歳以上	1	1		6	9	3	2	3	
合計		1	1	0	10	11	7	2	4	
入居継続期間別入居者数	入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計		
	入居者数	8	15	13					36	
男女別入居者数		男性： 16人			女性： 20人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む）		72%（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		18人（下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる）							
	理由		人数(人)		理由		人数(人)			
	自宅・家族同居		2		他のサービス付き高齢者向け住宅への転居					
	介護老人福祉施設（特養等）へ転居				その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			2		
	介護老人保健施設へ転居				医療機関（入院）			1		
	介護療養型医療施設へ転居		1		死亡			10		
有料老人ホーム（サ付き除く）への転居		1		その他			1			

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) 物件フロント
電話番号	03-3520-9001
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 9時 00分 ~ 17時 00分
	日曜 9時 00分 ~ 17時 00分
	祝日 9時 00分 ~ 17時 00分
定休日	なし
窓口の名称	(法人) 株式会社東急イーライフデザイン
電話番号	03-6455-1236
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 30分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
窓口の名称	(市区町村) 中央区役所福祉保健部介護保険課
電話番号	03-3546-5749
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
窓口の名称	東京都福祉局高齢者推進部在宅支援課
電話番号	03-5320-4537
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会
電話番号	03-6238-0177
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜、日曜、祝日
サービスの提供において事故が発生したときの対応	
具体的な対応	本物件内での応急処置、協力医療機関又は119番通報による他の医療機関への搬送等を行うとともに入居者の身元引受人、成年後見人、家族及び地方自治体の関係部署（東京都住宅政策本部及び中央区役所福祉保健部介護保険課）へ連絡します。また、事故についての検証、再発防止策を講じます。

損害賠償責任保険の加入状況

あり (保険の名称及び加入先 **あいおいニッセイ同和損害保険(株)**) なし
企業総合賠償責任保険

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等

- ・外泊する場合には、外泊届出書を所定の様式によって事前に事業者へ届け出てください。
- ・本物件を留守にする場合は、事前に事業者へ連絡してください。
- ・事業者の承諾を得て、入居者以外の第三者を管理及びサービスに関する規定に定める日数を上限として滞在させることができます。
 第三者の滞在承諾願いを所定の様式によって事前に事業者へ届け出てください。

共用設備の利用について

エントランス	24時間外来者の通行が可能です。防犯対策上、オートロック方式になっておりますので、インターフォンにてフロント又は各階のケアステーションをお呼びください。 ※外来者等は、フロント又は各階のケアステーションを通してお繋ぎします。外来者は入館時及び退館時に、入退館の管理を目的としてフロント又は各階のケアステーションにてご署名頂きます。
フロント	外来者の受付、宅配便等の代理受領等、各種サービス等の窓口としてご利用頂けます。利用時間以外は、翌日の対応とさせていただきます。
外来者用駐車場(8台)	外来者用駐車場は8台用意しております。外来者が利用される場合には、事前にフロントにご相談ください。 1台あたり、利用開始から120分まで無料、以降60分あたり330円(うち本体価格300円、消費税30円) ※外来者用駐車場は、本物件の関係者のほか、グランクレールHARUMI FLAGシニアレジデンスの関係者も利用します。ご利用は先着順とします。 ※車両の寸法、重量等により駐車ができない場合がございます。 ※路上駐車は禁止されておりますので、ご注意ください。
応接室	外来者との歓談の場、各種相談の場としてご利用頂けます。利用される場合には、事前にスタッフまでお声掛けください。
リビング・ダイニング	外来者や入居者同士の歓談の場としてのご利用のほか、介護予防プログラムや機能訓練にご利用頂けます。その他、入居者同士の催し物を実施し、催し物やアクティビティ等の予定を掲示致します。 お食事は、原則としてリビング・ダイニングでお召し上がり頂きます。病気等でリビング・ダイニングが利用できない場合は、住戸へ配膳・下膳に伺います。
浴室 脱衣室	介護サービスをご利用の方は、入居者個々の介護サービス計画に基づきご利用頂けます。 ※介護サービスをご利用でない方(事業者と特定施設入居者生活介護等利用契約を締結されていない方)は、利用時間内(9:00~17:00)において、ご利用頂けます。
機械浴室 脱衣室	介護サービスをご利用の方は、入居者個々の介護サービス計画に基づきご利用頂けます。 ※介護サービスをご利用でない方はご利用頂けません。
エレベーター	エレベーターは2基設置しております。いずれもストレッチャーの搬送が可能です。 ※火災・震災時には、エレベーターの利用は不可となります。
お手洗い(共用トイレ)	1階、2階、3階にお手洗(共用トイレ・車椅子利用可)を設置しています。 トイレトペーパーは備え付けのものをご使用ください。気分が悪くなられた場合は、緊急呼出ボタンを押してください。
トレーニングルーム	介護予防プログラムや機能訓練のほか、入居者同士のアクティビティ等にご利用頂けます。 ※シニア入居者及び関係者が利用する場合がございます。
健康管理室	月毎の指定日・指定時間内に、本物件スタッフ(看護師)による健康相談(事前予約制)をお受け頂けます。 ※シニア入居者及び関係者が利用する場合がございます。
ヘアサロン	指定日に本物件指定の理美容業者からヘアケアのサービスを受けられます。ご予約が必要となりますので、1週間前までにスタッフにご相談ください。なお、指定日、時間、料金及び申込方法については、フロントにご確認ください。 ※代金等の実費は入居者負担です。実費は事業者で立替払いし、後日入居者の口座より引き落とします。 ※シニア入居者及び関係者が利用する場合がございます。

高齢者虐待防止のための取組の状況				
虐待防止対策検討委員会の定期的な開催及び従業員への結果の周知	(6回 / 年)			
虐待防止のための指針の整備	あり			
定期的な研修の実施	(2回 / 年)			
担当者の役職名	支配人			
身体的拘束等の適正化のための取組の状況				
身体的拘束等適正化検討委員会の開催及び従業員への結果の周知	(3回 / 3月)			
身体拘束等適正化のための指針の整備	あり			
定期的な研修の実施	(2回 / 年)			
身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	あり			
やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続	<p>事業者は、原則として身体拘束を行いません。但し、事業者が次の3つの要件を全て満たすと判断した場合「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行うことがあります。</p> <p>【切迫性】 入居者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い</p> <p>【非代替性】 他に代替する介護方法がない</p> <p>【一時性】 行動制限が一時的なものである</p> <p>3つの要件を全て満たし「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束を行った場合、事業者は次の通り行動します。</p> <p>① 本人や家族に、身体拘束の内容、目的、理由、時間、期間を説明し、十分な理解を得るよう努めます</p> <p>② 要件に該当しなくなった場合は速やかに拘束を解除します。また、事業者は、身体拘束廃止委員会を設置して、身体拘束の廃止に向けた検討をし、必ず記録に残します。</p>			
業務継続計画の策定状況等				
業務継続計画の策定（感染症・災害）	あり			
従業員に対する周知の実施	あり			
定期的な研修の実施及び記録	(1回 / 年)			
定期的な訓練の実施	(1回 / 年)			
定期的な業務継続計画の見直し	あり			
入居希望者への事前の情報開示				
入居契約書のひな形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" 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合に記載)	<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 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	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 checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託		
	委託する業務の内容 (契約事項)	設備日常管理・設備定期管理等		
	管理業務 の委託先	商号・名称 又は氏名	フリガナ カブシキガイシャトウキョウタテモノアメニティサポート 株式会社東京建物アメニティサポート	
		住所(事務所所在地)	〒 103-0027 東京都中央区日本橋2-3-10 日本橋丸善東急ビル9階	
	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 その他計画的な修繕予定		2033年頃実施予定 貸主と連携の上、計画的に実施。		

<p>運営懇談会</p>	<p><input type="checkbox"/> あり（開催頻度： 年 1 回）</p> <p>書面配布、館内掲示等により通知し、年1回開催します。 その他本物件が必要と認めた場合、入居者からの要望があり、本物件が必要と認めた場合には、随時開催します。</p> <p>【主な議題】</p> <p>①本施設の前年度決算の報告 ②過去1年以内の時点における本施設の運営状況、年間の退去者数及び入居者数の分布状況、要介護者等の状況、サービスの提供状況、管理費・サービス費・食費等の収支状況並びに本施設全体の職員数・人員配置・職員の資格保有の状況等の報告 ③サービス費及び選択サービス費等の改定 ④本規程、細則等の諸規程の改定 ⑤入居者からの適切な方法による要望や苦情の対応処理 ⑥事故に関する報告 ⑦各種契約関連書類の改定 ⑧その他特に必要と認められた事項議事については、開催の都度議事録を作成して、入居者及び身元引受人等へ配布します。</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)</p>												
<p>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</p>	<p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p><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</p>												
<p>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</p>	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり</td> <td>実施日</td> <td>随時</td> <td>結果の開示</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	随時	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし					
<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	随時	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし								
<input type="checkbox"/> なし													
<p>第三者による評価の実施状況</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td>実施日</td> <td></td> <td>実施機関の名称</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> あり	実施日		実施機関の名称	<input checked="" type="checkbox"/> なし							
<input type="checkbox"/> あり	実施日		実施機関の名称										
<input checked="" type="checkbox"/> なし													
<p>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</p>	<p>基本方針及び都の高齢者の居住安定確保計画に沿って適切に運営します</p>												

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 株式会社東急イーライフデザイン

所在地 東京都渋谷区道玄坂一丁目10番8号

代表者名 代表取締役 鮎澤 英輔 ㊞

説明者氏名

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。

借主 ㊞

身元引受人 ㊞

法定代理人又は代理人 ㊞

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
あゆざわ えいすけ 鮎澤 英輔	代表取締役 社長執行役員
たんげ しんや 丹下 慎也	取締役
すずき ひろみつ 鈴木 洋充	取締役
みねかわ さとし 峯川 聡	取締役
しもむら たかひこ 下村 隆彦	取締役
まつの もりくに 松野 守邦	監査役

別添2

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	簡所数	主な事業所の名称	所在地	
< 居宅サービス >				
訪問介護	有り	1	ホームケア世田谷	世田谷区上用賀一丁目22番23号
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	有り	1	ホームケア世田谷	世田谷区上用賀一丁目22番23号
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	・گرانクルール成城ケアレジデンス ・گرانクルール世田谷中町ケアレジデンス ・ライフニクス高井戸 ・گرانクルール芝浦ケアレジデンス ・گرانクルール立川ケアレジデンス ・光が丘パークヴィラ ・گرانクルールHARUMI FLAGケアレジデンス	・世田谷区成城八丁目20番1号 ・世田谷区中町五丁目9番9号 ・杉並区高井戸東四丁目12番31号 ・港区芝浦四丁目18番25号 ・立川市富士見町二丁目3番21号 ・練馬区旭町二丁目9番13号 ・中央区晴海五丁目3番4号
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
< 地域密着型サービス >				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	無し			
認知症対応型共同生活介護	無し			
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	無し			
居宅介護支援	有り	1	ホームケア世田谷	世田谷区上用賀一丁目22番23号
< 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	有り	1	ホームケア世田谷	世田谷区上用賀一丁目22番23号
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	7	・گرانクルール世田谷中町ケアレジデンス ・گرانクルール成城ケアレジデンス ・ライフニクス高井戸 ・گرانクルール芝浦ケアレジデンス ・گرانクルール立川ケアレジデンス ・光が丘パークヴィラ ・گرانクルールHARUMI FLAGケアレジデンス	・世田谷区中町五丁目9番9号 ・世田谷区成城八丁目20番1号 ・杉並区高井戸東四丁目12番31号 ・港区芝浦四丁目18番25号 ・立川市富士見町二丁目3番21号 ・練馬区旭町二丁目9番13号 ・中央区晴海五丁目3番4号
介護予防福祉用具貸与	無し			
特定介護予防福祉用具販売	無し			
< 地域密着型介護予防サービス >				
介護予防認知症対応型通所介護	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し			
介護予防支援	無し			
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

介護サービス等の一覧表

下表のうち、「要支援1～2、要介護1～5」欄の「介護保険給付及び月額費用に含むサービス」欄に記載の各サービス及び「その都度徴収するサービス」欄のうち網かけで表示されている各サービスが、特定施設入居者生活介護等利用契約に定める「介護サービス」に該当します。

※「－」と表示されているサービスについては選択不可です。

※「協力医療機関」とは、各重要事項説明書に定める協力医療機関を指します。

※サービス計画は、本物件の計画作成担当者が、入居者個々の健康状態、介護状態等を基に入居者、入居者の法定代理人もしくは代理人又は入居者の家族と協議の上、作成致します。

※サービスの内容によっては、サービス提供の日時についてご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください。

介護を行う場所	自立 住戸		要支援1～2、要介護1～5 住戸	
	月額費用に含む サービス	その都度徴収する サービス	介護保険給付及び 月額費用に含む サービス	その都度徴収する サービス
【基本(必須)サービス】				
①状況把握・安否確認(巡回)				
・昼間7:30～20:00	10時と15時を目安として2回。その他必要に応じて対応	—	10時と15時を目安として2回。その他必要に応じて対応	—
・夜間20:00～7:30	—	—	22時、1時、4時を目安として3時間毎。その他必要に応じて対応	—
②生活相談	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—
③緊急時対応				
・緊急通報システム	24時間対応	—	24時間対応	—
・緊急時の対応	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—
・非常災害時の対応	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—
【介護関連サービス】				
①食事				
・食事介助	—	—	必要に応じ介助	—
②排泄				
・排泄介助	—	—	必要に応じ介助	—
・おむつ交換	—	—	必要に応じ介助	—
・おむつ代	—	—	—	実費負担
③入浴等				
・清拭	—	—	必要に応じ介助	—
・入浴介助	—	—	入浴時付添い介助(週2回まで)	週3回目以降、2,200円/回(うち本体価格2,000円、消費税200円)
④身辺介助				
・体位交換	—	—	必要に応じ介助	—
・住戸からの移動	—	—	必要に応じ車いす、杖等使用し介助	—
・衣類の着脱	—	—	必要に応じ介助	—
・身だしなみ介助	—	—	必要に応じ介助	—
・化粧/髭剃り	—	—	必要に応じ介助	—
・爪切り	—	—	必要に応じ介助	—
⑤機能訓練(リハビリ)	—	—	入居者毎の個別機能訓練計画に基づき、週1回程度計画的に実施。住戸内での訓練や集団リハビリの場合もあり	—
⑥通院時の付添い	—	—	協力医療機関の指示に基づく協力医療機関への付添い	・協力医療機関の指示に基づかない協力医療機関への付添い ・協力医療機関以外への付添い 3,300円/時間※2(うち本体価格3,000円、消費税300円)+実費負担

介護を行う場所	自立		要支援1～2、要介護1～5	
	住戸		住戸	
	月額費用に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付及び月額費用に含むサービス	その都度徴収するサービス
【日常支援サービス】				
①家事				
・住戸清掃	週4回 バルコニーの引き戸及び小窓のガラス清掃は年2回	週5回目以降(バルコニーの引き戸及び小窓のガラス清掃は年3回目以降)、2,200円/回(うち本体価格2,000円、消費税200円)	週4回 バルコニーの引き戸及び小窓のガラス清掃は年2回	週5回目以降(バルコニーの引き戸及び小窓のガラス清掃は年3回目以降)、2,200円/回(うち本体価格2,000円、消費税200円)
・ゴミ収集	清掃時随時回収	—	清掃時随時回収	—
・リネン、タオル交換	ベッドシーツ、布団カバー、枕カバー等は週1回(その他必要に応じ適宜)交換	—	ベッドシーツ、布団カバー、枕カバー等は週1回(その他必要に応じ適宜)交換	—
・洗濯	(洗濯機で洗える物) 週7回指定日	—	(洗濯機で洗える物) 週7回指定日	—
②配膳・下膳	リビングダイニングに配膳・下膳。必要に応じ、住戸に配膳・下膳	—	リビングダイニングに配膳・下膳。必要に応じ、住戸に配膳・下膳	—
③代行				
・生活必需品の購入代行	—	(指定店・食料品又は日用品に限る。) 1回60分※1まで、3,300円/回(うち本体価格3,000円、消費税300円)+実費負担	週1回指定日(指定店・食料品又は日用品に限る。) 実費負担	指定日以外(指定店・食料品又は日用品に限る。) 1回60分※2まで、3,300円/回(うち本体価格3,000円、消費税300円)+実費負担
・役所手続代行	—	—	週1回指定日 実費負担	指定日以外 1回60分※2まで、3,300円/回(うち本体価格3,000円、消費税300円)+実費負担
④外出時の同行(買い物等の付添い)	—	1,650円/30分※1(うち本体価格1,500円、消費税150円)+実費負担	—	1,650円/30分※2(うち本体価格1,500円、消費税150円)+実費負担
【健康管理サービス】				
・日常医療支援	スタッフ(看護師)が随時対応	—	スタッフ(看護師)が随時対応	—
・健康管理、慢性疾患管理	—	—	スタッフ(看護師)が随時対応	—
・定期健康診断	—	—	—	—
・健康相談	指定時間内 スタッフ(看護師)が対応(10:00～17:00)	—	指定時間内 スタッフ(看護師)が対応(10:00～17:00)	—
・服薬支援	—	—	スタッフが随時対応	—
・生活リズムの記録(排便、睡眠等)	—	—	随時	—
・医師の往診依頼	—	—	別途入居者と医療機関との契約(有料)を前提に、スタッフが随時対応	—
【入退院時、入院中のサービス】				
・入退院時の付添い	—	—	—	—

(※1) 上記に表示された時間より多く実際の対応に時間を要した場合は、超過時間10分あたり550円(うち本体価格500円、消費税50円)の利用料をお支払い頂きます。また、時間単位で料金が設定されているサービスの提供時間は、サービスを提供するスタッフが、本物件を外出してから本物件に戻るまでの時間で算定致します。

別添4

生活支援サービスの内容

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する				
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)						
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)							
サービスを提供 する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等					
サービスを提供 する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	9人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人		
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	3人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	13人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	3人		
			合計		人員	29人		
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)							
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()							
常駐する時間	日中	7時	30分	～	20時	00分	人員	2～4人
	上記以外の時間	20時	00分	～	7時	30分	人員	2人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	住戸への訪問による安否確認と必要に応じた巡回を行います。 <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)							
緊急通報 サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時	00分	～	24時	00分	
	通報方法	本物件内設置の緊急呼出ボタン						
	通報先	各階スタッフルーム及びスタッフ携帯			通報先から住戸までの到着予定時間			1分
サービス提供の 対価(概算額)	月額	介護保険適用あり		前払金の算 定方法		—		
	前払金	なし 円						
備考	※特定契約を締結していない場合、介護保険の適用はなく、生活サポートサービス費(月額132,000円(税込))をお支払い頂きます。							

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input checked="" type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしがいいしゃぐりーんへるすけあさーびす				
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	〒163-1417 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー17階 電話番号: 03-3379-1246				
	住所 (法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)	〒104-0053 東京都中央区晴海五丁目3番4号 電話番号: 03-3520-9001				
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()					
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()				
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()				
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()				
サービス提供の 対価(概算額) (※軽減税率)	月額※	69,300円 うち本体価格 63,000円 消費税6,300円	内訳	朝食 495円 うち本体価格450円 消費税45円	昼食 770円 うち本体価格700円 消費税70円	夕食 1045円 うち本体価格950円 消費税95円
	前払金	なし 円		前払金の算 定方法		
備考	※月額の料金は30日・3食喫食(通常食)の場合の金額です。 ※特別食 3,300円/1名(税込)、治療食・刻み食・ソフト食 料金要相談 等 ※軽減税率:ご入居者に提供する飲食料品(酒類を除く)のうち、一食あたり690円(税抜き)以下且つ一日の累計額が2,070円(税抜き)に達するまでのものは軽減税率の適用対象となるものがございます。詳細はスタッフまでお尋ね下さい。					

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託する
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (身辺介助、機能訓練(リハビリ)等)		
サービス提供の対価(概算額)	月額	介護保険適用あり	前払金の算定方法	—
	前払金	約 0 円		
備考	※介護サービス費月額料金(月額88,000円(税込))の他、介護保険利用者負担分をお支払い頂きます。 ※特定契約を締結していない入居者には、介護サービスは提供されません。			

4. 調理、洗濯、清掃等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託する
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()		
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 清掃 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (買物代行等)		
サービス提供の対価(概算額)	月額	介護保険適用あり	前払金の算定方法	—
	前払金	約 0 円		
備考	※① 日常の洗濯、週1回指定日の生活必需品の購入代行等(介護サービス利用者)介護サービス月額料金(月額金88,000円(税込))の他、介護保険利用者負担分をお支払い頂きます。 ② 日常の洗濯等(介護サービス非利用者)月額費用は生活サポートサービス費(月額132,000円(税込))に含みます。 ③ 指定日以外の買物代行 3,300円/回(税込)等 ④②③に介護保険は適用されません。			

提供形態	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input checked="" type="checkbox"/> 委託する
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな) いしいそうけんかぶしがいしゃ 石井創堅株式会社		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	〒535-0002 大阪府大阪市旭区大宮2丁目17番30号 電話番号: 06-6954-6458		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	〒154-0004 東京都世田谷区太子堂四丁目1番1号 キャロットタワー19階 電話番号: 03-5430-1919		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()		
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	介護保険適用あり	前払金の算定方法	—
	前払金	約 0 円		
備考	※① 週4回までの住戸清掃等(介護サービス利用者)について、介護サービス月額料金(月額88,000円(税込))の他、介護保険利用者負担分をお支払い頂きます。 ② 週4回までの住戸清掃等(介護サービス非利用者)に係る費用は、生活サポートサービス費(月額132,000円(税込))に含みます。 ③ ①②を超える回数の住戸清掃 2,200円/回(税込)、②③に介護保険は適用されません。			

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (日常医療支援、健康管理、服薬支援、生活リズムの記録、医師の往診依頼等)	
サービス提供の対価(概算額)	月額	介護保険適用あり	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	※介護サービス月額料金(月額88,000円(税込))の他、介護保険利用者負担分をお支払いいただきます。 ※特定契約を締結していない場合、介護保険の適用はなく、月額費用をお支払いいただきます。 月額費用は、生活サポートサービス費(月額132,000円(税込))に含みます。		

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()	
	内容	フロントサービス、防犯・防災サービス、アクティビティサービス 他	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約111,000円 うち本体価格 100,000円 消費税10,000円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	※管球交換、長期不在時住戸管理、設備点検、新聞購読、所持物の処分、お見舞い等、葬儀関連、理美容に係る費用は、サービス費(月額110,000円(税込))に含みます。		

重度化に関する指針

本施設では、ご入居中の皆様の介護度が重くなった場合や医療依存度が高くなった場合においても、本施設にてできる限りの対応ができるよう以下の体制を整えております。

1. 看護職員と介護職員が24時間体制で対応いたします。
2. 入居者が選ばれた本施設の協力医療機関等と、入居者が訪問診療の契約を行うことにより、医師が定期訪問診療を行うことに加え、臨時往診等のサービスが受けられます。

但し、病院と異なり医師が常駐しているわけではないので、本施設で継続的に行える医療行為は、脱水症状改善目的の点滴(3日間程度)、在宅酸素療法、膀胱留置カテーテル、褥瘡の処置、胃ろう、腸ろう等の本施設の看護職員が管理できる範囲に限られています。本施設での対応が難しく医師により入院治療が必要と判断される場合は入院して頂くことになります。

また、医師が回復の見込みがない終末期の状況であると判断した場合で、入居者、代理人及び身元引受人が本施設での「看取り」を希望される場合、医療機関と訪問診療の契約をされている方には、「看取りに関する指針」に基づき医師との連携により本施設での「看取り」の対応を致します。

以上

看取りに関する指針

1. 看取りに関する基本的な考え方

“私らしくを、いつまでも。”

私たちはご入居された皆様がその方らしくお過ごし頂けるよう出来るだけ最後まで支援させていただきたいと考えており、看取りのケアは、生活支援の延長線上にあるものと考えています。

ご入居者お一人おひとりが過ごしてこられた道のり、価値観などはそれぞれですがこれまでの暮らし方、生き方を尊重し、ご入居者やご家族のお気持ちに寄り添いながら、残された時間を穏やかにお過ごしいただけるよう支援させていただきます。

ご入居者が医師より回復の見込みがない終末期の状況であると判断された時、ご入居者、ご家族がその旨の説明を受け、当住宅での「看取り」を希望される場合、医師や当住宅の生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員、機能訓練指導員など多専門職種で構成される医療・ケアチームが連携し、ご入居者やご家族のご希望を伺いご入居者による意思決定を基本に、ご相談を重ねながら支援させていただきます。

2. 看取りに関するご入居者やご家族との進め方について

- ① ご入居の際には「将来の方針に関する意思確認書(承諾書)」によりご入居された時点でのご本人、ご家族のご希望を伺います。
- ② ご入居後ご意思に変化があった場合はいつでも変更することが出来ます。
- ③ 医師により回復の見込みがない終末期の状況であると判断され、ご入居者とご家族がその旨の説明をお受けになり、看取りの指針に同意されて看取りケアを希望された場合、特定施設入居者生活介護のご契約の方には「看取り介護加算同意書」をご提出いただきます。この同意書には、医療・ケアチームによって医学的妥当性と適切性を基に看取りに関する介護計画を作成、提示されており、このプランに沿って看取りのケアを行わせていただきます。
- ④ ご入居者やご家族に療養や介護の様子について随時ご説明し、お話し合いをさせていただきながら、多職種の医療・ケアチームでそのプロセスに基づき評価・記録を重ね、必要に応じてプランの修正をしながら看取りのケアを進めてまいります。

3. ご入居者の意思の確認が出来ない場合

- ① ご家族がご入居者の意思を推定出来る場合には、その推定意思を尊重し、ご入居者にとっての最善の方針をとることを基本とします。
- ② ご家族がご入居者の意思を推定出来ない場合には、ご入居者にとって何が最善であるかについて、ご入居者の代理人であるご家族と十分に話し合い、ご入居者にとっての最善の方針をとることを基本とします。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返して行います。

- ③ ご家族がいらっしゃらない場合及びご家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、ご入居者にとっての最善の方針をとることを基本とします。

4. 終末期にたどる経過とそれに応じた介護について

食欲、嚥下機能、日常生活動作の全般的な低下から血圧の低下や意識の変化など、看取り期の経過の中で体には様々な変化が現れます。体の自然な変化に応じて看取りの介護をさせていただきます。

※当住宅で看取りの介護をご希望された場合は詳しい資料をお渡します。

5. 看取りに際して行いうる医療行為の選択肢について

看取りの場合に限らず当住宅は介護保険施設である為、医療的な制約がある事はご理解いただきます。

住宅で可能な処置:点滴(3日間程度)、一部の薬物治療、尿道留置カテーテル、酸素投与(鼻・口)、喀痰吸引、経管栄養など医師の判断によるもの。

※上記についてはご入居者の尊厳が最期まで保たれ、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、穏やかに過ごしていただけるようご家族に対して医師・ケアチームからご相談させていただきます。

6. 医師との連携体制

定期的な訪問診療(施設入居時等医学総合管理契約)をされている場合は医師の24時間の対応が可能です。状態に応じて休日や夜間でも医師と相談し対応いたします。

※上記契約を結んでいない方については、対応についてご相談させていただきます。

7. ご家族への心理的な支援に対する考え方

大切な方の旅立ちにあたってはご入居者、ご家族のご意思を尊重しながら、最期まで「私らしく」人生を全うできるよう、ご家族の精神的・社会的援助のお手伝いをさせていただきます。

ご不明、ご不安な場合は、いつでもスタッフにお声掛けください。

以上

「前払金」の算定根拠について

1. 「前払金」について

- (1) 本物件では、家賃相当額の支払方式について前払方式と月払方式を採用しています。
- (2) 前払方式とは、「(事業者が)終身にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を前払金として一括して受領するもの」(厚生労働省老健局長が定める「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」令和6年5月23日付老発0523第1号)(以下「指導指針」という。)及び厚生労働省老健局高齢者支援課・国土交通省住宅局安心居住推進課事務連絡「サービス付き高齢者向け住宅における家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について」(平成23年11月22日付)(以下「事務連絡」という。)参照)で、ご入居者にとっては、居住期間を気にせずに住み続けられる支払方式です。

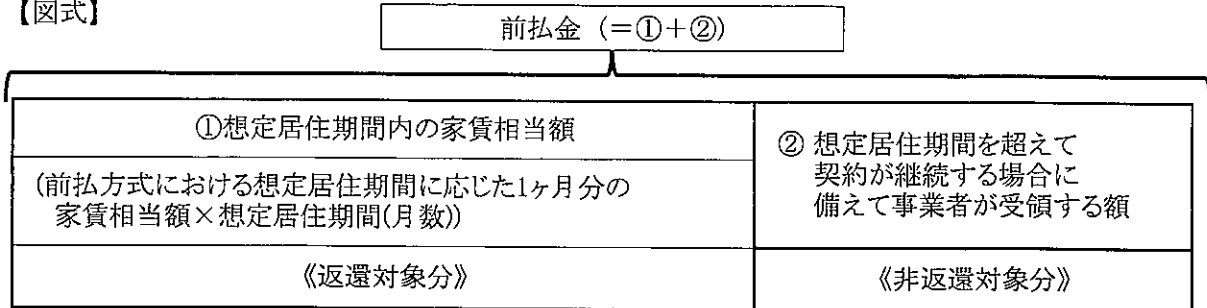
2. 前払方式の算定式について

- (1) 前払方式の算定の基礎については、指導指針及び事務連絡に定める以下の考え方に拠ります。

【算定の基礎】

前払金	$= (\text{前払方式における想定居住期間に応じた1ヶ月分の家賃相当額} \\ \times \text{想定居住期間(月数)}) \\ + (\text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額})$
-----	--

【図式】



- (2) (1)のうち、「想定居住期間」と「想定居住期間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額」の具体的な算定方法は、事務連絡で示された以下の考え方に拠ります。

想定居住期間	入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間として、各有料老人ホーム・各サービス付き高齢者向け住宅がそれぞれ定める期間のことです。その期間は、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均余命等を勘案して設定されます。想定居住期間内の家賃相当額は、想定居住期間内に入居者の死亡又は本契約の解除もしくは解約により契約が終了した場合、終了時期に応じてその一部が返金されます。
想定居住期間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額	生存率等を加味して決められる、想定居住期間経過後、入居者の全員が退去する時点までの将来の家賃負担分です。 この額は、入居契約が終了しても返還されません。 ※入居日から3ヶ月以内に入居契約が終了した場合は除きます。

3. 本物件における具体的な算定根拠について

(1) 想定居住期間の設定

想定居住期間は、事務連絡で示された考え方に則り、事業者及びそのグループ会社での介護付有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅(以下、総称して「当社グループ介護付有料老人ホーム」という。)の入居者実績に基づく入居時の年齢、性別等を勘案し、一般社団法人全国特定施設事業者協議会が策定している自主基準適合審査用シートに記載されている有老協入居者基金(要介護データ)を用いて、介護付有料老人ホームにおける母集団の居住継続率が概ね50%になる期間を算定しました。その上で下表の通り3つの年齢区分に分け、当社グループ介護付有料老人ホームの入居者実績から想定される入居時平均年齢である83歳を76歳から85歳の区分における基準年齢とし、65歳から75歳の区分及び86歳以上の区分では、83歳に最も近い75歳及び86歳を各年齢区分における基準年齢と致しました。以下の通り、基準年齢における想定居住期間をもって各年齢区分の想定居住期間として決定しています。

年齢(歳)	65～75	76～85	86歳以上
想定居住期間(ヶ月)	84	72	60

(2) 想定居住期間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額の設定

一般社団法人全国特定施設事業者協議会の自主基準適合審査用シートに記載されている有老協入居者基金(要介護データ)を用いて、年齢区分毎の基準年齢における前払金合計額に対する想定居住期間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額を算定しました。当該額の前払金に対する割合は、入居者に分かりやすい料金体系とするため、各年齢区分における数値(一桁以下切捨)である30%として決定しています。

【参考：前払方式選択時の具体例】

グランクレールHARUMI FLAGケアレジデンス	入居時年齢 80歳	3011号室
前払金 (①+②) (総額)16,920,000 円		
①想定居住期間内の家賃相当額 (前払方式における想定居住期間に応じた1ヶ月分の家賃相当額)×(想定居住期間(月数))		
	11,844,000 円	(前払金に占める割合は 70 %)
		算定式：235,000 円×70%×72ヶ月
②想定居住期間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額《非返還対象分※》		
	5,076,000 円	(前払金に占める割合は 30 %)

※入居日から3ヶ月以内に死亡又は解除もしくは解約により入居契約が終了する場合は、入居契約の定めに従い返還されます。