

(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 リハビリホームクララニシマゴメ				
住宅の所在地		〒 143-0026 東京都大田区西馬込一丁目29番12号				
住宅へのアクセス		最寄駅	都営浅草線「西馬込駅」			
		交通手段と所要時間	都営浅草線「西馬込駅」から徒歩4分（約270m）			
住宅の連絡先		電話番号	03-5746-9051			
		FAX番号	03-5746-9052			
		ホームページアドレス	http://www.benesse-style-care.co.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 <input type="checkbox"/> 該当なし <small>(土地の賃貸借契約は締結しておりませんが、登録システムとの整合性の関係で記載しております)</small>			
		期間	2015年9月1日 から 2045年8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	1371.22 m ²			
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2015年9月1日 から 2045年8月31日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		建築物用途区分	有料老人ホーム(児童福祉施設等)	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()	
	併設施設	延床面積	2,947.51 m ²	うち、サ 付き分	2,749.01 m ²	
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2015年9月1日 から 2045年8月31日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		施設名称	提供されるサービスの種類	事業所の場所		
		ベネッセ介護センター西馬込	訪問介護	<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		
		ベネッセ介護センター西馬込	居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
介護保険事業所番号(特定施設)		1371110956				
指定した自治体名		東京都				

指定年月日（初回）	2015年10月1日		
指定有効期限	2021年10月1日 から 2027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 type="checkbox"/> 混合型（自立除く） <input checked="" type="checkbox"/> 混合型（自立含む）		
介護保険の利用	<input checked="" type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護（一般型） <input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型）		
住宅の管理者名（役職名）	氏名	佐藤 亮太	役職名 ホーム長
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）	2015年10月1日		

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャベネッセスタイルケア		
	株式会社ベネッセスタイルケア		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	163-0905	
	東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリスビル		
事業主体の連絡先	電話番号	03-6836-1111	
	FAX番号	03-6836-1101	
	ホームページアドレス	http://www.benesse-style-care.co.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	滝山 真也	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	1995年9月7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	介護サービス付き賃貸借契約書のとおり	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には、その旨）	<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約					
入居者の資格	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>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。）</p>					
入居契約及び（介護利用）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	介護サービス付き賃貸借契約書のとおり					
契約期間等	入居契約	契約期間 更新	介護サービス付き賃貸借契約書のとおり			
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間 更新	介護サービス付き賃貸借契約書のとおり			

契約解除の内容					
<p>契約書に定める「ベネッセスタイルケアからの解約」の事由に該当した場合には、本契約は終了するものとします。また、利用者が死亡した場合、利用者の死亡日から3ヶ月を経過した後も、保証人からの書面による通知がない場合、ベネッセスタイルケアは本契約を解約することができます。</p>					
事業主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)					
解約条項					
解約予告期間					
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
<p>・利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、書面で1ヶ月前までに通知することによりいつでも本契約を解約することができます。なお、利用者とベネッセスタイルケアが合意の上で本契約の終了日の翌日を契約期間開始日とする本施設の新たな契約を締結する場合は、本契約の解約にあたり1ヶ月前までの解約の申し入れは不要です。 ※「1ヶ月前」とは暦月での基準となります。例えば、7月20日契約解除のご希望があれば、前月6月20日以前の書面提出が必要となります。 ・前項にかかわらず、利用者が死亡し、居室に居住する者がいなくなった場合、保証人は、遅滞なく書面で解約の申し入れを行うことにより、即時に本契約を解約することができます。</p>					
契約解約時の連絡先	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>リハビリホームくらら西馬込</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>03-5746-9051</td> </tr> </table>	名称	リハビリホームくらら西馬込	電話番号	03-5746-9051
名称	リハビリホームくらら西馬込				
電話番号	03-5746-9051				

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	68戸(登録申請対象戸数) / 68人							
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²						
	(最大)	18.00 m ²						
構造及び設備	共同利用設備	■あり □なし						
	構造	鉄筋コンクリート造 階数 地上4階						
竣工の年月日	2015年9月1日							
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している							
	■ エレベーターを備えている							
	■ 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	1 18.00 m ²	23	□有 ■無	□有 ■無	■有 □無	
	タイプ2	3	1 18.00 m ²	23	□有 ■無	□有 ■無	■有 □無	
	タイプ3	4	1 18.00 m ²	22	□有 ■無	□有 ■無	■有 □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	0か所				
			うち、男女共用	7か所				

浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	個浴	5か所	場所	1階～4階	面積	4.4～14.9 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	15.0 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	共同浴室における介護浴槽	4か所	場所	1～4階	面積	4.4～15.0 m ²
<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェアー浴							
<input checked="" 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	2～4階		面積	91.1～96.9 m ²		
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼用設備	機能訓練室		
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
機能訓練室	場所	2～4階		面積	91.1～96.9 m ²		
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼用設備	食堂		
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし					
その他の共用設備	ファミリールーム、事務所兼健康管理室、洗濯室、汚物処理室、多目的室、収納設備						
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	台数	1基	定員	15	ストレッチャー	可	
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
消防設備	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
非常災害対策	消防計画	消防署への届出日(消防署名)	2015年10月		(大森消防署)		
	防火管理者	ホーム長					
	避難訓練	防火管理者を定め、火災・非常災害時に備えて、避難経路の確保、消防用設備機器の設置、防災資材の使用などの必要な処置を行うほか、具体的な消防計画を作成して、管轄消防署に提出し、定期的な消防用設備等の点検を実施しています。また、管轄消防署の指導のもとで、年2回の定期消防訓練を実施し、火災・非常災害時の発生に備えています。					

5. 従業員の勤務体制

この項目の情報は、 2024年8月1日 時点の情報です。

従業員の数									
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		0	1	0	0	1	0.5	生活相談員	
生活相談員		0	2	0	0	2	1.0	管理者、介護職員	
看護職員(直接雇用)		2	0	13	1	16	4.2	機能訓練指導員	
看護職員(派遣)		0	0	0	0	0	0.0		
介護職員(直接雇用)		18	1	6	0	25	22.5	生活相談員	
介護職員(派遣)		0	0	12	0	12	3.2		
機能訓練指導員		0	0	5	1	6	1.0	看護職員	
計画作成担当者		1	0	0	0	1	1.0		
栄養士								委託：コンパスグループ・ジャパン株式会社	
調理員								委託：コンパスグループ・ジャパン株式会社	
事務員		0	0	2	0	2	1.2		
その他従業員		0	0	3	0	3	1.5		
1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間		40 時間							
介護職員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
社会福祉士		0	0	0	0	0	0.0		
介護福祉士		10	1	9	0	20	14.0		
実務者研修の修了者		1	0	3	0	4	2.0		
介護職員初任者研修の修了者		7	0	5	0	12	9.6		
介護支援専門員		0	0	0	0	0	0.0		
たん吸引等研修(不特定)									
たん吸引等研修(特定)									
資格なし・その他上記以外の資格		0	0	1	0	1	0.0		
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	0	0	1	1	0.0		
理学療法士		0	0	3	0	3	0.4		
作業療法士		0	0	1	0	1	0.5		
言語聴覚士		0	0	1	0	1	0.0		
柔道整復師		0	0	0	0	0	0.0		
あん摩マッサージ指圧師		0	0	0	0	0	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	20:00 ~ 7:00	0人	2人	0人	2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 2.0

（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
	実際の配置比率	2.0 : 1
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

職員の状況

管理者	他の職種との兼務		■あり □なし		兼務する職種		生活相談員				
	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	3	0	6	2	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	4	0	10	3	0	0	0	0	0	0	
業務に応じた事職したの経年数	1年未満	2	14	7	13	1	0	0	5	0	0
	1年以上3年未満	0	0	5	1	1	0	0	0	1	0
	3年以上5年未満	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	3	2	0	0	0	1	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	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

心身に何らかの不自由があり、お一人で日常生活を営むことが困難な高齢者と、そのご家族に「第二の自宅」と思ってもらえるサービスと、ご家庭の居心地の良さを追求し、安心できるケアを目指します。運営にあたっては、「1個人の自由・尊厳・プライバシーの尊重」「2個人に合わせたケアプログラム」「3気の合う方々とのご生活」「4できることは極力ご自分で、無理のない自立」「5身体介護だけではなく「生活・こころ」の視点」「6ご家族にご参加いただくケア」を大切にしています。

介護保険対象サービスの種類・提供方法等

サービスの種類	提供方法	提供者
生活把握(安否確認)	1日1回以上実施(定期的な巡回や介護サービス提供時)	株式会社ベネッセ スタイルケア
生活相談	当ホームのスタッフに随時申し出ください。	
緊急時対応	健康上、防犯上等の緊急時には、ナースコールを押して通報してください。事務室およびスタッフが携帯するPHSで受信し、スタッフが駆けつけ対応します。	
食事介助	ホームで提供いたします。 (厨房業務は委託、委託先：コンパスグループ・ジャパン株式会社)	
入浴介助	ホームで提供いたします。	
排せつ介助	ホームで提供いたします。	
居室清掃・洗濯等 家事援助	ホームで提供いたします。 (洗濯業務の一部は委託、委託先：株式会社ベネッセソシアス)	
健康管理	ホームで提供いたします。	
服薬管理	ホームで提供いたします。	
金銭管理	預り金管理サービスをご利用いただけます。	

住宅で対応できる医療的ケアの内容

お客様の状態を確認させていただいた上で、ご相談させていただきます。

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

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 type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
A・D・L維持等加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> （100単位） <input type="checkbox"/> （40単位） ）	<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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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 checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅱ） ）	<input 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 type="checkbox"/> （Ⅱ） <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅲ） ）	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算 （特定施設）	<input checked="" type="checkbox"/> あり（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算 （介護予防特定施設）	<input checked="" type="checkbox"/> あり（Ⅱ）	<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	■あり □なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	2 : 1
食事の提供サービス	1日3食(朝食、昼食、夕食)の提供、栄養管理 ※一週間前までに所定の用紙にて申請することにより、1食単位で料金をいただきます。		厨房業務はコンパスグループ・ジャパン株式会社へ委託
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
ご家族等の利用者居室での宿泊に伴う費用	1,100円(1泊2日/1名当たり) ※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することができるサービスです。このサービスは、以下の限定的期間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場合に限り、ご利用いただけます。 ・利用開始時 ・終末期の看取り時 なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。 *寝具・リネン類はホームにてご用意します *食事は含まれません *前日までの申込みが必要です(ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はご相談ください)		
ご家族等への食事の提供	朝食462円 昼食583円 夕食935円 *1週間前までの申込みが必要です *申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料(全額)をいただきます		
外出時の同行	1,980円(30分) 30分を超える毎に繰り上げて請求します。 外出時の同行については、ご利用者・ご家族様にて付添い人のご手配をお願いします。 手配が困難な場合や、やむを得ない事情により当社にて対応させていただいた場合の費用になります。ただしホームの協力医療機関への通院同行は無料です。 *事前の申し込みが必要です *スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります *往復の交通費実費が別途かかります *救急搬送に同行する場合は無料です		
各種手続き代行	660円(30分) 30分を超える毎に繰り上げて請求します。 *事前の申し込みが必要です *スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります *手続きに要するホームから現地への往復に要した時間も含みます *往復の交通費実費が別途かかります		
買物代行	220円(1回) *事前の申し込みが必要です *スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります *ホームで定期的に行う買物代行サービス(週1回)は無料です *近隣で購入できるものに限りです		
預り金管理サービス	無料 *サービス内容は、管理規程に記載されている「預り金管理サービス利用規程」をご参照ください		

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 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 checked="" type="checkbox"/> 4 その他 () 利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

協力医療機関	医療機関1	名称	医療法人財団 中島記念会 大森山王病院		
		所在地	東京都大田区山王3丁目9番6号		
		診療科目	内科、リハビリテーション科、老年内科		
		急変時の相談対応*	あり	事業者の求めに応じた診療*	あり
		協力内容	協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)		
	医療機関2	名称	医療法人社団 洋誠会 かわいクリニック		
		所在地	東京都大田区西蒲田7-37-10 グリーンプレイス蒲田 3階		
		診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、皮膚科、精神科、アレルギー科、耳鼻咽喉科		
		急変時の相談対応*	あり	事業者の求めに応じた診療*	あり
		協力内容	協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)		
	医療機関3	名称	医療法人 横浜未来ヘルスケアシステム 大田池上病院		
		所在地	東京都大田区池上2-7-10		
診療科目		内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、人工透析内科、外科、消化器外科、肛門外科、整形外科、皮膚科、婦人科、眼科、リハビリテーション科			
急変時の相談対応*		なし	事業者の求めに応じた診療*	なし	
協力内容		協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じての対応となります。利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担)			
協力歯科医療機関	名称	なし			
	所在地				
	診療科目				
	協力内容				

* 協力医療機関との協定に基づき、体制を常時確保している場合に「あり」としています。

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式					
	※選択方式の場合： (該当する方式全て選択) <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・月払い方式					
料金構造	前払金		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき賃料等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。	
	金額	期間				
	算定方法					
	(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	支払方法				
	償却開始日					
	契約終了時の返還金	算定方法				
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	期間	起算日		
		算定方法				
	返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)				
前払金の保全先	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称					
	<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等の名称					
	<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社の名称					
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会					
<input type="checkbox"/> その他 (名称:)						
敷金		算定根拠				
金額	750,000 円	家賃の	6 か月分	契約終了時に全額返還しますが、賃料その他本契約から生じる債務(居室の賃貸借に係る部分に限る)の担保金となりますので債務がある場合は差し引くことがあります。		

月額費用		算定根拠					
家賃	125,000 円	【賃料】 近傍同種の家賃相場を参考に設定					
共益費	72,048 円	施設の維持・管理費、共用部分(共同利用設備およびその他の共用設備)の水光熱費等に充当します。					
管理費	60,016 円	居室(各住戸部分)の水光熱費、厨房運営費に充当します。					
介護費用 (介護保険)	1ヶ月 30 日の場合	※地域単価	10.9 円				
		※給付率	90 %				
(1割負担の場合) 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります							
	基本単位	加算※	介護職員等処遇改善加算(1)	総単位数	月額費用 (円)	保険請求額 (円)	自己負担額 (円)
	a	b	c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	d=a+b+c	e=d×地域単価 小数点以下四捨 捨て	f=e×給付率 小数点以下四捨 捨て	g=e-f
要支援1	5,490	1,370	878	7,738	84,344	75,909	8,435
要支援2	9,390	1,370	1,377	12,137	132,293	119,063	13,230
要介護1	16,260	2,390	2,387	21,037	229,303	206,372	22,931
要介護2	18,270	2,390	2,644	23,304	254,013	228,611	25,402
要介護3	20,370	2,390	2,913	25,673	279,835	251,851	27,984
要介護4	22,320	2,390	3,163	27,873	303,815	273,433	30,382
要介護5	24,390	2,390	3,428	30,208	329,267	296,340	32,927
<p>※ 加算には、「夜間看護体制加算(I)」「協力医療機関連携加算(100単位/月)」「個別機能訓練加算(I)」「生活機能向上連携加算(II)」「サービス提供体制強化加算(I)」「入居継続支援加算(I)」「ADL維持等加算(II)」「科学的介護推進体制加算」「高齢者施設等感染対策向上加算(I)」「生産性向上推進体制加算(I)」を含めた1割負担の方の場合における自己負担額(目安)です。</p> <p>要支援1・2については「夜間看護体制加算」「入居継続支援加算」「ADL維持等加算」は含まれていません。要介護1～5については「入居継続支援加算」を算定する場合は「サービス提供体制強化加算」は算定できない為、含まれていません。</p> <p>なお、上表の金額は算定した加算の内容等によって実際の自己負担額と異なる場合があります。</p>							
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ ※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日						
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 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 type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…100単位/月、加算Ⅱ…200単位/月(個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月)						
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり (<input 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
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> なし※要介護者のみ ※加算Ⅰ…18単位/日、加算Ⅱ…9単位/日
若年性認知症入居者受入加算(120単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※対象者のみ、※上の表には含んでいません。
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 100単位 <input type="checkbox"/> 40単位) <input type="checkbox"/> なし
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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算(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 ※上の表には含んでいません。
退居時情報提供加算(250単位/回)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※要介護者のみ、対象者のみ ※上の表には含んでいません。
看取り介護加算(72~1,780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 ※上の表には含んでいません。
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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ) <input 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 (加算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(特定施設)	<input checked="" type="checkbox"/> あり (加算Ⅱ) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…12.8%、Ⅱ…12.2%、Ⅲ…11.0%、Ⅳ…8.8%
介護職員等処遇改善加算(介護予防特定施設)	<input checked="" type="checkbox"/> あり (加算Ⅱ) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…12.8%、Ⅱ…12.2%、Ⅲ…11.0%、Ⅳ…8.8%

※利用者が1か月に支払った1割(2割または3割)負担の合計額が、一定の上限を超えたときは、超えた分が行政への手続きを行うことにより払い戻されます(高額介護サービス費)。

(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	99,000円~176,000円	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 算定根拠: ①くらし上乗せ介護費用:当ホームでは要介護者・要支援者2名に対し、常勤換算1名以上の職員体制(週40.0時間換算)をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額としています。 ②要介護認定が自立の場合:くらし上乗せ介護費用176,000円が適用になります。
(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	ご家族等の利用者居室での宿泊に伴う費用	1,100円(1泊2日/1名当たり) ※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することができるサービスです。このサービスは、以下の限定的期間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場合に限り、ご利用いただけます。 ・利用開始時 ・終末期の看取り時 なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められません。 *寝具・リネン類はホームにてご用意します *食事は含まれません *前日までの申込みが必要です(ご利用者の急な体調変化に伴う付き添い希望の場合等はこちらにご相談ください)
	ご家族等への食事の提供	朝食462円 昼食583円 夕食935円 *1週間前までの申込みが必要です *申込期限を過ぎてもキャンセルはキャンセル料(全額)をいただきます

		<p>1,980円(30分) 30分を超える毎に繰り上げて請求します。 外出時の同行については、ご利用者・ご家族様にて付添い人のご手配をお願いします。</p> <p>手配が困難な場合や、やむを得ない事情により当社にて対応させていただいた場合の費用になります。ただしホームの協力医療機関への通院同行は無料です。</p> <p>*事前の申し込みが必要です *スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります *往復の交通費実費が別途かかります *救急搬送に同行する場合は無料です</p>
		<p>660円(30分) 30分を超える毎に繰り上げて請求します。</p> <p>*事前の申し込みが必要です *スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります *手続きに要するホームから現地への往復に要した時間も含まれます *往復の交通費実費が別途かかります</p>
		<p>220円(1回)</p> <p>*事前の申し込みが必要です *スタッフの手配の状況によってはお受けできない場合もあります *ホームで定期的に行う買い物代行サービス(週1回)は無料です *近隣で購入できるものに限りです</p>
		<p>無料</p> <p>*サービス内容は、管理規程に記載されている「預り金管理サービス利用規程」をご参照ください</p>
食費	39,180円	<p>【食材費】朝食 291円、昼食 432円、夕食 583円 上記の「朝食、昼食、夕食」の食材費については軽減税率の対象とし、一食につき670円以下(税抜)の食材費は、消費税率8%に基づいて記載しています。</p> <p>1日当たり 1,306円 × 30日で精算</p> <p>キャンセルする場合の取扱:一週間前までに所定の用紙にて申請することにより、1食単位で料金をいただきます。</p>
その他		医療費や紙おむつ等は実費負担となります。
合計	395,244～ 472,244円	賃料・食材費(30日分)・共益費・管理費・くらし上乗せ介護費用の合計額です。介護保険費用等は含まれていません。
支払日・支払方法		<p>・別途指定いただく利用者／ご家族の金融機関口座からの自動振替を原則としています。 ※契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。 ※金融機関での手続きが完了するまでの1～2ヶ月間は金融機関口座へのお振込みとなります。</p> <p>・請求書記載の指定金融機関口座への振込によるお支払いも可能です。</p> <p>・前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月15日までに送付します。自動振替の場合は当月26日にご指定いただいた金融機関口座(法人名義の口座はご指定いただけません。)より引き落とし、お振込の場合は当月26日までに指定口座にお振込み願います。(26日が金融機関の休業日の場合は翌営業日)</p> <p>※お振込みは、利用者または保証人の名義とし、振込手数料は、利用者の負担となります。自動振替またはお振込みについては、本店(本社)の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関口座のご使用をお願いいたします。(上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます)</p> <p>※金融機関口座からの自動振替は収納代行会社を通じて行います。収納代行会社の都合上、一部ご使用いただけない金融機関もあります。</p> <p>・領収証は入金月の翌月に発行いたします。</p> <p>※領収書の再発行はできかねますので、お手元に届いた領収書は、大切に保管いただきますようお願いいたします。</p>

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い

【介護費用の取扱い】

- ・不在期間については、介護給付費は支給されませんので、自己負担額の請求もありません。
 - ・入院中に、一時的にホームを利用される場合は、介護保険を利用できません。
- ※介護保険を利用できない場合、利用者の要介護（要支援）度に応じた介護保険給付費と同等額が全額自己負担となるほか、消費税が別途課税されます。

【くらし上乗せ介護費用の取扱い】

介護体制の維持に必要なため、不在期間についても全額請求します。

【食材費の取扱い】

一週間前までに所定の用紙にて申請することにより、不在期間について欠食時と同様に請求はありません。

料金改定の条件及び手続き

- ・共通費用および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の観点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
- ・介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。
- ・くらし上乗せ介護費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の観点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。
- ・敷金、賃料、共益費および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。

料金プラン（代表的なプランを2例）

別紙の通り

8. 入居者の状況

この項目の情報は、 2024年8月 の情報です。

入居者の状況									
平均年齢		89.4 歳		入居者数合計		59 人			
介護度別・ 年齢別入居 者数	年齢/介護度	自立・未認定級	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	0	0	0	0	0	0	0	0
	65歳以上75歳未満	0	1	1	0	0	0	1	0
	75歳以上85歳未満	0	3	0	0	2	1	1	0
	85歳以上	0	4	4	16	9	7	6	3
合計		0	8	5	16	11	8	8	3
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	15	4	40	0	0	0	59	
男女別入居者数		男性： 15 人			女性： 44 人				
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		86.7 % (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		0		他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		0		
	介護老人福祉施設(特養等)への転居		0		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居		1		
	介護老人保健施設への転居		0		医療機関(入院)		1		
	介護療養型医療施設への転居		2		死亡		9		
	有料老人ホーム(サ付き除く)への転居		2		その他		3		

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) リハビリホームくらら西馬込 苦情相談窓口
電話番号	03-5746-9051
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) 株式会社ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口
電話番号	0120-251-662
対応している時間	平日 9時 30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
窓口の名称	(区市町村) 大田区役所 介護保険課
電話番号	03-5744-1359
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
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、年末年始
サービスの提供において事故が発生したときの対応	
具体的な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡・救急車の呼び出し等）を行います。 ・事故が発生した場合には、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及び保険者に報告します。
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 三井住友海上福祉事業者総合賠償責任保険） <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等			
管理規程に定める通り			
共用設備の利用について			
管理規程に定める通り			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き			
<p>ホームは、サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、確認書を取り交わします。その態様および時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合および行政機関等の指示等がある場合には、開示します。なお、3つの要件のいずれかを満たさなくなった場合には、身体拘束・その他利用者の行動を制限する行為を解除いたします。</p> <p>また、身体拘束廃止・虐待防止のために以下の取り組みを実施しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止の責任者をホーム長とします ・苦情解決体制の整備 ・職員会議にて、定期的に虐待防止のための啓発・周知 ・身体拘束廃止のための指針の策定 ・マニュアルの整備 ・法令の定めに基づく研修の実施 ・法令の定めに基づく「身体拘束廃止・虐待防止委員会」の開催 ・虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または利用者のご家族、および行政機関への速やかな報告 			
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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (重要事項説明書)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ()	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

その他

サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託			
	委託する業務の内容 (契約事項)				
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ		
		住所(事務所所在地)	〒		
修繕計画	計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	大規模修繕の実施予定	月頃実施予定			
	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 1 回)				
	(開催内容等)	ベネッセスタイルケアは、本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年1回定例会を、また必要に応じて臨時会を開催します。運営懇談会の構成員は、利用者、保証人、当ホームの管理者ならびにその他の職員とします。			
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要				
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実施日	毎年4月頃 <table border="1"> <tr> <td>結果の開示</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> </tr> </table>	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	実施日	<table border="1"> <tr> <td>実施機関の名称</td> <td></td> </tr> </table>	実施機関の名称	
実施機関の名称					
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨	基本方針及び都の「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。				

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

2024年12月1日 現在

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	29	ベネッセ介護センター高円寺	杉並区高円寺南四丁目26番16号ピクトリアプラザ高円寺ビル4階
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	141	アリア高井戸	杉並区高井戸東三丁目29番38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	有り	1	くらら南大沢	八王子市南大沢三丁目6番2号
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	有り	2	ベネッセデイサービスセンター三軒茶屋	世田谷区太子堂二丁目37番2号
居宅介護支援	有り	9	ベネッセ介護センター高円寺	杉並区高円寺南四丁目26番16号ピクトリアプラザ高円寺ビル4階
<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	135	アリア高井戸	杉並区高井戸東三丁目29番38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	有り	1	くらら南大沢	八王子市南大沢三丁目6番2号
介護予防支援	有り	1	杉並区地域包括支援センターケ724高円寺	杉並区高円寺南四丁目26番16号ピクトリアプラザ高円寺ビル4階
<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			

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、
理解しました。

年 月 日

利用者 署名

印

保証人署名

印

説明者職・氏名

印

