令和8年6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

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　ディーフェスタクオーレタチカワ ディーフェスタクオーレ立川				
住宅の所在地		〒　190 － 0002 東京都立川市幸町二丁目53番1号				
住宅へのアクセス		最寄駅	多摩都市モノレール「泉体育館駅」			
		交通手段と所要時間	多摩都市モノレール「泉体育館駅」より徒歩10分			
住宅の連絡先		電話番号	042-537-8928			
		ＦＡＸ番号	042-537-8931			
		ホームページアドレス	https://www.daiwaliving-care.co.jp/d-festa/cuore-tachikawa/			
権原等	敷地	所有関係	☐所有権	☐地上権	☑賃借権	☐使用貸借による権利
		期間	令和　2年　1月　1日　から	令和　27年　3月　15日　まで		
		抵当権	☐あり	☑なし		
		自動更新	☑あり	☐なし		
		敷地面積	2706.55 ㎡			
	住宅(建物)	所有関係	☐所有権	☐地上権	☑賃借権	☐使用貸借による権利
		期間	令和　2年　1月　1日　から	令和　27年　3月　15日　まで		
		抵当権	☐あり	☑なし		
		自動更新	☑あり	☐なし		
		建築物用途区分	老人ホーム	耐火構造	☑耐火建築物	☐準耐火建築物　☐その他(　　)
		延床面積	2,164.20 ㎡	うち、サ付き分	1,985.82 ㎡	
	併設施設	所有関係	☐所有権	☐地上権	☑賃借権	☐使用貸借による権利
		期間	令和　2年　1月　1日　から	令和　27年　3月　15日　まで		
		抵当権	☐あり	☑なし		
		自動更新	☑あり	☐なし		
		施設名称	提供されるサービスの種類	事業所の場所		
		デイサービス　ディーフェスタ立川	通所介護事業	☑同一建物内	☐同一敷地内	☐隣接する土地
				☐同一建物内	☐同一敷地内	☐隣接する土地
				☐同一建物内	☐同一敷地内	☐隣接する土地
				☐同一建物内	☐同一敷地内	☐隣接する土地
介護保険事業所番号（特定施設）		1373003357				
指定した自治体名		東京都				
指定年月日（初回）		2020/1/1				
指定有効期限		2031/12/31				
入居時の要件		☐介護専用型(要介護のみ)　☐混合型(自立除く)　☑混合型(自立含む)				
介護保険の利用		☑(介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型)　☐(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	小石一樹	役職名	施設長	
終身賃貸事業者の事業の認可		☐法第52条の認可を受けている　☑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27年5月1日				

2．事業主体

事業主体の名称	フリガナ　アルソックケアカブシキガイシャ ＡＬＳＯＫケア株式会社				
事業主体の主たる事務所の所在地	〒　108-0073 東京都港区三田三丁目1番7号 三田東宝ビル６階				
事業主体の連絡先	電話番号	03-5908-0889			
	ＦＡＸ番号	03-5908-0891			
	ホームページアドレス	https://www.daiwaliving-care.co.jp/			
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	稲村泰伸	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	令和元年9月20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	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）	☑ 普通賃貸借契約　☐ 定期賃貸借契約　☐ 終身建物賃貸借契約　☐ 利用権契約						
入居者の資格	☑ 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）						
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり						
契約期間等	入居契約	契約期間	年　月　日　から　年　月　日　まで				
		更新					
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年　月　日　から　年　月　日　まで				
		更新					

契約解除の内容

事業者は、賃貸借契約書第9条及び（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書15条の規定に基づき、以下の場合には契約を解除することができます。
1. 入居申込書に虚意の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。
2. 料金の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上遅滞するとき。
3. 施設が定める諸規則にしばしば違反があったとき。
4. 入居者の行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ、入居者に対する通常の対応方法ではこれを防止することができないとき。
5. 長期不在により、この契約を継続する意思がないと施設が判断したとき。

事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）

解約条項	
解約予告期間	か月

利用者からの解約・予告期間・連絡先

入居者は事業者に対して、解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで、本契約を解約することができます。

契約解約時の連絡先	名称	ディーフェスタクオーレ立川
	電話番号	042-537-8928

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	48 戸（登録申請対象戸数）　／　51 人					
居住部分の規模	（最小）	25.00 ㎡	詳細については下記「設備の詳細」を参照			
	（最大）	31.85 ㎡				
構造及び設備	共同利用設備	☑ あり　☐ なし				
	構造	重量鉄骨造	階数	地上3階	うち、サ付き分	地上3階
竣工の年月日	平成27年3月13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

		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考
介護居室	タイプ1	1	1	26.44 ㎡	1	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ2	1	1	25.00 ㎡	4	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ3	1	2	31.85 ㎡	1	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ4	2	1	25.00 ㎡	19	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ5	2	1	26.44 ㎡	1	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ6	2	2	31.85 ㎡	1	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ7	3	1	25.00 ㎡	19	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ8	3	1	26.44 ㎡	1	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ9	3	2	31.85 ㎡	1	☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無	
	タイプ10					☐有 ☐無	☐有 ☐無	☐有 ☐無	

	階	定員	面積	戸数	備考
一時介護室					

便所	共同便所	2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））　2階（1か所（車いす等対応可能））

浴室	居室	☑全部 ☐一部 ☐なし						
	共同浴室	個浴	1か所	場所	1階（1か所），　階（　か所）	面積	25.96 ㎡	
			併設施設との共用の有無	☑あり（デイサービス　ディーフェスタ立川） ☐なし				
		大浴槽	か所	場所	階	面積	㎡	
			併設施設との共用の有無	☐あり（　） ☐なし				
		共同浴室における介護浴槽	1か所	場所	1階	面積	25.96 ㎡	
				☑1 チェアー浴				
				☐2 リフト浴				
				☐3 ストレッチャー浴				
				☐4 その他（　）				
			併設施設との共用の有無	☑あり（デイサービス　ディーフェスタ立川） ☐なし				

食堂	場所	1階	面積	102.96 ㎡
	兼用	☑あり ☐なし	兼用設備	機能訓練室
	併設施設との共用	☐あり（　） ☑なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	☐あり ☑なし			
機能訓練室	場所	1階	面積	102.96 ㎡
	兼用	☑あり ☐なし	兼用設備	機能訓練室
	併設施設との共用	☐あり（　） ☑なし		
その他の共用設備	相談室、健康管理室、ランドリー室、理美容室、談話スペース			
エレベーター	☑あり ☐なし			
	台数	1基	定員	11人	ストレッチャー	ストレッチャー対応

緊急呼出装置	居室	☑あり ☐なし	脱衣室	☐あり	☑なし
	便所	☑あり ☐なし	浴室	☑あり	☐なし
消防設備	自動火災報知設備	☑あり ☐なし	火災通報装置	☑あり	☐なし
	スプリンクラー	☑あり ☐なし	消火器	☑あり	☐なし

非常災害対策	消防計画	消防署への届出日（消防署名）	平成　27年　5月　（　立川消防署）
	防火管理者	小石一樹	
	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

従業者の状況

職種＼実人数	常勤 専従	常勤 非専従	非常勤 専従	非常勤 非専従	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）
管理者	0	1	0	0	1	0.9	介護職員
生活相談員	0	1	1	0	2	1.0	介護職員
看護職員（直接雇用）	1	1	0	2	4	3.0	同一敷地内DS兼務
看護職員（派遣）	0	0	0	0	0	0.0	
介護職員（直接雇用）	9	2	4	0	15	12.0	管理者、生活相談員
介護職員（派遣）	0	0	0	0	0	0.0	
機能訓練指導員	0	1	0	2	3	0.1	
計画作成担当者	0	0	1	0	1	0.7	
栄養士	0	0	0	0	0		
調理員	0	0	0	0	0		絆フーズ株式会社へ業務委託
事務員	0	0	0	0	0		
その他従業員	0	0	5	0	5		清掃職員

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 専従	常勤 非専従	非常勤 専従	非常勤 非専従	合計	常勤換算	備考
社会福祉士	0	0	0	0	0	0	
介護福祉士	5	2	2	0	10	8	
実務者研修の修了者	3	0	0	0	3	2	
介護職員初任者研修の修了者	0	0	4	0	4	3.3	
介護支援専門員	0	0	0	0	0	0	
たん吸引等研修（不特定）	0	0	0	0	0	0	
たん吸引等研修（特定）	0	0	0	0	0	0	
資格なし	0	0	0	0	0	0.0	

機能訓練指導員の資格

職種＼実人数	常勤 専従	常勤 非専従	非常勤 専従	非常勤 非専従	合計	常勤換算	備考
看護師又は准看護師	0	1	0	2	3	0.1	
理学療法士	0	0	0	0	0	0	
作業療法士	0	0	0	0	0	0	
言語聴覚士	0	0	0	0	0	0	
柔道整復師	0	0	0	0	0	0	
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0	0	
はり師又はきゅう師	0	0	0	0	0	0	

管理者の資格　介護福祉士　介護支援専門員

夜勤・宿直体制	時間帯			平均人数 看護職員	平均人数 介護職員	最少時人数 看護職員	最少時人数 介護職員	備考
夜勤	17:00	～	10:00	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　2.5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】 ※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	□ １．５：１ 以上 □ ２ ：１ 以上 □ ２．５：１ 以上 ☑ ３ ：１ 以上
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	2.5 ： 1
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	サービス付き高齢者向け住宅の職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）

管理者	他の職種との兼務	☑あり ☐なし	兼務する職種	介護職員
	業務に係る資格等	☑あり ☐なし	資格等の名称	介護福祉士、介護支援専門員

	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	1	1	3	0	0	0	1	0	0
前年度1年間の退職者数	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0
当該事業に従事した経験年数 1年未満	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
当該事業に従事した経験年数 1年以上3年未満	0	1	4	0	0	1	0	1	0	1
当該事業に従事した経験年数 3年以上5年未満	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0
当該事業に従事した経験年数 5年以上10年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
当該事業に従事した経験年数 10年以上	1	0	1	0	1	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

■入居者様が安心して日常生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供いたします。
■入居者様の意思及び人格を尊重し、常に入居者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。
■入居者が介護や医療を必要とする場合には、円滑に介護サービスや医療サービスが受けられるよう、当住宅の生活相談員、介護支援専門員、看護師、介護職員、協力医療機関等が連携し支援いたします。
■医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療サービス事業所等のサービスを自由に選択することができます。

介護保険対象サービスの種類・提供方法等

サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握（安否確認）	緊急コール設置個所：各居室、各居室の浴室、各居室のトイレ 夜間：介護職員を1名以上配置し、2～3時間に1回程度、定期巡回を行います。 日中：バイタル測定時、食事提供時に安否確認を行います。食事の提供を利用されない方につきましては、2～3時間に1回程度、定期巡回を行います。	自ら実施
生活相談	・生活相談員（介護福祉士、介護支援専門員等）が、随時、生活相談（日常生活でお困りのこと、介護認定の申請やサービスについて、状態が悪化した場合のご不安等）、健康相談等をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	・住宅職員が24時間365日常駐し、緊急時の対応を行います。 ・各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ住宅職員が携帯しているPHSにて通報元を確認し、駆けつけ、必要な対応（状態の確認、看護職員・医療機関・家族等への連絡等）を行います。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回入浴介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 ・排せつの自立に向けた援助を行います。	自ら実施
居室清掃 洗濯等家事援助	・週2回居室内の清掃を行います。（換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者を案内します。） ・委託業者により、週2回洗濯を行います。（日常の洗濯以外の私物洗濯は自己負担です。） ・週1回シーツ交換を行います。	自ら実施 週2回の洗濯のみ委託 （委託先：ワタキューセイモア株式会社）
健康管理	・看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・看護職員により、健康相談をお受けします。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。	自ら実施
金銭管理	なし	

住宅で対応できる医療的ケアの内容	
	点滴、胃ろう、たんの吸引、在宅酸素、バルーンカテーテル、ストマ、インスリン注射、その他協力医療機関と相談し対応を行います。 ※夜間のケアや頻度等によって対応できない場合があります。

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	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☑ なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	☐ あり	☑ なし
生活機能向上連携加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☑ なし
個別機能訓練加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☑ なし
ADL維持等加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☑ なし
夜間看護体制加算	☑ あり（ ☐（Ⅰ） ☑（Ⅱ） ）	☐ なし
若年性認知症入居者受入加算	☑ あり	☐ なし
協力医療機関連携加算	☑ あり（ ☑（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☐ なし
口腔・栄養スクリーニング加算	☐ あり	☑ なし
科学的介護推進体制加算	☑ あり	☐ なし
退院・退所時連携加算	☑ あり	☐ なし
退居時情報提供加算	☑ あり	☐ なし
看取り看護加算	☑ あり（ ☑（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☐ なし
認知症専門ケア加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☑ なし
高齢者施設等感染対策向上加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ）	☑ なし
生産性向上推進体制加算	☑ あり（ ☐（Ⅰ） ☑（Ⅱ） ）	☐ なし
サービス提供体制強化加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ☐（Ⅲ） ）	☑ なし
介護職員等処遇改善加算	☑ あり ☐（Ⅰ）☑（Ⅱ）☐（Ⅲ）☐（Ⅳ）☐（Ⅴ）(1) ☐（Ⅴ）(2) ☐（Ⅴ）(3) ☐（Ⅴ）(4) ☐（Ⅴ）(5) ☐（Ⅴ）(6) ☐（Ⅴ）(7) ☐（Ⅴ）(8) ☐（Ⅴ）(9) ☐（Ⅴ）(10) ☐（Ⅴ）(11) ☐（Ⅴ）(12) ☐（Ⅴ）(13) ☐（Ⅴ）(14) ）	
		☐ なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	☑ あり	☐ 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）	3 ： 1
食事の提供サービス	・食事のお申込は入居者が選択することができます。 ・食事提供は、1階食堂で朝食は8時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時までの時間帯で行います。 ・キャンセル、変更等は提供される3日前の17時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。 ・食事サービス費については、その実績を当月末で締め、翌月に請求いたします。	絆フーズ（株）へ業務委託	

その他利用者の個別的な選択によるサービス提供	
個別的な外出介助	あり
個別的な買物等の代行	あり
週3回以上の入浴介助	あり

医療機関との連携・協力
（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			☑ 1 救急車の手配
			☑ 2 入退院の付き添い
			☑ 3 通院介助
			☐ 4 その他　（　　）
協力医療機関	医療機関1	名称	西立川クリニック
		所在地	東京都立川市富士見町1-33-3　サンビナス立川内1階 住宅からの距離：約5㎞
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介
	医療機関2	名称	
		所在地	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	グレースデンタルクリニック多摩分院
		所在地	東京都西東京市田無町2-12-11　ハイツベルスプリング1階 住宅からの距離：約11㎞
		診療科目	歯科
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア、健康相談
協力歯科医療機関		名称	山下歯科診療所
		所在地	東京都立川市幸町2丁目23-8 住宅からの距離：約0.5㎞
		診療科目	歯科
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア、健康相談

7．料金の請求及び支払方法

支払方式		☑ 月払い方式　☐ 全額前払い方式　☐ 一部前払い方式　☐ 選択方式				
		※選択方式の場合：（該当する方式全て選択）　☐ 月払い方式　☐ 全額前払い方式　☐ 一部前払い・一部月払い方式				
料金構造	前払金		☐ あり　☑ なし	※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。		
	金額	円	期間	年／終身		
	算定方法	月額単価（　　円）×想定居住期間（　月）により算出				
	（説明）	月額単価の内容	家賃・共益費			
			サービス提供の対価			
		想定居住期間の算出根拠				
	支払日	（支払期日を記入）	支払方法			
	償却開始日	年　月　日（入居契約書に定める償却開始日を記入）				
	契約終了時の返還金	円	算定方法	（短期解約ではない場合の返還金の算定方法を記入）		
	短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算日　入居した日
		算定方法	（日額単価を明示した上で日割り計算で記入）			
	返還期限	（入居契約書に定める返還期限を記入）				
	前払金の保全先	☐	連帯保証を行う銀行等の名称			
		☐	信託契約を行う信託会社等の名称			
		☐	保証保険を行う保険会社の名称			
		☐ 全国有料老人ホーム協会				
		☐ その他　（名称：　　）				
	敷金		算定根拠			
	金額	0円	家賃の　　か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。		

料金構造

月額費用		算定根拠
家賃	97,000円	1室あたりの定員1人（25.00㎡）
	102,000円	1室あたりの定員1人（26.44㎡）
	121,000円	1室あたりの定員2人（31.85㎡）
共益費	35,400円	居室、共用設備の水道光熱費及び共用設備の維持管理費

介護費用（介護保険）

1ヶ月 30 日の場合

※地域単価 10.54 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%）

（1割負担の場合）

	基本単位 a	加算 b	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	総単位数 d=a+b+c	月額費用（円） e=d×地域単価 小数点以下切捨て	保険請求額（円） f=e×給付率 小数点以下切捨て	自己負担額（円） g=e-f
要支援１	5,490	150	688	6,328	66,697	60,027	6,670
要支援２	9,390	150	1,164	10,704	112,820	101,538	11,282
要介護１	16,260	420	2,035	18,715	197,256	177,530	19,726
要介護２	18,270	420	2,280	20,970	221,023	198,920	22,103
要介護３	20,370	420	2,536	23,326	245,856	221,270	24,586
要介護４	22,320	420	2,774	25,514	268,917	242,025	26,892
要介護５	24,390	420	3,027	27,837	293,401	264,060	29,341

入居継続支援加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☑ なし ※加算Ⅰ…36単位/日、 加算Ⅱ…22単位/日 ※要介護者のみ
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	☐ あり ☑ なし
生活機能向上連携加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☑ なし ※加算Ⅰ…100単位/月、 加算Ⅱ…200単位/月
個別機能訓練加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☑ なし ※加算Ⅰ…12単位/日、 加算Ⅱ…20単位/月
ＡＤＬ維持等加算	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☑ 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	☑ あり（ ☐（Ⅰ） ☑（Ⅱ）） ☐ なし ※加算Ⅰ…18単位/日、 加算Ⅱ…9単位/日 ※要介護者のみ
若年性認知症入居者受入加算（120単位/日）	☑ あり ☐ なし ※対象者のみ
協力医療機関連携加算	☑ あり（ ☑（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☐ 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）	☐ あり ☑ なし ※対象者のみ
科学的介護推進体制加算（40単位/月）	☑ あり ☐ なし
退院・退所時連携加算（30単位/日）	☑ あり ☐ 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）	☑ あり ☐ なし ※対象者のみ
看取り介護加算	☑ あり（ ☑（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☐ 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	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☑ 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	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ）） ☑ 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	☑ あり（ ☐（Ⅰ） ☑（Ⅱ）） ☐ 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	☐ あり（ ☐（Ⅰ） ☐（Ⅱ） ☐（Ⅲ） ） ☑ 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	☐ あり ☐（Ⅰ） ☑（Ⅱ） ☐（Ⅲ） ☐（Ⅳ） ☐（Ⅴ）(1) ☐（Ⅴ）(2) ☐（Ⅴ）(3) ☐（Ⅴ）(4) ☐（Ⅴ）(5) ☐（Ⅴ）(6) ☐（Ⅴ）(7) ☐（Ⅴ）(8) ☐（Ⅴ）(9) ☐（Ⅴ）(10) ☐（Ⅴ）(11) ☐（Ⅴ）(12) ☐（Ⅴ）(13) ☐（Ⅴ）(14) ） ☐ 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	7,430 円	利用料の算出方法	家賃97,000円÷30日=3,233円/日 共益費35,400円÷30日=1,180円/日 フロントサービス費27,500÷30日=917円/日 朝食508円・昼食734円・夕食858円　計2,100円/日 ※1日当たりの利用料の目安は1ヶ月・30日計算で算出しております。 ※実際の利用の際には月毎の実日数にて1日当たりの利用料を算出いたします。

(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	円	☐ あり ☑ 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		・料金単価等は別添３「介護サービス等の一覧表」のとおり ・外出介助、買物等代行、週3回以上の入浴介助等	
食費	63,000円	朝食508円、昼食734円、夕食858円（税込）	
		1日当たり2,100円×30日で精算（税込）	
		キャンセルする場合の取扱：キャンセル、変更等は提供される日の3日前17時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。但し緊急の入院等やむを得ない理由によりキャンセル等の申し出ができなかった場合は除きます。 ※朝食と昼食は軽減税率(8%)の対象です。	
光熱水費	円	共益費に含む	
その他	27,500円	別添３「介護サービス等の一覧表」のとおり ・フロントサービス27,500円（税込）	
合計	222,900円 227,900円 246,900円	（居室面積 25.00㎡） （居室面積 26.44㎡） （居室面積 31.85㎡）	
支払日・支払方法	・月額料金は、毎月の請求による月払いで、家賃、共益費の料金は翌月分を当月にお支払いいただきます。フロントサービス、食費及び月額利用料に含まれない実費負担等については、当月分を翌月にお支払いただきます。 ・毎月20日までに請求書を発行し、利用者様に送付します。 ・毎月27日（土・日、祝祭日の場合は翌営業日）に支払請求分を指定する口座から引き落とします。		

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い

入院により不在の場合は、毎月賃料97,000～121,000円、共益費35,400円、フロントサービス27,500円（税込）となります。食費等の選択サービス費は利用実績によりお支払いいただきます。入居契約は存続しますので、退院後は入院前の居室に戻ることができます。

料金改定の条件及び手続き

料金改定にあたっては、施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘定し、運営懇談会の意見を聞いたうえで改定するものとします。

料金プラン（代表的なプランを２例）

			プラン１	プラン２
入居者の状況	要介護度		要介護２	要介護１
	自己負担割合		1割	2割
	年齢		80 歳	80 歳
居室の状況	床面積		25.00 ㎡	26.44 ㎡
	浴室		☑ あり ☐ なし	☑ あり ☐ なし
	台所		☑ あり ☐ なし	☑ あり ☐ なし
	収納		☑ あり ☐ なし	☑ あり ☐ なし
入居時点で必要な費用	前払金		0 円	0 円
	敷金		0 円	0 円
月額費用の合計			244,991 円	267,328 円
家賃			97,000 円	102,000 円
共益費			35,400 円	35,400 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用（※1）		22,091 円	39,428 円
	介護保険外（※3）	上乗せ介護費用（※2）	0 円	0 円
		介護費用（選択サービス）	0 円	0 円
		食費	63,000 円	63,000 円
		光熱水費	0 円	0 円
		その他	27,500 円	27,500 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		87.7 歳		入居者数合計	51 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	0	0	0	0	0	0	0	0
	65歳以上75歳未満	0	0	1	1	0	1	0	0
	75歳以上85歳未満	1	1	3	2	1	1	1	0
	85歳以上	2	3	4	14	10	2	1	2
	合計	3	4	8	17	11	4	2	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	1	6	29	13	2	0	51	
男女別入居者数		男性： 19 人			女性： 32 人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む）		100 % （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	8	人（下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる）	
	理由	人数(人)	理由	人数(人)
	自宅・家族同居	1	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居	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	1	死亡	4
	有料老人ホーム（サ付き除く）への転居	0	その他	0

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）ディーフェスタクオーレ立川　苦情相談窓口					
電話番号	042-537-8928					
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時	30分
	土曜	8時	30分	～	17時	30分
	日曜	8時	30分	～	17時	30分
	祝日	8時	30分	～	17時	30分
定休日	なし					
窓口の名称	（法人）ＡＬＳＯＫケア株式会社　　苦情相談窓口					
電話番号	03-5908-0889					
対応している時間	平日	8時	30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、日曜日、祝日					
窓口の名称	（区市町村）立川市　福祉保健部　介護保険課					
電話番号	042-528-4370					
対応している時間	平日	8時	30分	～	17時	15分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜・日曜日、祝日、年末年始の閉庁日					
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、日曜日、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	・事故発生時の状況の内容把握を行います。 ・当事者双方、事故関係者等から事故発生時の状況確認を行います。 ・ご家族等への連絡と状況に応じた対応を行います。 ・東京都が定める事故発生時の報告手順に従い東京都住宅政策本部及び保険者へ報告を行います。 ・市が定める事故発生時の報告手順に従い市へ報告を行います。 ・社内研修、ミーティング等を通して事故の再発防止に努めます。

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：　（東京海上日動火災保険株式会社）　）　☐ なし

１０．その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等

外出・帰宅及びご家族等の来訪等の時間制限はありません。外出、外泊、夜間のご家族等の来訪時は、事前に職員へご連絡下さい。

共用設備の利用について

正面玄関	・夜21時以降及び朝8時以前は施錠を行います。インターホンの対応や玄関の開閉は、住宅職員が行います。
食堂・機能訓練室	・食事提供時間帯（朝食：8時～9時、昼食：12時～13時、夕食：18時～19時）は、食堂として使用します。 ・食事の提供以外の時間は、入居者様同士の歓談や機能訓練などで使用します。
談話スペース	【使用時間：7時～19時】 ・入居者同士の歓談や趣味活動等に使用できます。
特別浴室	【使用時間：10時00分～16時00分】 ・住戸での入浴が困難な方が使用できます。デイサービスディーフェスタ立川との共用設備になるため、時間により入場規制があります。
ランドリー室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・洗濯機、乾燥機を準備しておりますので、ご自由に使用できます。
理美容室・デンタル室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・定期的に「理容師・美容師の出張サービス」を依頼し、カット・カラー・パーマ等を行います。ご希望の際は、事前に住宅職員へお申し付け下さい。
ドッグラン	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・ペットの運動、遊びの場として使用できます。ご使用の際は、事前に職員へお申しつけ下さい。
家庭菜園	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・入居者様で、家庭菜園をご希望される場合は、使用できます。スペースに限りがございますので、ご希望の際は、事前に職員へお申し付け下さい。
相談室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・面会や生活相談などで使用できます。
共用トイレ	・1階に1か所、2階に1か所設置しており、ご自由にご使用できます。 ※トイレには、備え付けのトイレットペーパー以外、流さないようお願い致します。
メール室	・入居者様宛の手紙や郵便物など、戸別にメールボックスを設置しております。

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等は行いません。
・「緊急やむを得ない場合」とは、①利用者又は他の利用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、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの　の要件全てを満たしている場合に限ります。
・身体的拘束等を行う場合は、利用者又はご家族に身体拘束の目的・理由・方法・拘束時間又は時間帯・期間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで説明書を交わし、実施します。
・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。

入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	☐ 入居希望者に公開 ☑ 入居希望者に交付 ☑ 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）	☐ 入居希望者に公開 ☐ 入居希望者に交付 ☐ 公開していない
管理規程（重要事項説明書）	☐ 入居希望者に公開 ☑ 入居希望者に交付 ☐ 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）	☐ 入居希望者に公開 ☐ 入居希望者に交付 ☐ 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）	☐ 入居希望者に公開 ☐ 入居希望者に交付 ☐ 公開していない	その他（　　）	☐ 入居希望者に公開 ☐ 入居希望者に交付 ☐ 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		☑ 自ら実施　☐ 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	☐ あり　☐ 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			☑ あり（開催頻度：　1年　1　回） （開催内容等）現況報告、意見交換等 ☑ 以下の内容の代替措置により対応 （内容）　感染症対策などにより、書面での状況報告と家族からの意見についてやりとりをしている
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			☐ あり　☐ なし ☑ 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			☑ あり　実施日　　結果の開示　☐ あり　☐ なし ☐ なし
第三者による評価の実施状況			☐ あり　実施日　　実施機関の名称 ☑ 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			高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安定確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。

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　ＡＬＳＯＫケア株式会社

所在地　東京都港区三田三丁目1番7号　三田東宝ビル６階

代表者名　事業統括取締役　田中大輔　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
いなむら　やすのぶ 稲村　泰伸	代表取締役
こひら　まさひろ 古平　真大	取締役
たなか　だいすけ 田中　大輔	取締役
なかの　しんいちろう 中野　慎一郎	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

事業主体が東京都内（中核市を除く）で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	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	4	ディーフェスタクオーレ立川	東京都立川市幸町二丁目53－1
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	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	有り	1	デイサービス　ディーフェスタ立川	東京都立川市幸町二丁目53－1
居宅介護支援	無し			
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	4	ディーフェスタクオーレ立川	東京都立川市幸町二丁目53－1
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	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

区分／サービス	（自　立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス（料金を表示）	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示）
＜基本（必須）サービス＞				
状況把握（安否確認）	33,000円/月額 （夜間巡回は行いません）	—	■	—
・巡回　日中		—	■	—
・巡回　夜間		—	■	—
生活相談		—	■	—
緊急時対応		—	■	—
オンコール対応		—	■	—
フロントサービス （病院の予約、タクシーの手配、クリーニングや訪問理美容の取り次ぎ、来訪者の対応、共用施設の利用手配、居室の照明器具等の取替え、季節行事等の企画運営）	○ （27,500円/月額）	-	○ （27,500円/月額）	—
＜介護サービス＞				
食事介助	—	○（1,100円/日額）	■	—
排泄介助	—	○ （1,100円/日額）	■	—
おむつ交換	—		■	—
おむつ代	—	実費	—	実費
入浴（一般浴）介助	—	○（2,200円/1回）	■ （週2回）	3回以上希望であれば1回2,200円
清拭	—	—	■	—
特浴介助	—	—	■	—
身辺介助		○ （1,100円／日額）	■	—
・体位交換	—		■	—
・居室からの移動	—		■	—
・衣類の着脱	—		■	—
・身だしなみ介助	—		■	—
機能訓練	—	—	■	—
通院介助 （協力医療機関）	—	—	■	—
通院介助 （上記以外）	—	—	—	2,200円/1時間

介護サービス等の一覧表

区分／サービス	（自　立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス（料金を表示）	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示）
＜生活サービス＞				
居室清掃	—	○（1,100円/30分）	■（週2回）	—
リネン交換	—	○（1,100円/1回）	■（週1回）	—
日常の洗濯	—	○（私物洗濯3,300円/月（週2回））	■（週2回）	日常の洗濯以外の私物洗濯3,300円/月（週2回）
居室配膳・下膳	—	—	■	—
嗜好に応じた特別食	—	実費	—	実費
おやつ	—	昼食代に含まれる	—	昼食代に含まれる
理美容	—	実費	—	実費
買物代行（通常の利用区域）	—	○（550円/1回）	—	○（550円/1回）
買物代行（上記以外の区域）	—	—	—	—
役所手続き代行	—	—	—	—
＜健康管理サービス＞				
定期健康診断	—	実費	—	実費
健康相談	○	—	■	—
生活指導・栄養指導	—	—	■	—
服薬支援	—	—	■	—
生活ﾘｽﾞﾑの記録（排便・睡眠等）	—	—	■	—
＜入退院時、入院中のサービス＞				
移送サービス	—	—	—	—
入退院時の同行（協力医療機関）	—	—	■	—
入退院時の同行（上記以外）	—	—	—	—
入院中の洗濯物交換・買物	—	—	—	—
入院中の見舞い訪問	○（1回/2週）	—	○（1回/2週）	—
＜その他サービス＞				
季節の行事等（入場料・参加費等）	—	実費	—	実費
ご家族等への食事提供サービス	—	2,100円/日（朝食508円 昼食734円　夕食858円）	—	2,100円/日（朝食508円 昼食734円　夕食858円）
ご家族等へ寝具貸出サービス	—	550円/日	—	550円/日
外出同行サービス	—	2,200円/1時間	—	2,200円/1時間
リネン類貸出サービス	—	70円/日	■	—