

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		ブリガナ ニシトウキョウケアコミュニティソヨカゼ 西東京ケアコミュニティそよ風			
住宅の所在地		〒 202-0013 東京都西東京市東町3丁目1番13号			
住宅へのアクセス		最寄駅	西武池袋線「保谷」駅		
		交通手段と所要時間	保谷駅南口下車徒歩5分		
住宅の連絡先		電話番号	042-421-2722		
		FAX番号	042-421-2729		
		ホームページアドレス	http://www/svkz.co.jp		
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	2012年 7月 1日 から 2034年 9月30日 まで		
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		敷地面積	3585.32 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	2012年 7月 1日 から 2034年 9月30日 まで		
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		建築物用途区分	共同住宅、児童福祉施設等、診療所	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	4,387 m ²		うち、サキ分	2,817 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	2012年 7月 1日 から 2034年 9月30日 まで		
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
施設名称		提供されるサービスの種類	事業所の場所		
西東京ケアコミュニティそよ風		デイサービス	<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		
西東京ケアコミュニティそよ風		ショートステイ	<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		
西東京ケアコミュニティそよ風		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		
フォレストデンタルクリニック		歯科	<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）	1375424155				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日（初回）	2012年 7月 1日				
指定有効期限	2030年 6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	市川 道子	役職名	管理者	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input type="checkbox"/> 認可を受けていない				
入居開始時期(住宅の開設年月日)	2009年10月 1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャソヨカゼ 株式会社SOYOKAZE		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 107-0062	東京都港区南青山二丁目5-17 ポーラ青山ビルディング	
事業主体の連絡先	電話番号	03-5413-8228	
	FAX番号	03-5413-8227	
	ホームページアドレス	http://www.svkz.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中川 清彦	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	1975年 6月 2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	311	面積	30.77 m ²	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"/> (1)入居者の要件 以下の①、②双方の要件を満たす必要があります。 ①入居者本人が60歳以上であること。 ②入居者本人が単身であるか、同居者が配偶者もしくは60歳以上の親族であること。					
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 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、入居契約書第11条及び（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書第16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他の利用者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上著しく困難な場合 ③利用者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、期間内に滞納額の全額の支払いがない場合					
事業者から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）	解約条項	終身建物賃貸借契約書第12条				
	解約予告期間	6か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先	1ヶ月					
契約解約時の連絡先	名称	西東京ケアコミュニティそよ風				
	電話番号	042-421-2722				

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	47戸（登録申請対象戸数） / 52人	
居住部分の規模	(最小)	30.77 m ²
	(最大)	57.76 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	R C造 階数 地上3階 うち、サ付き分 2階、3階
竣工の年月日	2009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	
介護居室	タイプ1	2階、3階	1	30.77 m ²	26	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ2	2階	1	30.77 m ²	10	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ3	3階	1	32.17 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	301
	タイプ4	3階	1	32.46 m ²	4	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	Dタイプ (301以外)
	タイプ5	3階	1	34.34 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ6	2階、3階	2	48.76 m ²	4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ7	2階	2	57.76 m ²	1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ8					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ9					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ10					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
一時介護室	階	定員	面積	戸数	備考				
便所	共同便所	4か所	うち男女別	なし					
			うち、男女共用	2.3階 (2か所 (車いす等対応可能))					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし							
	個室	4か所 場所	2階 (2か所), 3階 (2か所)		面積	m ²			
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
	大浴槽	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	場所	2階		面積	21.20 m ²		
か所			<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェア浴						
			<input type="checkbox"/> 2 リフト浴						
	<input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴								
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	3階		面積	150.37 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	階		面積	m ²				
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備						
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし							
その他の共用設備									
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	2基	定員	24	ストレッチャー	ストレッチャー対応1基			
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)		2009年 9月 30日		(西東京消防署)		
	防火管理者		笠松 克利						
	避難訓練		消防署の指導のもと、年2回実施 (うち1回は夜間想定)						

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者		1				1	1	
生活相談員		1				1	1	
看護職員(直接雇用)		2				2	2	通所看護職員
看護職員(派遣)						0		
介護職員(直接雇用)		3	1	12		16	11.7	機能訓練指導員
介護職員(派遣)						0		
機能訓練指導員					1	1	0.4	介護職員
計画作成担当者		1				1		
栄養士						0		委託
調理員						0		委託
事務員		1				1	0.8	
その他従業者				2		2	2	フロアアシスタント

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 時間

介護職員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
社会福祉士						0		
介護福祉士			4	7		11	6.1	
実務者研修の修了者		2		1		3	1.7	
介護職員初任者研修の修了者				1		1	3.4	
介護支援専門員		1				1	1	
たん吸引等研修(不特定)						0		
たん吸引等研修(特定)						0		
資格なし						0		

機能訓練指導員の資格								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考
		専従	非専従	専従	非専従			
看護師又は准看護師						0		
理学療法士						0		
作業療法士						0		
言語聴覚士						0		
柔道整復師					1	1	0.4	
あん摩マッサージ指圧師						0		
はり師又はきゅう師						0		

管理者の資格 介護職員初任者研修

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		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 2.1人

(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制		
(介護予防) 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2 : 1 以上
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択	<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.1 : 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		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	1	0	3	3	1	0	0	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	
業務に応じた職員の経年数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上3年未満	0	0	0	3	1	0	0	0	0	
	3年以上5年未満	1	0	0	1	0	0	1	1	0	
	5年以上10年未満	0	0	2	3	0	0	0	0	0	
	10年以上	1	0	3	2	1	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

入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、サービスを提供します。常に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、入居者又はその家族等に対し、相談に適切に応じるとともに、入居者の社会生活に必要な支援を行います。なお、入居者は、医療が必要な場合には、連携・協力医療機関以外の医療サービスを自由の選択することができます。食事サービスは昼食の主食をセレクトできます。

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)	・巡視時間を設定し定時にて状況確認を行ないます。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、担当職員がご相談をお受けいたします。	自ら実施
緊急時対応	・24時間各居室のベットサイド、トイレ、浴室等に設置されているナースコールを押していただく事により介護ステーション及び職員が勤務中に携帯しているPHSにて通報を受信の上職員が訪室し様態確認、介助を行ないます。	自ら実施
食事介助	・食堂において食事介助を行ないます。	自ら実施
入浴介助	・週2回の入浴介助を行ないます。	自ら実施
排泄介助	・利用者の状況に応じた適切な排泄介助を行ないます。 ・排泄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ご案内します。) ・週2回洗濯を行います。(専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。) ・週1回シーツ・リネン交換を行います。	自ら実施
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ないます。 ・年2回の健康診断を実施いたします。(費用は自己負担となります。) ・看護職員等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、服薬介助を行ないます。	自ら実施

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当施設では、日中のみしか看護師がおりませんので、常時医療行為が必要な方への対応はできません。胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。

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
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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
協力医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV)	<input type="checkbox"/> なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等

人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	3 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・昼・おやつ・夜 希望者に提供します。 ・朝食は7:30から9:00、昼食は12時から13時、夕食は17:30から19時まで。 ・食事は建物内厨房にて専属の調理師(外部委託)により調理いたします。 ・キャンセルは3日前(72時間前)までにお知らせ下さい。それ以降は費用が発生いたします。 <p>【消費税軽減税率の適用】 消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別690円以下で、その累計額が1日2,070円に達するまでの食費が該当し、軽減税率(8%)が適用されます。当住宅では、朝食のみが軽減税率の対象です。詳細は、「食事の提供サービス契約書」をご覧ください。</p>		コンパスグループ・ジャパン株式会社
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供	<ul style="list-style-type: none"> 食事のセレクト（昼食の主采が選択制） 個別での外出助、通院助 		

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	<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 通院助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
※複数選択可					
協力医療機関	医療機関1	名称	大泉学園ふれあいクリニック		
		所在地	東京都練馬区大泉学園6-19-38		
		診療科目	内科、外科、疼痛緩和内科、消化器内科、腎臓糖尿病内科		
		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	訪問診療、24時間緊急対応、外部医療機関との連携、健康相談		
	医療機関2	名称	プライムクリニック三鷹		
		所在地	東京都三鷹市下連雀3-22-14 岡田ビル201		
		診療科目	一般内科、呼吸器内科、老年内科、一般外科、眼科、精神科、循環器内科、整形外科、緩和・ペイン、消化器内科、皮膚科、婦人科、精神内科、耳鼻科		
		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	訪問診療、24時間緊急対応、外部医療機関との連携、健康相談		
	医療機関3	名称	医療法人社団 平国会 みんなの在宅クリニック国分寺		
		所在地	東京都国分寺市本町4丁目3番16号 サンクレストビル5階		
		診療科目	内科・老年精神科・皮膚科・神経内科・眼科		
		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	訪問診療、24時間緊急対応、外部医療機関との連携、健康相談		
	名称	医療法人社団デンタルケアコミュニティ フォレストデンタルクリニック			

協力歯科医療機関	所在地	東京都西東京市東町3-1-13 敷地内		
	診療科目	歯科		
	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	訪問診療、健康相談、無料検診		

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・一部月払い方式						
料金構造	前払金	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※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	<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	528,000 円	家賃の	3 か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。			
月額費用	算定根拠						
家賃	176,000 円	居室タイプにより168,000円、182,000円、192,000円、255,000円、296,000円					
共益費	61,537 円	2人入居の場合は101,537円					
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30 日の場合	※地域単価 円				
	(●割負担の場合)		※給付率 %				
	(1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)						
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用(円)	保険給付額(円)	自己負担額(円)
	a	b <small>※地域単価加算以外</small>	c <small>e=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入</small>	d=a+b+c	e=d×地域単価 小数点以下四捨五入	f <small>【e×給付率】 小数点以下四捨五入</small>	g=e-f
要支援1	5,490	0	670	6,160	65,788	59,209	6,579
要支援2	9,390	0	1,146	10,536	112,524	101,271	11,253
要介護1	16,260	0	1,984	18,244	194,845	175,360	19,485
要介護2	18,270	0	2,229	20,499	218,929	197,036	21,893
要介護3	20,370	0	2,485	22,855	244,091	219,681	24,410
要介護4	22,320	0	2,723	25,043	267,459	240,713	26,746
要介護5	24,390	0	2,976	27,366	292,268	263,041	29,227
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						
	※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)	<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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" 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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	※加算Ⅰ…18単位/日、加算Ⅱ…9単位/日 ※要介護者のみ						
若年性認知症入居者受入加算(120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※対象者のみ						
協力医療機関連携加算	<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…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						

金構造

看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" 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…6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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV)) <input type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…12.8%、Ⅱ…12.2%、Ⅲ…11.0%、Ⅳ…8.8%

※上記の自己負担額は標準的な加算を算定した場合を想定しています。算定する加算によって、自己負担額が変動します。

※1か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度があります(高額介護サービス費)。

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用		円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 算定根拠:
(介護保険外) 利用者の個別的な選択による介護サービス費用			別添: 介護サービス等の一覧表の通り
食費	72,270	円	朝594円、昼880円、夕935円 (おやつ代含む) ※朝食は軽減税率対象 1日合計2,409円 (税込) 30日合計 72,270円 (税込)
光熱水費	1,580	円	居室水道代金(毎月固定)、電気料金は個人別契約
その他		円	オムツ代金等
合計	311,387	円	家賃、共益費、食費、光熱水費
支払日・支払方法	毎月27日ご指定口座よりお引落。(指定日が土、日、祝の場合は翌営業日)		

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

- ・入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。
- ・サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。

料金改定の条件及び手続き

人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、運営懇談会に諮った上で改定する場合があります。

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				
	自己負担割合	1割		2割	
	年齢	歳		歳	
居室の状況	床面積	㎡		㎡	
	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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	円		円	
	敷金	円		円	
月額費用の合計		円		円	
家賃		円		円	
共益費		円		円	
サービス費用 (※3)	介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用(※1)		円	
		上乗せ介護費用(※2)		円	
		介護費用(選択サービス)		円	
		食費		円	
		光熱水費		円	
		その他		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		89.5 歳			入居者数合計					49 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	0	0	0	0	0
	65歳以上75歳未満	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	75歳以上85歳未満	1	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0
	85歳以上	3	4	1	11	5	5	5	5	5	5	5	5	5
合計		5	4	1	13	6	6	7	5					
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													0
男女別入居者数		男性： 9 人			女性： 40 人									
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		97 % (定員に対する入居者数)												
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計			5 人(下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)									
		理由			人数(人)			理由			人数(人)			
		自宅・家族同居			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)へ転居			1			その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			0			
		介護老人保健施設へ転居			0			医療機関(入院)			1			
介護医療院へ転居			0			死亡			2					
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居			0			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	西東京ケアコミュニティそよ風 管理者：市川 道子
電話番号	TEL 042-421-2722 FAX 042-421-2729
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) 株式会社SOYOKAZE 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口
電話番号	TEL 03-6692-9532 FAX 03-3403-3585
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 18時 00分
	土曜 9時 00分 ~ 18時 00分 ※第2・第5土曜日のみ営業
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	12月30日～1月3日
窓口の名称	西東京市健康福祉部高齢者支援課認定相談係 防災・保谷健康福祉総合センター
電話番号	042-439-4425 保谷第二庁舎 042-420-2816
対応している時間	平日 8時 30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苦情相談窓口
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	
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	事故発生時には事故対応マニュアルに基づき救急対応を行うなど等、適切な方法をとる。また、速やかに当該入居者の緊急連絡先に連絡。関係機関へも報告・連絡を行い、関係市町村へ報告する。
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： あいおいニッセイ同和損害保険株式会社) <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等		外出時には外出届けの提出が必要		
共用設備の利用について				
	浴室：主に、各利用時間に合わせご利用できます			
	娯楽室：使用時にはお声かけください			
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	(12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	(12回 / 年)			
担当者の役職名	管理者			
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	(2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	(12回 / 年)			
身体的拘束を行う場合の態様及び時間、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				
やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続	<p>事業者は、原則として利用者に対して身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が考えられる時は、利用者及び家族に対して説明し、次に掲げることに留意し、必要最小限の範囲内で行うことがあります。</p> <p>その場合は、身体拘束等を行った日時、理由及び心身の状況等についての記録を行います。</p> <p>また事業者として、身体拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。</p> <p>① 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶと考えられる場合に限ります。</p> <p>② 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。</p> <p>③ 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。</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	(2回 / 年)			
定期的な訓練の実施	(2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 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 type="checkbox"/> なし		
	大規模修繕の実施予定	月頃実施予定		
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 2 回) (開催内容等)		
		<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)		
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日 <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 実施日 <input checked="" type="checkbox"/> なし	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				

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SOYOKAZE

所在地 東京都港区南青山二丁目5-17 ポーラ青山ビルディング

代表者名 代表取締役 中川 清彦

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