

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 カロツキホーム イーストビレッジ 介護付ホーム EASTビレッジ				
住宅の所在地		〒 189-0011 東京都東村山市思多町1-59-2				
住宅へのアクセス		最寄駅 西武新宿線東村山駅 交通手段と所要時間 銀河鉄道バスで15分、思多町一丁目降車後徒歩5分				
住宅の連絡先		電話番号 042-306-3825 FAX番号 042-306-3826 ホームページアドレス				
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 checked="" type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2022年10月1日 から 2051年4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	3897.43 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	2022年10月1日 から 2051年4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	寄宿舎	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	5,858.96 m ²	うち、サ付き分	5,132.26 m ²	
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2022年10月1日 から 2051年4月30日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	施設名称	提供されるサービスの種類	事業所の場所			
	イーストビレッジクリニック	診療所	<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	
	医療法人社団Mデンタル EASTビレッジ歯科	歯科診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
			<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
			<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地	
介護保険事業所番号（特定施設）		1372702793				
指定した自治体名		東京都				
指定年月日（初回）		2024年8月1日				
指定有効期限		2024年8月1日～2030年7月31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	安村 美補	役職名	管理者	
終身貸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)		2020年6月11日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カフシガ イシガ 株式会社千雅		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 163-0430	東京都新宿区西新宿二丁目1番1号新宿三井ビル30階3005号	
事業主体の連絡先	電話番号	03-6454-0945	
	FAX番号	03-6454-0946	
	ホームページアドレス	http://www.chi-ga.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	田中 悠雅	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	2007年8月8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	m ²	定員	161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	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> 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、入居契約書第12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				
	解約予告期間	か月			
利用者からの解約・予告期間・連絡先	利用者は事業者に対して解約する1か月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	介護付ホーム EASTビレッジ 管理事務所			
	電話番号	042-306-3825			

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	156戸（登録申請対象戸数）		／			161人		
居住部分の規模	（最小）	14.19 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照				
	（最大）	28.71 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	階数	地上5階、地下1階建	うち、サ付き分	地上1階～4階		
竣工の年月日	2020年5月1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	
					有	無	有	無	有	無	有	無	有		無
介護居室	タイプ1	1, 2, 3, 4	1	14.19 m ²	81	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ2	1, 2, 3, 4	1	14.79 m ²	52	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ3	1, 2, 3, 4	1	15.77 m ²	6	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ4	1, 2, 3, 4	1	15.13 m ²	6	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ5	1, 2, 3	1	14.67 m ²	3	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ6	1, 2, 3	1	14.99 m ²	3	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ7	4	2	27.83 m ²	3	<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	4	2	28.71 m ²	2	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	タイプ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	16か所	うち男女別	なし											
			うち、男女共用	1, 2, 3, 4階 (16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													
	個別	13 か所	場所	1階(3か所), 2階(4か所), 3階(4か所), 4階(2か所)		面積	55.12 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	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	2か所	共同浴室における介護浴槽	場所	2, 3階		面積	25.46 m ²							
<input checked="" 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, 4 階		面積	424.57 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, 3, 4 階		面積	424.57 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	ティールーム、多目的室、談話室、洗濯室、ラウンジ														
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし														
	台数	2 基	定員	13	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)		令和5年5月26日		(東村山消防署)									
	防火管理者	長谷川 麻美													
	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	0.5	介護職員兼務		
生活相談員		2				2	2			
看護職員(直接雇用)			3		1	4	3.2	機能訓練指導員兼務		
看護職員(派遣)						0				
介護職員(直接雇用)		27	2	10	2	41	33.9	計画作成担当、事務職員兼務		
介護職員(派遣)						0				
機能訓練指導員			3		1	4	0.1	看護職員兼務		
計画作成担当者			1	1	1	3	1.1			
栄養士						0				
調理員						0				
事務員					1	1	0.3	介護職員兼務		
その他従業員						0				
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				
介護福祉士		12	1	3	1	17	14.1			
実務者研修の修了者				3		3	0.5			
介護職員初任者研修の修了者		1		2		3	2.2			
介護支援専門員			1		1	2	0.6			
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		4	1	1	1	7	5.5			
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			3		1	4	0.1			
理学療法士						0				
作業療法士						0				
言語聴覚士						0				
柔道整復師						0				
あん摩マッサージ指圧師						0				
はり師又はきゅう師						0				
管理者の資格										
夜勤・宿直体制		時間帯				平均人数		最少時人数		備考
						看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
		夜勤	16:00	～	10:00	人	3人	人	3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					3 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 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 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									
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)	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)									
	サービス付き高齢者向け住宅の職員数									
	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		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	兼務する職種					
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	資格等の名称					
	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職員の経験年数	1年未満									
	1年以上3年未満									
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色		
<p>ご利用者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。 ご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。 なお、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）	・毎日午前10時頃に各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯もご利用者様（ご家族様）とご相談の上必要に応じて行います。	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、住宅職員がご相談をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	・24時間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職員が駆けつけご家族への連絡、救急車の呼び出し等、必要な対応を行います。	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
機能訓練	・利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なリハビリテーションを行います。	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1回シーツ交換を行います。	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います。 ・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、服薬介助を行います。	自ら実施
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） ・医師の指示に基づく経管栄養（胃ろう）、在宅酸素、膀胱カテーテル 		

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算Ⅱ	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input 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
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<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
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input 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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III))	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり	<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)	: 1
食事の提供サービス	・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は8時～9時、昼食は12時～13時まで、夕食は17時45分～18時45分までです。調理の上、食堂にて提供いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の7日前の18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）が発生してまいりますので、お気をつけ下さい。		提供者：㈱マルコシ（弁当）※㈱千雅商事より再委託
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供	※その他、サービスについては別添3介護サービス一覧表参照		
通院介助	1,650円/30分（協力医療機関以外）		
入浴介助	2,750円/60分（週2回を超える場合）		
清拭	1,100円/20分（週2回を超える場合）		

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 type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い		
	<input type="checkbox"/> 3 通院介助		
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
協力医療機関	医療機関 1	名称	医療法人千雅 千雅医院
		所在地	東京都練馬区大泉学園町4丁目3-29 藤ハイム202号 住宅からの距離：約9*。
		診療科目	内科、皮膚科
		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	イーストビレッジクリニック
		所在地	東京都東村山市恩多町1丁目5 9-2 住宅からの距離：約0*。
		診療科目	内科・精神科
		協力内容	往診、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団Mデンタル EASTビレッジ歯科
		所在地	東京都東村山市恩多町1丁目5 9-2 EASTビレッジ 住宅からの距離：約0*。
		診療科目	歯科
		協力内容	訪問診療

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 <small>※選択方式の場合：(該当する方式全て選択)</small> <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		<small>※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。</small>			
	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 (月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	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。						
月額費用		算定根拠						
家賃	53,700 円							
共益費	43,000 円							
介護費用(介護保険)	1ヶ月 30日の場合		<small>※地域単価 10.68 円</small> <small>※給付率 90 %</small> <small>(1割負担の場合) (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%)</small>					
	基本単位	加算	処遇改善加算	総単位数	月額費用(円)	保険請求額(円)	自己負担額(円)	
	a	b <small>※別添付資料参照</small>	c+d <small>※加算額 小敷金以下は0とする</small>	d=a+b+c	e=d×地域単価 小敷金以下は0とする	f=e×給付率 小敷金以下は0とする	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	270	2,017	18,547	198,081	178,272	19,809	
要介護2	18,270	270	2,262	20,802	222,165	199,948	22,217	
要介護3	20,370	270	2,518	23,158	247,327	222,594	24,733	
要介護4	22,320	270	2,756	25,346	270,695	243,625	27,070	
要介護5	24,390	270	3,009	27,669	295,504	265,953	29,551	
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 <small>※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/日</small>							
夜間看護体制加算Ⅱ (9単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※要介護者のみ					
医療機関連携加算 (80単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※対象者のみ					
互取り介護加算 (72~1,780単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※対象者のみ					
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日</small>							
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 <small>※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日</small>							
若年住居入居者受入加算 (120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※対象者のみ					
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…30単位/日、加算Ⅱ…60単位/日</small>							
科学的介護推進体制加算 (40単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
口腔衛生管理体制加算 (30単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
6段・非常スレーニング加算 (I) (20単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※対象者のみ					
退院・退院時連携加算 (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					

料金構造	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし
		※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日
	サービス提供体制強化加算	<input 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"/> なし
		※加算Ⅰ…12.8%、加算Ⅱ…12.2%、加算Ⅲ…11.0%、加算Ⅳ…8.8%
	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input type="checkbox"/> なし	
	※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<p>※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。</p> <p>※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)。</p>		
短期利用	1日当たり	円
(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
(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		算定根拠:
食費	53,460円	<p>キャンセルする場合の取扱い: 7日前の18時までに職員に連絡してください。</p> <p>【消費税軽減税率の説明例】</p> <p>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。</p> <p>消費税軽減税率制度における飲食料品の提供についての詳細は、「食事契約書」をご覧ください。</p>
光熱水費	(共益費に含む) 円	住戸内の光熱水費は、全戸光熱水費の合計を戸数で除して算定し、共益費に含めてお支払いいただきます。
冬季暖房費	2,000円	上記とは別途、冬季暖房費として11月~3月の期間、お支払いいただきます。
その他	円	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり
合計	円	合計には家賃、共益費、食費を含みます。
支払日・支払方法	<p>・毎月15日頃に請求書を発行し、利用者様に送付します。(振込手数料は利用者様負担となります。)</p> <p>・毎月25日に、支払請求分を口座引落の方法でお支払いいただきます。</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		
<p>・入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費はお支払いいただきます。</p> <p>・食費は利用実績により、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)</p>		
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	要支援1	要介護5
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	70歳	85歳
居室の状況	床面積	14.19㎡	14.19㎡
	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		156,739円	179,387円
サービス費用 (※3)	家賃	53,700円	53,700円
	共益費	43,000円	43,000円
	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	6,579円	29,227円
	上乗せ介護費用(※2)	0円	0円
	介護費用(選択サービス)	円	円
	食費	53,460円	53,460円
	光熱水費	共益費に含む円	共益費に含む円
その他	円	円	

- ※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。
- ※2 該当する場合のみ。
- ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）

平均年齢		80.7歳			入居者数合計 107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				2		2	1	2		
	65歳以上75歳未満				3	5	3	1	1		
	75歳以上85歳未満	1	1	1	11	11	12	11	2		
	85歳以上		2	1	11	10	7	5	1		
	合計	1	3	2	27	26	24	18	6		
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	28	16	63				107			
男女別入居者数		男性: 37人			女性: 70人						
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		66.46% (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			人(下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる)						
		理由			人数(人)		理由			人数(人)	
		自宅・家族同居					他のサービス付き高齢者向け住宅への転居				
		介護老人福祉施設(特養等)へ転居					その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				
		介護老人保健施設へ転居					医療機関(入院)				
		介護療養型医療施設へ転居					死亡				
有料老人ホーム(サ付き除く)への転居					その他						

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称	(住宅) 介護付ホーム EASTビレッジ 苦情相談窓口					
電話番号	042-306-3825					
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、日曜日、祝日					
窓口の名称	(法人) 株式会社千雅 苦情相談窓口					
電話番号	03-6454-0945					
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、日曜日、祝日					
窓口の名称	(区市町村) 東村山市 介護保険課					
電話番号	042-393-5111 (内線3501～3504)					
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、日曜日、祝日、年末年始(12月29日から1月3日)					
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会					
電話番号	03-6228-0177					
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	<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、速やかに東京都住宅政策本部及び東村山市に報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。 					
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: 損保ジャパン株式会社 賠償責任保険) <input type="checkbox"/> なし						

説明年月日

令和 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 株式会社千雅

所在地 東京都新宿区西新宿二丁目1番1号新宿三井ビル30階3005号

代表者名 代表取締役 田中 悠雅 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

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
たなか ゆうか	
田中 悠雅	代表取締役
まつざわ けん	
松澤 建	代表取締役
かい ゆみ	
甲斐 由美	取締役
くりた きょうすけ	
栗田 恭介	取締役
わしやま やすひこ	
鷺山 恭彦	取締役
たなか まよ	
田中 真代	取締役
すみかわ まさひろ	
住川 雅洋	取締役

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。

