

サービス付き高齢者向け住宅

登録番号：12067

特定施設入居者生活介護

(介護予防特定施設入居者生活介護)

事業所番号：1372113280

ハートランド足立

特定施設入居者生活介護重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は令和元年10月1日時点の料金、消費税率及び
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。
軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。
それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については
軽減税率の対象となりません。

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 ハートランドアダチ				
	ハートランド足立				
住宅の所在地	〒123-0874 東京都足立区堀之内2丁目8番7号				
住宅へのアクセス	最寄り駅	日暮里・舎人ライナー線 江北駅			
	交通手段と所要時間	徒歩で15分			
住宅の連絡先	電話番号	03-5691-7255			
	FAX番号	03-5691-6255			
	ホームページアドレス	https://ygood.jp/facility/553/			
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"/> 使用賃借による権利		
		期間	平成25年11月1日 から 令和25年10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		
		敷地面積	1112.14 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"/> 使用賃借による権利		
		期間	平成25年11月1日 から 令和25年10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	その他（サービス付き高齢者向け住宅） <input checked="" type="checkbox"/> 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	1,710.86 m ²	うち、サ付き分	1,710.86 m ²
	併設施設	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"/> 使用賃借による権利		
		期間	から 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	
				<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
				<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
			<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
			<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）	1372113280				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日（初回）	令和2年9月1日				
指定有効期限	令和8年8月31日				
入居時の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型（要介護のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 混合型（自立除く） <input type="checkbox"/> 混合型（自立含む）				
介護保険の利用	<input 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 櫻間 行治	役職名	施設長		
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）	令和2年9月1日				

2. 事業主体

住宅の名称	フリガナ カブシキガイシャワイグッドケア		
	株式会社ワイグッドケア		
住宅の所在地	〒367-0023 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号		
住宅の連絡先	電話番号	0495-71-6551	
	FAX番号	0495-71-6575	
	ホームページアドレス	https://ygood.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 山崎 保	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	平成25年6月4日		
事業主体が行っている主な事業等	別添2「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり		

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	㎡	定員	1名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨）	<input 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	から	まで	
		更新			
契約期間等	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	から	まで	
		更新			
契約解除の内容					
普通賃貸借契約書第11条に定めるとおり					
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					
予告期間：1か月（普通賃貸借契約書第12条）					
契約解約時の連絡先	名称	ハートランド足立			
	電話番号	03-5691-7255			
体験入居の内容					
1泊7,700円（税込） ※利用契約の締結に先立ち、体験利用をしていただけます。 ※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。 ※上記料金には、食費・管理費・介護サービス費（ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く）が含まれます。					

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	49戸（登録申請対象戸数） / 49人									
居住部分の規模	（最小）	18.00㎡								
	（最大）	20.10㎡								
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	鉄骨造 階数 地上3階建 うち、サ付き分 地上3階建								
竣工の年月日	平成25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										
介護居室	タイプ1	1階・2階・3階	1	18.00㎡	14	<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	2階・3階	1	18.85㎡	2	<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	2階・3階	1	20.10㎡	2	<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階・2階・3階	1	18.00㎡	31	<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		
一時介護室	階	定員	面積	戸数	備考					
便所	共同便所	2箇所	うち男女別	階（箇所）	うち、男女共用 1階（2箇所（車椅子等対応可能））					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	個別浴	7箇所	場所	1階（3箇所）、2階（2箇所）、3階（2箇所）	面積	86.67㎡				
		併設施設との共用の有無	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	大浴場	1箇所	場所							
		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	1箇所	場所								
				1箇所	<input type="checkbox"/> 1 チェア浴 <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	1階	面積	123.10㎡						
	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	1階	面積	123.10㎡						
	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										
談話室2箇所、洗濯室1箇所										

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)				(西新井消防署)
	防火管理者	郷間 行治				
	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

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	業務状況等 (委託である場合はその旨を記入)
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者			1			1	1.0	生活相談員
生活相談員			2			2	1.0	管理者
看護職員(直接雇用)	2					2	1.0	
看護職員(派遣)						0	1.0	
介護職員(直接雇用)	11			3		14	15.0	
介護職員(派遣)						0		
機能訓練指導員				1		1	0.1	
計画作成担当者			1			1	0.5	
栄養士						0		厨房委託
調理員						0		厨房委託
事務員						0		
その他従業者						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	6					6		
実務者研修の修了者	3					3		
介護職員初任者研修の修了者	2			3		5		
介護支援専門員						0		
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						0		
あん摩マッサージ指圧師				1		1		
はり師又はきゅう師						0		

管理者の資格

夜勤・宿直体制	実務者研修						備考
	時間帯	平均人数		最少時人数			
		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員		
夜勤	18:00 ~ 9:00	人	2人	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 3.0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】	☐ 1.5 : 1 以上 ☐ 2 : 1 以上 ☑ 2.5 : 1 以上 ☑ 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	
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)	2.8 : 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼務する職種		生活相談員			
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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		2	1					1	
前年度1年間の退職者数			5							
年数業務に従事した職員の経年数	1年未満	1	2	1	1				1	
	1年以上3年未満	1	9	2	1			1		
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満									
	10年以上									
従業員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>お客様と共に過ごす私たちは、笑顔と感謝の気持ちで奉仕し、アットホームな心あたたまる施設を目指して、お客様が幸せに暮らせる支援者であり続けます。ご入居者やご家族様との連携を重視し、ご入居者の気持ちに寄り添った生活の細やかな部分に対応した、自立支援に力を入れたお手伝いを提供します。</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)	・日中は職員が各居室まで安否確認に参ります。また、夜間も職員が巡回し、各居室の安否を確認いたします。	自ら実施
生活相談	・担当職員が相談に対する助言(食事・健康・趣味・人間関係)を行います。 ・専門家や専門機関の紹介(医療機関・地域包括支援センター等)をいたします。	自ら実施
緊急時対応	・各居室のベッドサイド、トイレ、共用部浴室等に設置してあるナースコールを押していただけば、事務室及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ必要な対応を行います。 ・救急搬送の同行、及び家族への連絡を行います。	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1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		
<p>・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在宅酸素、吸引(日中のみ)、人工肛門、インシュリン(日中のみ)、膀胱カテーテル</p>		

介護給付費算定に係る体制等(加算等)の種類		
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
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
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
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
新興感染症等施設療養費	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
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
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 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
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)	:
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> 朝食は7時30分～8時30分まで、昼食は12時00分～13時00分まで、夕食は17時30分～18時30分まで。 1階の食堂で提供します。居室への配食が必要なときはご相談下さい。 食事は、本住宅の厨房の専属の調理員により調理いたします。 キャンセル、変更等は提供される日の2日前!2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、実費負担となりますので、お気をつけ下さい。 		業務委託 (提供者:名古屋マルクマフーズ株式会社)
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
付添い・代行サービス	<ul style="list-style-type: none"> 外出や通院などの付添い、利用者からの依頼による代行などのサービスを行います。 なお、交通費が必要なときは実費負担となります。 		
立替金サービス	<ul style="list-style-type: none"> 住宅での生活に必要な、日常消耗品等の購入には、立替金サービスをご利用いただけます。 立替金の使用目的は、ハードランド足立の利用料に含まれない個人的な支出のお支払いとなります。 支出基準は、立替金サービス利用規程により支出項目あたり、一万円以内とします。 立替金サービスのご利用は、利用申込書にてお申し込みください。 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> 住宅で実施するアクティビティ・イベント・活動等で実費が必要な場合は、その旨事前にご説明いたします。 		

医療機関との連携・協力

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

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <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	医療法人社団同済会 えみクリニック東大前
		所在地	住宅からの距離:約4.7%
		診療科目	内科
	医療機関2	名称	医療法人社団泰仁会 北川クリニック
		所在地	住宅からの距離:約6.4%
		診療科目	内科
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団高輪会 高輪歯科医院	
	所在地	住宅からの距離:約19.9%	
	診療科目	歯科	
協力内容	週1回の定期往診		

7. 料金の請求及び支払方法

支払方法	<input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input 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						
前払金	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※前払金は、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき買取り金の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。						
金額	円	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					
支払日	(支払期日を記入)	支払方法					
償却開始日	(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(死亡退去を含む)の返還金の算定方式	金額	円 期間 か月 起算日 入居した日					
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	金額	78,000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	78,000円	居室の家賃相当額					
共益費	33,000円	共有施設等の維持共益費(浴室・食堂等の共同利用部分及び階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、清掃費等) ※令和6年7月までにご利用開始された方は27,000円(非課税)でご利用頂いております。					
管理費	20,900円	住戸内の光熱水費(各住戸の光熱水費は概算額とし、算定方法は建物全体のメーターから維持管理費、事務所で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額)、フロントサービス(事務受付、来客対応等)に係る人件費等 ※令和6年7月までにご利用開始された方は17,600円(税込)でご利用頂いております。					
介護費用(介護保険)	1か月 30日の場合	※地域単価 10.9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	加算	処遇改善加算等	総単位数	月額費用(円)	保険請求額(円)	自己負担額(円)
	a	b	c	d=a+b+c	e=d×地域単価 小数点以下四捨五入	f=e×給付率 小数点以下四捨五入	g=e-f
要支援1	5,490	100	682	6,272	68,364	61,527	6,837
要支援2	9,390	100	1,158	10,648	116,063	104,456	11,607
要介護1	16,260	370	2,029	18,659	203,383	183,044	20,339
要介護2	18,270	370	2,274	20,914	227,962	205,165	22,797
要介護3	20,370	370	2,530	23,270	253,643	228,278	25,365
要介護4	22,320	370	2,768	25,458	277,492	249,742	27,750
要介護5	24,390	370	3,021	27,781	302,812	272,530	30,282
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input checked="" 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
協力医療機関連携加算	<input checked="" 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…40単位/月						※要介護者のみ
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						※対象者のみ
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※120単位/日				※対象者のみ
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※20単位/回				※対象者のみ
遠隔・遠所時連絡加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※30単位/日				※要介護者のみ、対象者のみ
科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※40単位/月				
新興感染症等施設対策費	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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
	※加算I…36単位/日、加算II…22単位/日						※要介護者のみ
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/日、加算II…200単位/日						※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 checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算I…12単位/日、加算II…20単位/日						
AOL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/日、加算II…60単位/日						※要介護者のみ
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算I…3単位/日、加算II…4単位/日						
高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算I…10単位/月、加算II…5単位/月						
生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算I…100単位/月、加算II…10単位/月						
サービス提供体制強化加算	<input 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%、加算II…12.2%、加算III…11.0%、加算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)。							

料金構造

短期利用	1日あたり	円	利用料の算出方法
(介護保険外) 人員配置が標準の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	円		2,640円/1時間(税込) 外出や通院などの付添い、利用者からの依頼による代行などのサービスを行います。 なお、交通費が必要なときは実費負担となります。
食費	46,299円		朝食308円・昼食618円・夕食618円 一日あたり1,544円×30日で積算 ※1か月、1日あたりの食費は消費税の計算で誤差がでます。 ※軽減税率(8%)の対象となる飲食物品の提供は「朝食・昼食・夕食」の食費です。 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) キャンセル、変更等は提供される日の2日前12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、実費負担となりますので、お気をつけ下さい。
光熱水費	円		共有部は共益費に含む。住居内は管理費に含む。
その他	円		
合計	178,199円		
支払日・支払方法	毎月23日(ゆうちょ)又は26日(みずほファクター)に指定口座より引落し		

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

家賃、共益費、管理費減額なし、食費は日割り計算で減額

料金改定の条件及び手続き

- ・本施設の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、また諸種の経済状況の変化、介護保険制度の改正等を勘案し、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、月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用を改定することができます。
- ・また厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬単価及び所在地域の地域単価等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費を変更します。
- ・消費税等が改定になった場合は、法令の定めに従い当該利用料金を変更します。

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1	要介護3
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡
	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	円	円
	敷金	78,000円	78,000円
月額費用の合計		198,538円	203,564円
家賃		78,000円	78,000円
共益費		33,000円	33,000円
管理費		20,900円	20,900円
サービス費用(※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	20,339円	25,365円
	上乗せ介護費用(※2)	円	円
	介護費用(選択サービス)	円	円
	食費	46,299円	46,299円
	光熱水費	円	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		80.5 歳		入居者数合計				47 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				1		1	1	1	
	65歳以上75歳未満				2	3	4		1	
	75歳以上85歳未満					5	4	6		
	85歳以上					4	5	6	3	
合計		0	0	0	3	12	14	13	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	9	2	26	9	1		47		
男女別入居者数		男性： 15 人			女性： 32 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）		95.9%（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				13 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				人	他のサービス付き高齢者向け住宅への転居				人
	介護老人福祉施設（特養等）へ転居				人	その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				人
	介護老人保健施設へ転居				人	医療機関（入院）				1 人
	介護療養型医療施設へ転居				人	死亡				11 人
	有料老人ホーム（付付き除く）への転居				1 人	その他				人

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) ハートランド足立 施設長
電話番号	03-5691-7255
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
	日曜 9 時 00 分 ~ 18 時 00 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	祝日及び年末年始
窓口の名称	(法人) 株式会社ワイグッドケア お客様相談室
電話番号	0495-71-6551
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	(区市町村) 苦情相談窓口
電話番号	
対応している時間	平日 時 分 ~ 時 分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	
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	サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、東京都住宅政策本部、市町村、介護支援事業者等に連絡すると共に、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。
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：超ビジネス保険(東京海上日動火災保険株式会社)) <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等			
入院時は当日より欠食分の食費、介護費用の請求はしません。それ以外の費用は全額請求とします。その他割引等はありません。			
共用設備の利用について			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き			
<p>生命又は身体を保護する為に緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性のすべてを満たす場合）は、以下の手続きにより身体拘束を行います。</p> <p>①主治医・施設長・看護師・介護主任と十分な協議を行う</p> <p>②入居者本人・家族の同意を得、「身体拘束に関する説明書」に署名をいただく（本人が認知症で理解できない場合は家族のみも可とする）</p> <p>③解除は前者との協議の上解除し、その旨記録する。</p> <p>早期に身体拘束から解放されるよう、当施設では状態の改善に努めます。</p>			
入居希望者への事前の情報開示			
入居契約書のひな形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	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 回） （開催内容等） 運営状況・入居状況・事故報告・苦情報告・入居者のご様子・レクリエーション活動報告 <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	意見箱を常時設置 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	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	「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」（平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号）及び東京都の「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営いたします。		

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	有り	1	訪問介護ハートランド・エミシア久我山 杉並区久我山4丁目14番20号
訪問入浴介護	無し		
訪問看護	有り	1	訪問看護ステーション悠楽々東京 東京都杉並区久我山4-2-25
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	1	ハートランド足立 足立区堀之内2丁目8番7号
福祉用具貸与	無し		
特定福祉用具販売	無し		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し		
夜間対応型訪問介護	無し		
認知症対応型通所介護	無し		
小規模多機能型居宅介護	無し		
認知症対応型共同生活介護	無し		
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し		
看護小規模多機能型居宅介護	無し		
地域密着型通所介護	有り	1	デイサービスハートランド・エミシア久我山 杉並区久我山4丁目14番20号
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	有り	1	訪問看護ステーション悠楽々東京 東京都杉並区久我山4-2-25
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	1	ハートランド足立 足立区堀之内2丁目8番7号
介護予防福祉用具貸与	無し		
特定介護予防福祉用具販売	無し		
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	無し		
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し		
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し		
介護予防支援	無し		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	無し		
介護老人保健施設	無し		
介護療養型医療施設	無し		
介護医療院	無し		

※ 以下はあくまでも目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。
 利用料に含まれるサービス=◎ 利用者の実費負担=△

区 分	自 立			要支援1・2		
	利用料を含む	その都度徴収するサービス		利用料を含む	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法 (回数等)	提供方法 (回数等)	金額 (単位)	提供方法 (回数等)	提供方法 (回数等)	金額 (単位)
1. 介護サービス						
①巡回						
・昼間6時～18時				◎（2回）		
・夜間18時～6時				◎（1回）		
②食事介助				◎必要に応じ実施		
③排泄						
・排泄介助				◎必要に応じ実施		
・おむつ交換				—		
・おむつ代				—	△必要に応じ	実費
④入浴等						
・清拭※				◎必要に応じ実施		
・入浴介助※				◎必要に応じ実施		
自立の方は、生活支援サービス契約を締結頂き、生活支援を行います。 介護保険でのサービス提供はありません。						
⑤身辺介助						
・体位交換				—		
・居室からの移動				◎必要に応じ実施		
・衣類の着脱				◎必要に応じ実施		
・身だしなみ介助				◎必要に応じ実施		
⑥機能訓練				◎		
⑦通院の介助						
・協力医療機関				◎		
・その他の医療機関					△希望に応じ 有料で対応	2,640円/時間
⑧緊急時対応						
・ナースコール				◎		
2. 生活サービス						
①家事						
・清掃				◎		
・洗濯				◎		
②居室配膳・下膳				◎		
③理美容					△月2回の機会提供	実費
④代行						
・買物				◎（週1回定期）		
・各種手続					△希望に応じ 有料で対応	2,640円/時間
3. 健康管理サービス						
・健康診断					△年1回の機会提供	実費
・健康相談				◎		
・生活指導				◎		
・医師の往診				—		
4. 入退院時、入院中のサービス						
・医療費					△	実費
・移送サービス					△	実費

※ 入浴及び清拭の機会の提供は1週間に付き2回です。

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護の指定（有）

※ 以下はあくまでも目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。
 利用料に含まれるサービス=◎ 利用者の実費負担=△

区 分	要介護1			要介護2		
	利用料を含む	その都度徴収するサービス		利用料を含む	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法 (回数等)	提供方法 (回数等)	金額 (単位)	提供方法 (回数等)	提供方法 (回数等)	金額 (単位)
1. 介護サービス						
①巡回						
・昼間6時～18時	◎ (2回)			◎ (2回)		
・夜間18時～6時	◎ (3回)			◎ (3回)		
②食事介助	◎ (間接介助)			◎ (間接介助/必要により直接介助)		
③排泄						
・排泄介助	◎必要に応じ実施			◎必要に応じ実施		
・おむつ交換	—			◎必要に応じ実施		
・おむつ代	—	△必要に応じ	実費	—	△必要に応じ	実費
④入浴等						
・清拭※	◎必要に応じ実施			◎必要に応じ実施		
・入浴介助※	◎			◎		
⑤身辺介助						
・体位交換	—			—		
・居室からの移動	◎ (間接介助)			◎ (間接介助/必要により直接介助)		
・衣類の着脱	◎ (間接介助)			◎ (間接介助/必要により直接介助)		
・身だしなみ介助	◎ (間接介助)			◎ (間接介助/必要により直接介助)		
⑥機能訓練	◎			◎		
⑦通院の介助						
・協力医療機関	◎			◎		
・その他の医療機関		△希望に応じ 有料で対応	2,640円/時間		△希望に応じ 有料で対応	2,640円/時間
⑧緊急時対応						
・ナースコール	◎			◎		
2. 生活サービス						
①家事						
・清掃	◎			◎		
・洗濯	◎			◎		
②居室配膳・下膳	◎			◎		
③理美容		△月2回の機会提供	実費		△月2回の機会提供	実費
④代行						
・買物	◎ (週1回定期)			◎ (週1回定期)		
・各種手続		△希望に応じ 有料で対応	2,640円/時間		△希望に応じ 有料で対応	2,640円/時間
3. 健康管理サービス						
・健康診断		△年1回の機会提供	実費		△年1回の機会提供	実費
・健康相談	◎			◎		
・生活指導	◎			◎		
・医師の往診		△月2回の定期往診	実費		△月2回の定期往診	実費
4. 入退院時、入院中のサービス						
・医療費		△	実費		△	実費
・移送サービス		△	実費		△	実費

※ 入浴及び清拭の機会の提供は1週間に付き2回です。

※ 以下はあくまでも目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。
 利用料に含まれるサービス=◎ 利用者の実費負担=△

区 分	要介護3・4			要介護5		
	提供サービスの別	利用料を含む	その都度徴収するサービス	利用料を含む	その都度徴収するサービス	金額 (単位)
サービスの提供内容等	提供方法 (回数等)	提供方法 (回数等)	金額 (単位)	提供方法 (回数等)	提供方法 (回数等)	金額 (単位)
1. 介護サービス						
①巡回						
・昼間6時～18時	◎（2回）			◎（2回）		
・夜間18時～6時	◎（3回）			◎（3回）		
②食事介助	◎（間接介助／必要により直接介助）			◎（主に全面介助）		
③排泄						
・排泄介助	◎			◎（主に全面介助）		
・おむつ交換	◎			◎		
・おむつ代	—	△必要に応じ	実費	—	△必要に応じ	実費
④入浴等						
・清拭※	◎必要に応じ実施			◎必要に応じ実施		
・入浴介助※	◎			◎		
⑤身辺介助						
・体位交換	—			—		
・居室からの移動	◎（間接介助／必要により直接介助）			◎（主に全面介助）		
・衣類の着脱	◎（間接介助／必要により直接介助）			◎（主に全面介助）		
・身だしなみ介助	◎（間接介助／必要により直接介助）			◎（主に全面介助）		
⑥機能訓練	◎			◎		
⑦通院の介助						
・協力医療機関	◎			◎		
・その他の医療機関		△希望に応じ 有料で対応	2,640円／時間		△希望に応じ 有料で対応	2,640円／時間
⑧緊急時対応						
・ナースコール	◎			◎		
2. 生活サービス						
①家事						
・清掃	◎			◎		
・洗濯	◎			◎		
②居室配膳・下膳	◎			◎		
③理美容		△月1回の機会提供	実費		△月1回の機会提供	実費
④代行						
・買物	◎（週1回定期）			◎（週1回定期）		
・各種手続		△希望に応じ 有料で対応	2,640円／時間		△希望に応じ 有料で対応	2,640円／時間
3. 健康管理サービス						
・健康診断		△年1回の機会提供	実費		△年1回の機会提供	実費
・健康相談	◎			◎		
・生活指導	◎			◎		
・医師の往診		△月2回の定期往診	実費		△月2回の定期往診	実費
4. 入退院時、入院中のサービス						
・医療費		△	実費		△	実費
・移送サービス		△	実費		△	実費

施設名：ハートランド足立

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目	該当に○	備考
安定的・継続的な居住の確保のための項目		
1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合	不適合
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合	不適合 非該当
緊急時の安全確保のための項目		
3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	○ 適合	不適合 サービス付き高齢者向け住宅
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	不適合
5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合	不適合
6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	○ 適合	不適合 非該当
7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合	不適合
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目		
8 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	不適合
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。	○ 適合	不適合
10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合	不適合
11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合	不適合
12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合	不適合
入居者の財産を保全するための項目		
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	○ 適合	不適合 非該当 保全先：
14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	○ 適合	不適合 非該当 初期償却率： %
15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	○ 適合	不適合 非該当

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。

※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。

説明年月日 _____ 年 月 日

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について、重要な事項を説明しました。

【事業所】 ハートランド足立

説明者氏名 _____ (役職)

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

【利用者】 氏名 _____ (印)

【利用者代理人】 氏名 _____ (印)