

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 ハーモニーライフハチマンヤマ ハーモニーライフ八幡山				
住宅の所在地		〒 156 - 0056 東京都世田谷区八幡山3-24-4				
住宅へのアクセス		最寄駅	京王線「八幡山」駅から徒歩5分			
		交通手段と所要時間	バス利用の場合：「松沢病院前」停留所で下車、徒歩30秒			
住宅の連絡先		電話番号	03-5374-1300			
		FAX番号	03-5374-1303			
		ホームページアドレス	URL: http://www.Mcp-net.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	平成 29 年 2 月 1 日 から 平成 59 年 1 月 31 日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		敷地面積	1676.02 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	平成 29 年 2 月 1 日 から 平成 59 年 1 月 31 日 まで			
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		建築物用途区分	老人ホーム	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()	
	延床面積	1,352.22 m ²		うち、サテキ分	1,352.22 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"/> 使用貸借による権利			
		期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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
介護保険事業所番号(特定施設)	1371215532					
指定した自治体名	東京都					
指定年月日(初回)	2019年4月1日					
指定有効期限	2025年3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	高橋 泰代	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)	平成 29年 2月 1日					

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ メディカル・ケア・プランニングカブシキカイシャ メディカル・ケア・プランニング株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 134 - 0081	東京都江戸川区北葛西1-22-17	
事業主体の連絡先	電話番号	03-6663-6036	
	FAX番号	03-6663-6035	
	ホームページアドレス	URL:http://www.Mcp-net.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	山田 一幸	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14年3月12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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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						
契約期間等	入居契約	契約期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
		更新	自動更新			
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
		更新				
契約解除の内容						
*普通建物賃貸借契約書第15条のとおり						
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	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	ハーモニーライフ八幡山				
	電話番号	03-5374-1300				

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	40戸（登録申請対象戸数）		40人		
居住部分の規模	(最小)	18.39 m ²	詳細については下記「設備の詳細」を参照		
	(最大)	20.00 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	軽量鉄骨造	階数	2階建	うち、サ付き分 1～2階部分
竣工の年月日	平成 28年 12月 20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			
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	101	110	111	
介護居室	タイプ1	1	1	18.81 m ²	3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	101	110	111
		2	1	18.81 m ²	4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	201	210	211 216
	タイプ2	1	1	18.39 m ²	11	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	102	103	104 105 106
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	107	108	109 112 113
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	114		
		2	1	18.39 m ²	20	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	202	203	204 205 206
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	207	208	209 212 213
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	214	215	217 218 219	
	タイプ3	2	1	20.00 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			225
	タイプ4	2	1	19.77 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			226
	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	3 か所	うち男女別	階 (0 か所)							
			うち、男女共用	1階 (2か所 (内車いす等対応1箇所可能))、2階 (1か所 (車いす等対応可能))							
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし									
		個浴	3か所	場所	1階 (1か所)、2階 (2か所)		面積	18.79 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	0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 checked="" type="checkbox"/> なし						
		共同浴室	共同浴室における介護浴槽	1か所	場所	1階		面積	15.44 m ²		
					<input 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 (1階に寝台タイプの機械式浴槽)											
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	135.08 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	1階		面積	135.08 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		談話コーナー									
エレベーター		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
緊急呼出装置	台数	1基	定員	13人	ストレッチャー	ストレッチャー対応					
	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					
消防設備	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					
	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)		平成 29年 3月 7日 (成城消防署 千歳出張所)						
	防火管理者		高橋 泰代								
	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	専従	非専従			
管理者	0	1	0	0	0	0	1	1.0	看護師
生活相談員	1	0	0	0	0	0	1	1.0	
看護職員(直接雇用)	2	1	0	0	0	0	3	2.5	管理者
看護職員(派遣)	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
介護職員(直接雇用)	7	0	5	0	0	0	12	11.0	
介護職員(派遣)	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
機能訓練指導員	1	0	0	0	0	0	1	1.0	
計画作成担当者	1	0	0	0	0	0	1	1.0	
栄養士	1	0	0	0	0	0	1	1.0	業務委託による職員
調理員	3	0	0	0	0	0	3	3.0	業務委託による職員
事務員	1	0	0	0	0	0	1	1.0	
その他従業員	3	0	0	0	0	0	3	3.0	

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	専従	非専従			
社会福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
介護福祉士	1	0	1	0	0	0	2	2.0	
実務者研修の修了者	2	0	4	0	0	0	6	6.0	
介護職員初任者研修の修了者	1	0	0	0	0	0	1	1.0	
介護支援専門員	1	0	0	0	0	0	1	1.0	
たん吸引等研修(不特定)	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
たん吸引等研修(特定)	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
資格なし	3	0	0	0	0	0	3	3.0	

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	専従	非専従			
看護師又は准看護師	1	0	0	0	0	0	1	1	
理学療法士	0	0	0	0	0	0	0	0	
作業療法士	0	0	0	0	0	0	0	0	
言語聴覚士	0	0	0	0	0	0	0	0	
柔道整復師	0	0	0	0	0	0	0	0	
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0	0	0	0	
はり師又はきゅう師	0	0	0	0	0	0	0	0	

管理者の資格

正看護師

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	17:45	~	9:15		人	1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
	※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 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上
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)	3 : 1
	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		回あり □なし		兼務する職種		看護職員			
	業務に係る資格等		回あり □なし		資格等の名称		正看護師			
	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	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
数業に 応じ た事 務員 の経 験人 数年	1年未満	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	1	0	3	3	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況	回あり □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	<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事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の、住宅職員が駆けつけ必要な対応（看護師へ連絡、オンコール等）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
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

<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、経鼻）、在宅酸素、吸引、人工肛門、IVH、インシュリン、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	□あり	□なし
夜間看護体制加算	☑あり	□なし
医療機関連携加算	□あり	☑なし
看取り介護加算	□あり	☑なし
入居継続支援加算	□あり	☑なし
生活機能向上連携加算	□あり	☑なし
若年性認知症入居者受入加算	□あり	☑なし
口腔衛生管理体制加算	□あり	☑なし
栄養スクリーニング加算	□あり	☑なし
退院・退所時連携加算	☑あり	□なし
認知症専門ケア加算	□あり(□(Ⅰ) □(Ⅱ))	☑なし
サービス提供体制強化加算	□あり(□(Ⅰ)Ⅰ □(Ⅰ)Ⅱ □(Ⅱ) □(Ⅲ))	☑なし
介護職員処遇改善加算	☑あり(☑(Ⅰ) □(Ⅱ) □(Ⅲ) □(Ⅳ) □(Ⅴ))	□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	
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は7時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 	株式会社 福祉医療企画	
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	<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 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
協力医療機関	医療機関 1	名称	世田谷下田総合病院
		所在地	東京都世田谷区南鳥山4-9-23 施設からの距離：約2.2*
		診療科目	内科、消化器科、外科、整形外科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科
		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	札幌駅前歯科東京クリニック	
	所在地	東京都世田谷区若林3丁目1-2リバーヴィレッジ若林1階 施設からの距離：約6.7*	
	診療科目	歯科	
	協力内容	訪問歯科診療、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式		<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					
料金構造	前払金		<input type="checkbox"/> あり		<input 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	(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	250,000 円	家賃の	2 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	125,000 円	近傍同種の家賃相場を参考に設定	
共益費	42,000 円	共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、住戸内の光熱水費	

介護費用 (介護保険)	1ヶ月	30 日の場合	※地域単価 10.9 円						
	(1割負担の場合)			※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%)					
		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	c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	d=a+b+c	e=d×地域単価 小数点以下四捨五入	f=e×給付率 小数点以下四捨五入	g=e-f	
		要支援1	5,400	0	443	5,843	63,688	57,319	6,369
		要支援2	9,270	0	760	10,030	109,327	98,394	10,933
		要介護1	16,020	300	1,338	17,658	192,472	173,224	19,248
		要介護2	17,970	300	1,498	19,768	215,471	193,923	21,548
		要介護3	20,040	300	1,668	22,008	239,887	215,898	23,989
		要介護4	21,960	300	1,825	24,085	262,526	236,273	26,253
		要介護5	24,000	300	1,993	26,293	286,593	257,933	28,660
		個別機能訓練加算(12単位/日)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし			
		夜間看護体制加算(10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		
		看取り介護加算(144~1,280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(36単位/日)	<input type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	※要介護者のみ		
		生活機能向上連携加算(200単位/月)	<input type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月		
		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		
		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			
		栄養スクリーニング加算(5単位/回)	<input type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	※対象者のみ		
		退院・退所時連携加算(30単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	※要介護者のみ、対象者のみ		
		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)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III))	<input checked="" type="checkbox"/>		なし	
		※加算Ⅰ(イ)…18単位/日、加算Ⅰ(ロ)…12単位/日、加算Ⅱ…6単位/日、加算Ⅲ…6単位/日							
		介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/>		あり(<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V))	<input type="checkbox"/>		なし	

※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)。

(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	利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。	算定根拠： ・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり ・個別的な外出介助、個別的な買物等代行、週3回以上の入浴介助等
食費	60,000 円	朝食 500円、昼食 750円、夕食 750円、間食100円*昼食費に含まれる (税込) 1日当たり2000円(税込)×30日で精算 キャンセルする場合の取扱い：前日15時まで事務所に連絡してください。
光熱水費	共益費に含む	住戸内の光熱水費は、建物全体のメーターから維持管理費、甲の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を共益費に含めてお支払いただきます。
その他	35,000 円	フロントサービス費
合計	262,000 円	合計には家賃、共益費、食費を含みます。
支払日・支払方法	・毎月15日に請求書を発行し、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。) ・翌月27日に、支払請求分を口座振替の方法でお支払いいただきます。	

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。
- ・介護保険自己負担分、選択サービス費、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)。

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。

料金構造

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	2		4	
	自己負担割合	1割		1割	
	年齢	80歳		80歳	
居室の状況	床面積	18.39㎡		18.39㎡	
	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	円		円	
	敷金	250,000円		250,000円	
月額費用の合計		263,194円		268,253円	
家賃		125,000円		125,000円	
共益費		42,000円		42,000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)	21,548円		26,253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	60,000円		60,000円	
	光熱水費	(共益費を含む)円		(共益費を含む)円	
その他(フロントサービス費)		35,000円		35,000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。

◎ フロントサービス費として35,000円、その他については別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり

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		81歳			入居者数合計					31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																
	65歳以上75歳未満				1		1							3							
	75歳以上85歳未満				1	4	6	1						1							
	85歳以上		1	1	2	1	2	3						2							
合計		0	1	1	5	5	9	4						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	5	6	20				31													
男女別入居者数		男性：15人			女性：16人																
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)		77.5% (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					6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					2				
		介護老人福祉施設(特養等)への転居										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の転居										医療機関(入院)					2				
介護療養型医療施設への転居										死亡					2						
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	ハーモニーライフ八幡山 苦情相談窓口
電話番号	03-5374-1300
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 9時00分～18時00分
定休日	定めなし
窓口の名称	メディカル・ケア・プランニング株式会社 苦情相談窓口
電話番号	048-662-3101
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 時 分～時 分
	祝日 時 分～時 分
定休日	日曜日、祝日、12/31～1/3
窓口の名称	世田谷区烏山総合支所 保健福祉課
電話番号	03-3326-9632
対応している時間	平日 8時45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、日曜日、祝日、12/31～1/3
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
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	土曜日、日曜日、祝日、12/31～1/3
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、世田谷区烏山総合支所保健福祉課に報告した上で、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： あいおいニッセイ同和損害保険会社 ） <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等				
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。				
共用設備の利用について				
ランドリー	洗濯機、乾燥機各階に用意しています、ご利用に関しましては事務室までご連絡下さい。ご利用料金はかかりません。			
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、使用時間を事前にお知らせ下さい。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
<p>◆ハーモニーライフ八幡山身体的拘束適正化のための指針より抜粋</p> <p>2 基本方針</p> <p>3、緊急・やむを得ず身体拘束を行う場合 本人または他の利用者等の生命又は身体を保護するための措置として、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束廃止委員会を中心に十分に検討を行い、身体拘束による心身の損害よりも、拘束しないリスクの方が高い場合で、切迫性・非代替性・一時性の要件の全てを満たした場合のみ、本人・家族への説明同意を得て行います。又、身体拘束を行った場合は、その状況について経過記録の整備を行い、出来るだけ早期に拘束を解除すべく努力をします。</p> <p>3 委員会の設置</p> <p>3、「身体的拘束」が発生した場合において、状況、手続き、方法について他職種で検討し、適正に行われているかを確認する。</p> <p>◎詳細等については、別に定める「◆ハーモニーライフ八幡山身体的拘束適正化のための指針」とおりである。</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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
管理規程 (重要事項説明書)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ()	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	
その他				
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託		
	委託する業務の内容(契約事項)			
	管理業務の委託先	商号・名称 又は氏名	フリガナ	
		住所(事務所所在地)	〒	
修繕計画	計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	大規模修繕の実施予定	2030年 2月頃実施予定		
	その他計画のな記録予定			
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 2 回) (開催内容等)・運営状況 ・入居者様及びご家族様よりの質疑応答		
		<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 平成29年3月15日 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 実施日 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

令和 年 月 日

様に対して、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 メディカル・ケア・プランニング株式会社

所在地 東京都江戸川区北葛西1-22-17

代表者名 代表取締役 山田 一幸 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
やまだ かずゆき 山田 一幸	代表取締役
おくだ ゆみこ 奥田 弓子	取締役
あさい けんじ 浅井 賢治	取締役
まつもと あつし 松本 厚	取締役
しおの よしゆき 塩野 嘉幸	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	有り	1	ヘルパーステーションつどい八幡山	東京都世田谷区八幡山3-23-24
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	有り	3	ケアセンターつどい	東京都江戸川区北葛西1-22-17
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	有り	1	ハッピーライフ足立	東京都足立区入谷1-27-18
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	無し			
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	有り	1	小規模多機能つどい八幡山	東京都世田谷区八幡山3-24-7
認知症対応型共同生活介護	有り	2	グループホームつどい「石山家」	東京都足立区谷中3-8-19
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	無し			
居宅介護支援	有り	2	つどい支援事業所	東京都江戸川区北葛西1-22-17
<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	有り	1	ハッピーライフ足立	東京都足立区入谷1-27-18
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	無し			
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	有り	1	小規模多機能つどい八幡山	東京都世田谷区八幡山3-24-7
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	2	グループホームつどい「石山家」	東京都足立区谷中3-8-19
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)		—	■	—	
・巡回 日中	○	—	■	—	
・巡回 夜間	○	—	■	—	
生活相談	○	—	■	—	
緊急時対応	○	—	■	—	
オンコール対応	○	—	■	—	
<介護サービス>					
食事介助	—	左記介護サービス パック料金 108,000円/月額	■	—	
排泄介助	—		■	—	
おむつ交換	—		■	—	
機能訓練	—		■	—	
入浴(一般浴)介助	—		■ 週2回	週3回以上希望であれば、1回につき1,080円	
清拭	—		■	—	
特浴介助	—		■ 週2回	週3回以上希望であれば、1回につき1,080円	
身辺介助	—		■	—	
・体位交換	—		■	—	
・居室からの移動	—		■	—	
・衣類の着脱	—		■	—	
・身だしなみ介助	—		■	—	
おむつ代	—		実費	—	実費
通院介助 (協力医療機関)	—		1時間1,320円	—	1時間1,320円
通院介助 (上記以外)	—	1時間1,320円	—	1時間1,320円	
<生活サービス>					
居室清掃	—	1回660円	■ 週2回	週3回以上希望であれば、1回につき660円	
リネン交換	○	—	■ 週1回	週2回以上希望であれば、1回につき660円	
白常の洗濯	—	1回660円	■ 週2回	週3回以上希望であれば、1回につき660円	
居室配膳・下膳	—	1回660円	■	—	
嗜好に応じた特別食	—	実費	—	実費	

2 ページ
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)
おやつ	○昼食代に含む	○昼食代に含む	○昼食代に含む	○昼食代に含む
理美容	—	実費	—	実費
買物代行(通常の利用区域)	—	1時間1,320円	■	—
買物代行(上記以外の区域)	—	1時間1,320円	—	1時間1,320円
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	○	—	■	—
生活リズムの記録(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)	—	時間2,200円	■	—
入退院時の同行(上記以外)	—	時間2,200円	■	—
入院中の洗濯物交換・買物	—	時間2,200円	—	時間2,200円
入院中の見舞い訪問	○	—	■	—
<その他サービス>				
フロントサービス * 月額35,000円				
来訪者の受付、取次	*		*	
郵便物等の配達物の受付・保管	*		*	
タクシー等の手配	*		*	
金銭管理サービス	○	—	○	—

この様式は参考様式です。住宅ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて(※)介護サービス等の一覧表を作成すること。
※自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、住宅のサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。
※住宅で行われるサービスは全て記載すること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。