

リアンレーヴ立川

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  
重要事項説明書



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 リアンレーヴタチカワ リアンレーヴ立川				
住宅の所在地	〒 190 - 0004 東京都立川市柏町二丁目12-6				
住宅へのアクセス	最寄駅	多摩都市モノレール 砂川七番駅			
	交通手段と所要時間	徒歩5分			
住宅の連絡先	電話番号	042-537-8570			
	FAX番号	042-536-3785			
	ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_tachikawa.html			
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"/> 使用貸借による権利		
		期間	2016年 4月 1日 から 2041年 3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	2,526.45 m <sup>2</sup>		
	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	2016年 4月 1日 から 2041年 3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	※区分（サービス付き高齢者向け住宅） 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	2,039.30 m <sup>2</sup>	うち、サ付き分	2,039.30 m <sup>2</sup>	
	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	年 月 日 から 年 月 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	
				<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）	1373003324				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日（初回）	2019年 9月 1日				
指定有効期限	2025年 8月 31日				
入居時の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型(養介護のみ) <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	大嶋 夏香	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）	2016年 4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 キノシタノカイゴ 株式会社木下の介護		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 163 - 1308 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー8階		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5908-1310	
	FAX番号	03-5908-2382	
	ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/	

事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	佐久間 大介	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	1995年10月26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	18.00 m <sup>2</sup>	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 type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input checked="" 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	終身利用契約であるため期間の設定なし		
		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	自動更新		
契約解除の内容					
<p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき</li> <li>・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつサービス付き高齢者向け住宅における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</li> <li>・事業者は、入居者等による、事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき</li> </ul> <p>（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書31条「事業者からの契約解除」を参照下さい）</p>					
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					
<p>入居契約書 第32条（乙（入居者）からの契約解除） 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行なうことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める届出書を事業者に提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 第48条（反社会的勢力の排除）の各号の確約に反する事実が判明したとき</li> <li>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</li> </ul>					
契約解約時の連絡先		名称	リアンレーヴ立川		
		電話番号	042-537-8570		

### 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	58戸（登録申請対象戸数）		58人						
居住部分の規模	(最小)	18.00 m <sup>2</sup>	詳細については下記「設備の詳細」を参照						
	(最大)	18.00 m <sup>2</sup>							
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	鉄筋コンクリート造	階数	うち、サ付き分					
竣工の年月日	2014年9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									
介護居室		階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考
	タイプ1	1階	1	18.00 m <sup>2</sup>	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	1	18.00 m <sup>2</sup>	22	<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	3階	1	18.00 m <sup>2</sup>	22	<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					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	タイプ5					<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	

	タイプ6					<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7					<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	3か所	うち男女別	階 (か所)						
			うち、男女共用	1階～3階 各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 type="checkbox"/> なし								
	個浴	5か所	場所	1階 (3か所)、2階・3階 (各1か所)	面積	104.63 m <sup>2</sup>				
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし						
	大浴槽	か所	場所	階	面積	m <sup>2</sup>				
		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	1か所	場所	階	面積	m <sup>2</sup>			
<input 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										
						<input type="checkbox"/> 4 その他 ( )				
併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし								
食堂	場所	各階		面積	264.15m <sup>2</sup> (1階:食堂1 95.51m <sup>2</sup> 2階:食堂2 101.5m <sup>2</sup> 3階:食堂3 67.14m <sup>2</sup> )					
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		機能訓練室 (食堂1、食堂2、食堂3)					
	併設施設との共用		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし							
入居者や家族が利用できる調理設備		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
機能訓練室	場所	各階		面積	264.15m <sup>2</sup> (1階:食堂1 95.51m <sup>2</sup> 2階:食堂2 101.5m <sup>2</sup> 3階:食堂3 67.14m <sup>2</sup> )					
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		食堂 (食堂1、食堂2、食堂3)					
	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		エントランス、相談室、健康管理室、洗濯コーナー								
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	台数	1基	定員	15	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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱衣室		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	便所	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	浴室		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
消防設備	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	火災通報装置		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	消火器		<input 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)		2018年10月29日	(立川消防署)					
	防火管理者	大嶋 夏香								
	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	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	専従	非専従			
管理者									
生活相談員									
看護職員 (直接雇用)									
看護職員 (派遣)									
介護職員 (直接雇用)									
介護職員 (派遣)									
機能訓練指導員									
計画作成担当者									

栄養士							委託：グラン・グルメ株式会社
調理員							委託：グラン・グルメ株式会社
事務員							
その他従業員							

1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 40 時間

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								
介護福祉士								
実務者研修の修了者								
介護職員初任者研修の修了者								
介護支援専門員								
たん吸引等研修（不特定）								
たん吸引等研修（特定）								
資格なし								

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

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	20:30 ~ 7:00	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 人

(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
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		□あり □なし		兼務する職種					
	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										
前年度1年間の退職者数										
業務に応じた専任した職員の経年数	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	□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

私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかに温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。

ホームでの生活は、入居者が居室に暮らすことなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。

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	施設職員は、昼間（9時～17時）3時間に1回の居室訪問による状況把握（安否確認）を実施致します。 施設職員は、夜間（17時～9時）3時間に1回の居室訪問による状況把握（安否確認）を実施致します。	自ら実施
生活相談	施設職員は、ご入居者より日常生活全般や介護サービス、医療サービスに関するご相談をお受けいたします。	自ら実施
緊急時対応	ご入居者は、身体の状況の急激な変化等で緊急に施設職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず24時間いつでもナースコール（設置場所：各居室、浴室、脱衣室、共用便所）等で対応を求めることが出来ます。住宅職員は、1階事務所、2・3階ヘルパー室及びスタッフ携帯のPHS等で入居者からのコールを受信し、主治医への連絡や救急車の要請等速やかに適切な対応を行います。	自ら実施
食事介助	施設職員は食堂にて必要時適宜食事介助を行います。（要介護者を対象）	自ら実施
排泄介助	施設職員は排泄介助を必要時適宜行います。（要介護者を対象）	自ら実施
入浴介助	体調不良等で入浴が困難な場合は、清拭にて対応いたします。 身体状況により見守り、一般浴又は機械浴での介助を行います。入浴回数は週2回を基本としております。なお、見守り入浴は要支援者を対象とし、機械浴は要介護者を対象としております。 サービス提供は施設職員が行います。	自ら実施
身辺介助	施設職員は体位交換、居室からの移動、衣類の着脱について必要時適宜行います。なお、要支援者は居室からの移動について対応いたします。	自ら実施
機能訓練	施設職員は集団体操等の機能訓練を行います。	自ら実施
通院介助	施設職員は協力医療機関への通院介助を行います。	自ら実施
家事（清掃・洗濯）	施設職員は居室清掃を週1回、洗濯を週2回行います。クリーニングが必要な衣類については実費負担となります。	自ら実施
リネン交換	施設職員は週1回リネン交換を行います。	自ら実施
ゴミ回収	施設職員は居室で出たゴミを回収いたします。ただし、粗大ゴミ等は実費負担となります。	自ら実施
居室配膳下膳	施設職員は体調不良で食堂での食事が困難な場合に対応いたします。	自ら実施
買物代行	施設が指定する日に指定された場所での買い物を週1回を行います。	自ら実施
健康管理	施設職員は、服薬の管理及び必要時適宜バイタルチェックを行います。	自ら実施
その他サービス	郵便物、宅配便の受け取り等について対応いたします。 クリーニング等の取次ぎに対応いたします。 レクリエーションを実施いたします。	自ら実施
備考	別添3介護サービス等の一覧表にも記載されておりますので、併せてご確認をお願い致します。	

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当施設はサービス付き高齢者向け住宅であるため、基本的に医療的ケアには制限があります。医師の指示のもとで、当施設の看護職員が対応できる範囲の医療的ケアが条件となりますので、常時医療的ケアが必要な場合は、ご相談の上、当社の別の施設等をご案内します。

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 checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<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
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
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)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) )	<input checked="" type="checkbox"/> なし
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"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) )	<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝、昼、夜 希望者に提供します。</li> <li>・朝食は8時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は17時30分～18時30分までを原則とします。</li> <li>・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。</li> <li>・キャンセル、変更等は提供される日の3日前までにお知らせ下さい。欠食分の食費は、各食事に応じ下記金額を返還いたします。返還額は厨房管理費部分を除いた食料費です。朝食：206円 昼食：315円 夕食：419円</li> <li>提供される日の2日前以降のキャンセルについては、食費の返還はございませんのでお気をつけ下さい。</li> </ul>		委託先：グラン・グルメ株式会社
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
別添3の介護サービス等の一覧表をご確認ください。			

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	
※複数選択可		<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	医療法人社団和光会 キノメディッククリニック小平
		所在地	東京都小平市美園町2-10-19 住宅からの距離：約6.9*
	診療科目	内科、外科	
	協力内容	往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談	
医療機関2	名称		
	所在地	住宅からの距離：約 *。	
	診療科目		
	協力内容		
協力歯科医療機関	名称	コンパデンタルクリニック立川若葉町	
	所在地	東京都立川市若葉町1-9-1グリーン・クレスト103 住宅からの距離：約1.6*	
	診療科目	歯科	
	協力内容	訪問歯科診療、口腔・歯科衛生指導	



協力歯科医療機関	名称	あじさい歯科
	所在地	東京都八王子市敷田町5-25-13 1階 住宅からの距離：約13.2*
	診療科目	歯科
	協力内容	訪問歯科診療

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式	<input type="checkbox"/> 回月払い方式 <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"/> 回月払い方式 <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 <small>※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。</small>																																																																																																																																															
	月額費用	算定根拠																																																																																																																																																	
	家賃	100,400円	建物所有者への支払い家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋に付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。																																																																																																																																																
共益費	66,000円	水道光熱費、整備費、修繕費、施設運営に必要な本社の管理部門費用及び居室の光熱水費等 (管理共益費)																																																																																																																																																	
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30日の場合	<small>※地域単価      10.54円</small> <small>※給付率      90%</small> <small>(1割負担の場合)</small> <small>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>																																																																																																																																																
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基本単位 a</th> <th>加算 b <small>(※別途加算加算以外)</small></th> <th>処遇改善加算 c <small>(a+c) × 加算率 小人数以下の特定)</small></th> <th>総単位数 d=a+b+c</th> <th>月額費用(円) e=d × 地域単価 小人数以下の特定</th> <th>保険請求額(円) f=e × 給付率 小人数以下の特定</th> <th>自己負担額(円) g=e-f</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>5,460</td> <td>80</td> <td>520</td> <td>6,060</td> <td>63,872</td> <td>57,484</td> <td>6,388</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>9,330</td> <td>80</td> <td>885</td> <td>10,295</td> <td>108,509</td> <td>97,658</td> <td>10,851</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>16,140</td> <td>80</td> <td>1,525</td> <td>17,745</td> <td>187,032</td> <td>168,328</td> <td>18,704</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>18,120</td> <td>80</td> <td>1,710</td> <td>19,910</td> <td>209,851</td> <td>188,865</td> <td>20,986</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>20,220</td> <td>80</td> <td>1,909</td> <td>22,209</td> <td>234,082</td> <td>210,673</td> <td>23,409</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>22,140</td> <td>80</td> <td>2,089</td> <td>24,309</td> <td>256,216</td> <td>230,594</td> <td>25,622</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>24,210</td> <td>80</td> <td>2,283</td> <td>26,573</td> <td>280,079</td> <td>252,071</td> <td>28,008</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算 (12単位/日)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算 (10単位/日)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※要介護者のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算 (80単位/月)</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> あり      <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※対象者のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>着せり介護加算 (144~1,280単位/日)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※対象者のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算 (36単位/日)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※要介護者のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算 (200単位/月)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月</td> <td></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算 (120単位/日)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※対象者のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算 (30単位/月)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算 (5単位/回)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※対象者のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算 (30単位/日)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> あり      <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※要介護者のみ、対象者のみ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		基本単位 a	加算 b <small>(※別途加算加算以外)</small>	処遇改善加算 c <small>(a+c) × 加算率 小人数以下の特定)</small>	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d × 地域単価 小人数以下の特定	保険請求額(円) f=e × 給付率 小人数以下の特定	自己負担額(円) g=e-f	要支援1	5,460	80	520	6,060	63,872	57,484	6,388	要支援2	9,330	80	885	10,295	108,509	97,658	10,851	要介護1	16,140	80	1,525	17,745	187,032	168,328	18,704	要介護2	18,120	80	1,710	19,910	209,851	188,865	20,986	要介護3	20,220	80	1,909	22,209	234,082	210,673	23,409	要介護4	22,140	80	2,089	24,309	256,216	230,594	25,622	要介護5	24,210	80	2,283	26,573	280,079	252,071	28,008	個別機能訓練加算 (12単位/日)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						夜間看護体制加算 (10単位/日)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				※要介護者のみ		医療機関連携加算 (80単位/月)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				※対象者のみ		着せり介護加算 (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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				※要介護者のみ、対象者のみ	
	基本単位 a	加算 b <small>(※別途加算加算以外)</small>	処遇改善加算 c <small>(a+c) × 加算率 小人数以下の特定)</small>	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d × 地域単価 小人数以下の特定	保険請求額(円) f=e × 給付率 小人数以下の特定	自己負担額(円) g=e-f																																																																																																																																												
要支援1	5,460	80	520	6,060	63,872	57,484	6,388																																																																																																																																												
要支援2	9,330	80	885	10,295	108,509	97,658	10,851																																																																																																																																												
要介護1	16,140	80	1,525	17,745	187,032	168,328	18,704																																																																																																																																												
要介護2	18,120	80	1,710	19,910	209,851	188,865	20,986																																																																																																																																												
要介護3	20,220	80	1,909	22,209	234,082	210,673	23,409																																																																																																																																												
要介護4	22,140	80	2,089	24,309	256,216	230,594	25,622																																																																																																																																												
要介護5	24,210	80	2,283	26,573	280,079	252,071	28,008																																																																																																																																												
個別機能訓練加算 (12単位/日)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																	
夜間看護体制加算 (10単位/日)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				※要介護者のみ																																																																																																																																													
医療機関連携加算 (80単位/月)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				※対象者のみ																																																																																																																																													
着せり介護加算 (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 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)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 type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) ) <input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II) ) <input checked="" type="checkbox"/> なし
	※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%

※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		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
食費	65,610円	朝食：668円 昼食：727円 夕食：792円 1日当たり 2,187円 ×30日で積算  (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 3日前までに届出ることにより、食事のキャンセルが可能です。欠食分の食費は、各食事に応じた金額を返還いたします。返還額は厨房管理費部分を除いた食材費です。 朝食：206円 昼食：315円 夕食：419円  (消費税軽減税率について) ・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640円以下で、その累計額が1日1,920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、朝食の費用が軽減税率(8%)の対象となります。
光熱水費	(共益費に含む) 円	共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料及び各居室の光熱水費とする。なお、各居室の光熱水費は概算額とし、建物全体にかかる光熱水費から事務所、共同利用設備で使用される光熱水費を除いた額を住戸数で除した額とする。
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	
支払日・支払方法		施設利用費(家賃相当額)及び共益費(管理共益費)の支払いについては、原則として次月分を当月27日(但し、休日の場合は翌営業日)に、弊社が指定する金融機関からの自動引き落としとします。その他の費用は、原則として当月分を次月27日(但し、休日の場合は翌営業日)に、弊社が指定する金融機関からの自動引き落としとします。入居者が使用する日常小口現金については、施設が認める範囲で施設にて立替を行い、月額諸費用と共に請求するものとします。

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

- ・医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及び身元引受人の意思を確認します。
- ・入院に関わる費用は入居者の負担となります。
- ・月額料金については共益費(管理共益費)、施設利用費(家賃相当額)を通常通りお支払頂きます。
- ・前払金の償却は通常通り、当該月の居室の施設利用費として事業者が取得します。
- ・入院中も居室利用権は継続します。

料金改定の条件及び手続き

公租公課の増加、その他著しい経済事情の変動、並びに介護保険制度等の見直しが生じた場合は、契約期間内であっても、運営懇談会の意見を聞くなどして、月額利用料の各費用及び入居者の希望等により提供する個別的なサービス費等の費用の額を改定する事ができるものとします。

料金プラン(代表的なプランを2例)

		プラン1	プラン2
		要介護3	要支援2
入居者の状況	要介護度		
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
	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	円	円

月額費用の合計	255,419 円	242,861 円	
家賃	100,400 円	100,400 円	
共益費	66,000 円	66,000 円	
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	23,409 円	10,851 円
	上乗せ介護費用(※2)	- 円	- 円
	介護費用(選択サービス)	利用実績に基づき算出 円	利用実績に基づき算出 円
	食費	65,610 円	65,610 円
	光熱水費	(共益費を含む) 円	(共益費を含む) 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	歳	入居者数合計							
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								
	65歳以上75歳未満								
	75歳以上85歳未満								
	85歳以上								
	合計								
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								
男女別入居者数	男性:	人			女性:	人			
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)	%(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) リアンレーヴ立川 苦情相談窓口				
電話番号	042-537-8581				
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	なし				
窓口の名称	(法人) 株式会社木下の介護 介護ご意見110番				
電話番号	0120-100-537				
対応している時間	平日	10時	00分	~	18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、年末年始				
窓口の名称	(区市町村) 立川市役所 福祉保健部 介護保険課				
電話番号	042-528-4370				
対応している時間	平日	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、祝日、年末年始				

窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会				
電話番号	03-6238-0177				
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時 00分
	土曜	時	分	～	時 分
	日曜	時	分	～	時 分
	祝日	時	分	～	時 分
定休日	土曜、日曜、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	<p>事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、事業所の保全について計画的に取り組みます。</p> <p>利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあつては地域包括支援センター）等に連絡、東京都住宅政策本部へ報告を行うとともに、必要な措置を講じます。また、発生した事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。</p> <p>利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。</p>				
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： ウォームハート（損害保険ジャパン日本興亜株式会社）） <input type="checkbox"/> なし					

### 10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等					
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等は、原則 9 時～18 時でお願いしております。なお、夜間の外出・帰宅の際や外泊時は、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					
共用設備の利用については、リアンレヴ立川管理規程の別表2 共用施設細則にてご確認をお願いいたします。					
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き					
「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合には、身元引受人等に説明し同意を書面で得た上で実施します。尚、実施中の経過の記録をし、再検討をして早期の拘束解除を目指します。					
入居希望者への事前の情報開示					
入居契約書のひな形	<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 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		
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 checked="" 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 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	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 type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託			
	委託する業務の内容(契約事項)	建物管理業務(法定点検業務、設備管理業務、清掃業務等)			
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ ソウツウアメニティーサービスカブシキガイシャ 綜通アメニティーサービス株式会社		
		住所(事務所所在地)	〒 104-0032 東京都中央区八丁堀2丁目20番8号		
	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 1 回) (開催内容等) 懇談会は、原則として定例を年に1回開催いたします。召集は施設長の名において行い、開催通知は書面配布、館内掲示、館内放送等により行います。				
	<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 <input type="checkbox"/> なし	実施日	2019年9月	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

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 株式会社木下の介護

所在地 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー8階

代表者名 代表取締役 佐久間 大介

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
さくま だいすけ 佐久間 大介	代表取締役
きのした なおや 木下 直哉	取締役
くまち まさはる 熊地 昌治	取締役
やぎ まさと 八木 真人	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。

## 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	有り	3	プレール・ロヴュ・豊洲ケアセンター	江東区豊洲1-2-8
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	1	木下の介護 小平	小平市美園町2-10-9
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	41	リアンレーヴ高田馬場	新宿区下落合1-6-9
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	有り	7	木下の介護 グループホーム千歳鳥山	世田谷区北鳥山13-16-10
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	3	プレールロヴュ・豊洲ケアセンター	江東区豊洲1-2-8
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	38	リアンレーヴ高田馬場	新宿区下落合1-6-9
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			
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	有り	7	木下の介護 グループホーム千歳鳥山	世田谷区北鳥山13-16-10
介護予防支援	無し			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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

リアンレーヴ立川

介護を行う場所	自立		要支援		要支援 (特定施設入居者生活介護の契約をしない場合)		要介護		要介護 (特定施設入居者生活介護の契約をしない場合)	
	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
基本サービス										
1. ◎状況把握										
・昼間 9時～17時	日中1回	—	3時間に1回	—	日中1回	—	3時間に1回	—	日中1回	—
・夜間 17時～9時	—	—	3時間に1回	—	—	—	3時間に1回	—	—	—
2. ◎生活相談										
・健康相談	○	—	○	—	○	—	○	—	○	—
・生活相談	○	—	○	—	○	—	○	—	○	—
3. ◎緊急時対応										
・ナースコール	○	—	○	—	○	—	○	—	○	—
・緊急搬送時対応	○	—	○	—	○	—	○	—	○	—
介護サービス										
1. 食事介助	—	—	—	—	—	3,190円/回 1食毎に徴収	必要時適宜	—	—	4,180円/回 1食毎に徴収
2. 排泄										
・排泄介助	—	—	—	—	—	1,320円/回	必要時適宜	—	—	1,760円/回
・おむつ交換	—	—	—	—	—	1,320円/回	必要時適宜	—	—	1,760円/回
・おむつ代	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担	—	実費負担
3. 入浴等										
・清拭 ※1	—	—	必要時適宜	—	—	1,980円/回	必要時適宜	—	—	2,640円/回
・巡視 (安全確認)	—	—	—	—	—	330円/回	—	—	—	—
・見守り入浴	—	—	2回/週 身体状況等により見守り又は一般浴介助	週3回以降 880円/回	—	1,320円/回	—	—	—	—
・一般浴介助	—	—	—	—	—	1,980円/回	2回/週 身体状況等により一般浴又は特浴介助	週3回以降 1,650円/回	—	2,640円/回
・特浴介助	—	—	—	—	—	—	—	週3回以降 2,200円/回	—	4,180円/回
4. 身辺介助										
・体位交換	—	—	—	—	—	330円/回	必要時適宜	—	—	550円/回
・居室からの移動	—	—	必要時適宜	—	—	330円/回	必要時適宜	—	—	550円/回
・衣類の着脱	—	—	—	—	—	550円/回	必要時適宜	—	—	880円/回
・身だしなみ介助	—	—	—	—	—	330円/回	—	—	—	330円/回
5. 機能訓練	—	—	○	—	—	1,320円/回	○	—	—	1,760円/回
6. 通院介助										
・協力医療機関	—	—	○	—	—	1,980円/30分	○	—	—	2,640円/30分
・協力医療機関以外	—	3,300円/30分	—	1,650円/30分	—	1,980円/30分	—	1,650円/30分	—	2,640円/30分

※金額表記は全て(税込)表記です

※1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

◎サービス付き高齢者向け住宅において基本的に提供するサービス



介護を行う場所	自立		要支援		要支援 (特定施設入居者生活介護の契約 をしない場合)		要介護		要介護 (特定施設入居者生活介護の契約 をしない場合)	
	介護居室		介護居室		介護居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料を含む サービス	その都度徴収する サービス	介護保険給付、月額 利用料を含むサービス	その都度徴収する サービス	月額利用料を含む サービス	その都度徴収する サービス	介護保険給付、月額 利用料を含むサービス	その都度徴収する サービス	月額利用料を含む サービス	その都度徴収する サービス
生活サービス										
1. 家事										
・清掃※2	—	1,320円/回	1回/週	週2回目を以降 1,320円/回	—	1,430円/回	1回/週	週2回目を以降 1,320円/回	—	1,430円/回
・洗濯※3	—	1,320円/回	2回/週	週3回目を以降 1,320円/回	—	1,430円/回	2回/週	週3回目を以降 1,320円/回	—	1,430円/回
・クリーニング	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
・リネン交換※4	—	1,320円/回	1回/週	—	—	1,430円/回	1回/週	—	—	1,430円/回
・寝具レンタル (布団・枕・ベッドパッド)	—	1,650円/月	—	—	—	1,650円/月	—	—	—	1,650円/月
・リネンレンタル (シーツ・枕カバー、枕カバー)	—	1,100円/月	—	—	—	1,100円/月	—	—	—	1,100円/月
・ケアセット※5 (タオルレンタル)	—	1か月 Aセット：1,980円 Bセット：2,640円 Cセット：1,430円	—	—	—	1か月 Aセット：1,980円 Bセット：2,640円 Cセット：1,430円	—	—	—	1か月 Aセット：1,980円 Bセット：2,640円 Cセット：1,430円
・ゴミ回収	—	粗大ごみ等実費	○	粗大ごみ等実費	—	330円/回 粗大ごみ等実費	○	粗大ごみ等実費	—	330円/回 粗大ごみ等実費
2. 居室配膳下膳	—	330円/回 入居者様都合の場合	体調不良時適宜	330円/回 入居者様都合の場合	—	330円/回	体調不良時適宜	330円/回 入居者様都合の場合	—	330円/回
3. 理美容	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費	—	実費
4. 代行										
・買物(施設指定)※6	—	—	1回/週	週2回目を以降 660円/回	—	990円/30分	1回/週	週2回目を以降 660円/回	—	990円/30分
・買物(要予約)※7	—	1,650円/30分	—	1,650円/30分	—	1,650円/30分	—	1,650円/30分	—	1,650円/30分
・その他手続き	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
健康管理サービス										
・健康診断(機会の提供)	—	年2回(実費)	—	年2回(実費)	—	年2回(実費)	—	年2回(実費)	—	年2回(実費)
・医師の往診	—	医療保険適用範囲 外の費用は実費	—	医療保険適用範囲 外の費用は実費	—	医療保険適用範囲 外の費用は実費	—	医療保険適用範囲 外の費用は実費	—	医療保険適用範囲 外の費用は実費
・バイタルチェック	—	—	必要時適宜	—	—	330円/回	必要時適宜	—	—	330円/回
・服薬管理	—	—	○	—	—	110円/日	○	—	—	110円/日
その他サービス										
・郵便物、宅配便	—	—	○	—	—	330円/日	○	—	—	330円/日
・クリーニング等の 取次ぎ	—	—	○	—	—	330円/回	○	—	—	330円/回
・送迎・移送	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・外出介助※8	—	—	—	1,650円/30分	—	1,980円/30分	—	1,650円/30分	—	2,640円/30分
・レクリエーション	—	イベント費・材 料費等実費	○	イベント費・材 料費等実費	—	イベント費・材 料費等実費	○	イベント費・材 料費等実費	—	イベント費・材 料費等実費

※金額表記は全て(税込)表記です

※2 1回20分程度にて可能な範囲

※3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※5 Aセット：入浴時のバスタオル2枚/週、フェイスタオル4枚/週、食事時のおしぼりタオル3枚/日 Bセット：入浴時のバスタオル5枚/週、フェイスタオル10枚/週、食事時のおしぼりタオル4枚/日 Cセット：食事時のおしぼり3枚/日

※6 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限ります。

※7 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

※8 交通費実費が別途かかります。

◎サービス付き高齢者向け住宅において基本的に提供するサービス



1