

2023年 9月 1日

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 ケアホームニシオオイコウホウエン ケアホーム西大井こうほうえん					
住宅の所在地	〒 140-0015 東京都品川区西大井2-5-21					
住宅へのアクセス	最寄駅	JR横須賀線 西大井駅				
	交通手段と所要時間	徒歩5分				
住宅の連絡先	電話番号	03-5718-1331				
	FAX番号	03-5718-0034				
	ホームページアドレス	http://www.kohoen.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 31年 3月 1日 から 令和 11年 2月 28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			
		敷地面積	4,400 m ²			
	住宅（建物）	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 31年 3月 1日 から 令和 11年 2月 28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			
		建築物用途区分	耐火構造 <input 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	5,050 m ²	うち、サ付き分	3,226 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 checked="" type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	平成 31年 3月 1日 から 令和 11年 2月 28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		
		キッズタウンにしおおい	保育	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地
		西大井いきいきセンター	老人福祉センター事業	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地		
		<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地		
介護保険事業所番号（特定施設）	1370903146					
指定した自治体名	東京都					
指定年月日（初回）	平成 21年 3月 1日					
指定有効期限	令和 9年 2月 28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 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	田中 とも江	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 21年 3月 1日					

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ シャカイクシホウジンコウホウエン 社会福祉法人こうほうえん		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 684-0063 鳥取県境港市誠道町2083番地		

事業主体の連絡先	電話番号	0859-24-3111		
	FAX番号	0859-24-3113		
	ホームページアドレス	http://www.kohoen.jp/		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	廣江 晃	職名	理事長
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり			
設立年月日	昭和61年6月1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	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	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	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	から		まで	
		更新	要介護認定有効期間によるものとし、市区町村によって更新された場合には、本契約も自動的に更新されるものとする			
契約解除の内容						
<p>事業者は、賃貸借契約書第13条及び（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書第20条の規定に基づき、以下の場合には、催告の上契約を解除することができます。</p> <p>①支払うべき費用を3か月分以上滞納したとき ②支払うべき金員等の支払いをしばしば遅延する等の事情により、信頼関係が著しく害されたと事業者が認めるとき ③問題行動が著しく、介護に相当の困難を伴い、且つ、他のご利用者の生活に好ましくない影響を与えると判断し、専門的な治療、療養が必要となったとき</p> <p>また、以下の各号のいずれかに該当する場合は、通知催告を要せずして契約を即時解除することができます。</p> <p>①本契約締結時に、心身の状況及び病歴等について、故意に告げない、または不実の告知を行ったとき ②故意または重大な過失により、職員もしくは他の入居者の生命、身体、財物、信用等を傷つけた場合</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						
利用者は事業者に対して、少なくとも30日前に解約申入書を事業所に提出することにより、本契約を解除することができます。						
契約解約時の連絡先		名称	ケアホーム西大井こうほうえん			
		電話番号	03-5718-1331			

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	42戸（登録申請対象戸数）		／	48人					
居住部分の規模	（最小）	20.79 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照					
	（最大）	38.37 m ²							
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	構造	鉄筋コンクリート	階数	3階	うち、サ付き分	2～3階			
竣工の年月日	平成21年2月14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	2	1	20.79 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ2	2	1	21.22 m ²	4	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ3	2	1	31.94 m ²	8	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ4	2	1	32.03 m ²	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ5	2	1	32.30 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ6	2	1	32.68 m ²	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
タイプ7	2	2	37.77 m ²	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

	タイプ8	2	2	38.37 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ9	3	1	20.79 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ10	3	1	21.22 m ²	4	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ11	3	1	31.94 m ²	7	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ12	3	1	32.03 m ²	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ13	3	1	32.33 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ14	3	1	32.60 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ15	3	1	32.68 m ²	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	タイプ16	3	2	37.77 m ²	2	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
タイプ17	3	2	38.37 m ²	1	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
一時介護室	階	定員	面積	戸数	備考					
便所	共同便所	8か所	うち男女別	2階と3階（男各1か所、女各1か所）						
			うち、男女共用	2階と3階（それぞれに2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	2か所	場所	2階（1か所）、3階（1か所）		面積	2階 13.2065 m ² 3階 14.9007 m ² （脱衣所含む）			
		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 type="checkbox"/> なし						
	共同浴室	共同浴室における介護浴槽	2か所	場所	2階（1か所）、3階（1か所）		面積	2階 15.675 m ² 3階 15.675 m ² （脱衣所含む）		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェアー浴										
<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	2・3階		面積	2階 143.7938 m ² 3階 138.6798 m ²					
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼用設備						
	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 ※各居室に台所あり									
機能訓練室	場所	階		面積	m ²					
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼用設備						
	併設施設との共用		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし							
その他の共用設備										
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	台数	1基	定員	11名	ストレッチャー	ストレッチャー対応				
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		脱衣室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		浴室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
消防設備	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
非常災害対策	消防計画	消防署への届出日（消防署名）		平成 27年 10月 13日	（大井消防署）					
	防火管理者	梶 邦夫								
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施								

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数										
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)		
		専従	非専従	専従	非専従					
管理者			1			1	0.5	看護師		
生活相談員		1				1	1			
看護職員(直接雇用)		1	1	2		4	2.2	管理者		
看護職員(派遣)						0				
介護職員(直接雇用)		17		3		20	18.7			
介護職員(派遣)						0				
機能訓練指導員				1		1		理学療法士		
計画作成担当者		1				1	1			
栄養士				1		1		管理栄養士		
調理員						0		委託先：日清医療食品株式会社		
事務員		1	1			2		保育園		
その他従業者				1		1		歯科衛生士		
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		15		2		17	15.7			
実務者研修の修了者		1				1	1			
介護職員初任者研修の修了者		1		1		2	2			
介護支援専門員						0				
たん吸引等研修(不特定)		1				1				
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				1		1				
作業療法士						0				
言語聴覚士						0				
柔道整復師						0				
あん摩マッサージ指圧師						0				
はり師又はきゅう師						0				
管理者の資格										
夜勤・宿直体制		時間帯				平均人数		最少時人数		備考
		夜勤		宿直		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
		16:30	～	9:30		人	2人	人	2人	
						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提供体制										
(介護予防)特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】					<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上				
						<input type="checkbox"/> 2 : 1 以上				
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択					<input checked="" type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上				
						<input type="checkbox"/> 3 : 1 以上				
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)					1.7 : 1				
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制(一般型(包括型)特定施設の場合、記入不要)	サービス付き高齢者向け住宅の職員数									
	訪問介護事業所の名称									
	訪問看護事業所の名称									
通所介護事業所の名称										

職員の状況（冒頭に記した記入日現在）											
管理者		他の職種との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼務する職種		看護職員			
		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		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				3							
前年度1年間の退職者数					2						
数業に務 に応じ に従 事し た事 員た の経 験人 数年	1年未満			3							
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満			2	1						
	5年以上 10年未満			6	2	1				1	
	10年以上	2	2	5					1		
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

6. サービスの内容

サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色		
<p>ご利用者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供いたします。 ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。 なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療サービスを自由に選択することができます。</p>		
介護保険対象サービスの種類・提供方法等		
サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	・ 食事の機会や介護サービス提供等のため訪問した時に安否確認をします。	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時間各住戸やトイレに設置してあるナースコールを押していただければ、共同生活室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（ <u>介護、家族連絡、救急重要請等</u> ）を行います。	自ら実施
食事支援	・ 調理した食事を各階共同生活室にて提供いたします。必要に応じて食事支援を行います。形態食もご用意しています。	自ら実施
入浴支援	・ 週2回の入浴において、利用者の状況に応じた支援を行います（石鹸は実費となります）	自ら実施
排泄支援	・ 利用者の状況に応じた適切な排泄支援を行います。	自ら実施
居室清掃 シーツ交換	・ 週1回住宅職員にて居室内の清掃を行います（エアコンの清掃については、別途業者をご案内します） ・ 週1回住宅職員にて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、服薬支援を行います。	自ら実施
清潔保持	・ 必要に応じて髭剃り、爪きり・耳掃除、口腔等の衛生（歯磨き・義歯洗浄など）の支援を行います。	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） ・ 看取り期における緩和ケア 		

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類		
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 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
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
A D L維持等加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） ）	<input checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 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
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等		
人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制（介護・看護職員の配置率） : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・朝、昼、夜 希望者に提供します。 ・朝食は8時～9時30分まで、昼食は12時～13時30分まで、夕食は18時～19時30分まで。 ・食事は、建物内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は朝食は当日の6時まで、昼食は当日の9時30分まで、夕食は当日の16時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生いたしますので、お気をつけ下さい。 	日清医療食品株式会社
フロントサービス	フロントサービス（来訪者受付、配達物取次ぎ、郵便物転送、各種情報提供）、買物代行、余暇活動 等	
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供（詳細は別添3 介護サービス等一覧表のとおり）		
個別的な外出介助、通院介助	あり。西天井1～2丁目以外の場合、付き添い料をいただきます（2,100円/1時間 治療費・交通費自己負担）	
救急搬送時の対応	ご家族の都合がつかない場合、スタッフ1名が付き添います（1,800円/1時間 同行スタッフ交通費をご負担いただきます）	

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 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）	
協力医療機関	医療機関 1	名称	三ツ木診療所
		所在地	品川区西品川2-13-20 住宅からの距離：約1.6 ㎞。
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
協力医療機関	医療機関 2	名称	おおもり訪問クリニック
		所在地	大田区山王3-27-6 大森ラルタビル4階 住宅からの距離：約1.6 ㎞。
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
協力医療機関	医療機関 3	名称	ひろクリニック大森
		所在地	品川区南大井6-19-7 住宅からの距離：約1.3 ㎞。
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療

療 機 関	医療機関 4	名称	荏原ホームケアクリニック	
		所在地	品川区戸越6-8-20 三栄第2ビル3階 住宅からの距離：約1.0 *。	
		診療科目	内科	
		協力内容	訪問診療	
	協力医療機関	医療機関 5	名称	東京メモリークリニック蒲田
			所在地	大田区蒲田本町2-4-2 アクシード蒲田本町1階 住宅からの距離：約4.5 *。
			診療科目	内科
			協力内容	訪問診療
		医療機関 6	名称	こだまクリニック
			所在地	品川区荏原1-14-1 住宅からの距離：約2.3 *。
	協力歯科医療機関	医療機関 7	名称	孝仁クリニック
			所在地	品川区東大井5-14-11-1階 住宅からの距離：約1.5 *。
診療科目			内科	
協力内容			訪問診療	
協力歯科医療機関	医療機関 8	名称	ホワイトラビット歯科医院	
		所在地	品川区二葉1-8-7 TYMビル2階 住宅からの距離：約1.2 *。	
		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 checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式 <small>※選択方式の場合：(該当する方式全て選択)</small> <input type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い一部月払い方式				
料 金 構 造	前払金	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。</small>				
	金額	円	期間	年/終身		
	算定方法	月額単価 (円) × 想定居住期間 (月) により算出				
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費			
			サービス提供の対価			
		想定居住期間の算出根拠				
	支払日	(支払期日を記入)	支払方法			
	償却開始日	年 月 日 (入居契約書に定める償却開始日を記入)				
	契約終了時の返還金	円	算定方法	(短期解約ではない場合の返還金の算定方法を記入)		
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算日
		算定方法	(日額単価を明示した上で日割り計算で記入)			
	返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)				
前払金の保全先	<input type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称				
	<input type="checkbox"/>	信託契約を行う信託会社等の名称				
	<input type="checkbox"/>	保証保険を行う保険会社の名称				
	<input type="checkbox"/>	全国有料老人ホーム協会				
	<input type="checkbox"/>	その他 (名称: _____)				
敷金	算定根拠					
金額	家賃の 3 か月分 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。					
月額費用	算定根拠					
家賃						
共益費	(一人部屋) 31,500円 (二人部屋) 42,000円					

介護費用
(介護保険)

1ヶ月 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%)

(●割負担の場合)

	基本単位 a	加算 b <small>※別途改善加算以外</small>	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	保険請求額(円) f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	自己負担額(円) g=e-f
要支援1	5,460	810	721	6,991	76,201	68,580	7,621
要支援2	9,330	810	1,166	11,306	123,235	110,911	12,324
要介護1	16,140	1,110	1,985	19,235	209,661	188,694	20,967
要介護2	18,120	1,110	2,211	21,441	233,706	210,335	23,371
要介護3	20,220	1,110	2,453	23,783	259,234	233,310	25,924
要介護4	22,140	1,110	2,675	25,925	282,582	254,323	28,259
要介護5	24,210	1,110	2,532	27,852	303,586	273,227	30,359
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/日</small>						
夜間看護体制加算(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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※対象者のみ				
看取り介護加算(72~1,780単位/日)	<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 <small>※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日</small>						
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日</small>						
若年性認知症入居者受入加算(120単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※対象者のみ				
A D L維持等加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…30単位/日、加算Ⅱ…60単位/日</small>						
科学的介護推進体制加算(40単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
口腔衛生管理体制加算(30単位/月)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
口腔・栄養スクリーニング加算(1)(20単位/回)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 <small>※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日</small>						
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日</small>						
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 <small>※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%</small>						
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> なし <small>※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%</small>						
介護職員等ベースアップ等支援加算(加算率…1.5%)	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<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)。

料金構造

短期利用	1日当たり	円	利用料の算出方法
(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	円	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	算定根拠:
(介護保険外)利用者の個別的な選択による介護サービス費用	利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。		・料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」とおり ・個別的な外出介助・買物等代行・通院介助。
食費	65,400円/月		朝食500円、昼食830円、夕食850円 <small>※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%)の対象となりますが、昼食・夕食の費用は軽減税率の対象外となります。 ※金額は全て税込で表記しています。 ※ソフト食、ミキサー固形食などの特別食は、1日216円追加料金をいただきます。 ※水分とろみ代:1日20円追加料金をいただきます。</small>
光熱水費	円		キャンセルの申し出は朝食は当日の6時、昼食は当日の9時30分、夕食は当日の16時までにお申し出ください。 以降のお申し出につきましてはキャンセルができませんので御承知ください。
その他	30,000円/月		・来訪者受付、配達物取次ぎ、事務諸手続き、各種情報提供を行います。 ・原則として9:00~17:30とします。 ・二人部屋の同居人の方は、10,000円/月となります。

合計	円 別添3 介護サービス等の一覧表のとおり		
支払日・支払方法	<ul style="list-style-type: none"> 毎月15日に請求書を発行し、利用者様またはご家族様に送付します（振込手数料は利用者様負担となります）。 支払請求分を金融口座からの自動引き落とし（振替日は26日）、または指定口座への振り込み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			
<ul style="list-style-type: none"> 入院中も入居契約は継続し、家賃・フロントサービス費をお支払いいただきます。 共益費、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しません）。 			
料金改定の条件及び手続き			
<p>人件費、物価、公共料金等の変動、維持管理費の増減等によりサービス料金や共益費が不相当となったときは、利用者または身元引受人に対し書面によって説明を行い改定する場合があります。</p>			
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2
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	92歳	86歳
居室の状況	床面積	21.20㎡	31.90㎡
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	240,000円	270,000円
月額費用の合計		151,876円	209,029円
家賃		（品川区と法人からの助成適用後）4,400円	（品川区からの助成適用後）64,400円
共益費		31,500円	31,500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）	20,684円	23,057円
	上乗せ介護費用（※2）	0円	0円
	介護費用（選択サービス）	0円	0円
	食費	65,400円	65,400円
	光熱水費	6,800円	6,100円
その他		30,000円	30,000円
<p>※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。</p>			

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		86.9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								
	65歳以上75歳未満		1		1		1		
	75歳以上85歳未満		2	4	2	2	1	1	
	85歳以上		2	6	8	3	5	7	1
	合計	0	5	10	11	5	7	8	1
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	11	5	22	7	2		47	
男女別入居者数	男性：8人			女性：39人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	98%（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				11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）		2	
	介護療養型医療施設へ転居					死亡		8	
有料老人ホーム（サ付き除く）への転居				1	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) ケアホーム西大井こうほうえん					
電話番号	03-5718-1331					
対応している時間	平日	9時	30分	～	17時	00分
	土曜	9時	30分	～	17時	00分
	日曜	9時	30分	～	17時	00分
	祝日	9時	30分	～	17時	00分
定休日	なし					
窓口の名称	(法人) 社会福祉法人こうほうえん 総合ご利用者相談・苦情担当					
電話番号	0120-418-658					
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					
窓口の名称	(区市町村) 品川区高齢者福祉課介護保険担当					
電話番号	03-5742-6927					
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					
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					
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品川区に報告した上で、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：株社） <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が、行き先や大体の帰宅時間はあらかじめ職員へお伝えください。				
共用設備の利用について				
浴室	入浴は共用浴室の使用となります。当日の入浴担当者と使用時間の調整を行ってください。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
こうほうえんでは、『こうほうえん抑制廃止宣言』の提示しています。緊急やむを得ない場合もないとして、身体拘束は行っておりません。				
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	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 2 回) (開催内容等)		
		<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)		
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見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	毎年1月ごろ実施 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実施日	2021年1月8日 実施機関の名称 株式会社 ケアシステムズ	
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 社会福祉法人こうほうえん _____
所在地 鳥取県境港市誠道町2083番地 _____
代表者名 理事長 廣江 晃 (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)