

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 | ブリガナ ライブラリオオモリヒガシゴチョウメ ライブラリ大森東五丁目 | | | | |
| 住宅の所在地 | 〒 143 - 0012 東京都大田区大森東五丁目10番3号 | | | | |
| 住宅へのアクセス | 最寄駅 | 京急本線 大森町駅 | | | |
| | 交通手段と所要時間 | バスで6分、降車後徒歩2分/または徒歩で15分 | | | |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 | 03-6459-6181 | | | |
| | FAX番号 | 03-6459-6182 | | | |
| | ホームページアドレス | http://www.living-platform.com/ | | | |
| 権原等 | 敷地 | 所有関係 | <input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用賃借による権利 | | |
| | | 期間 | 2019年10月1日 から 2039年9月30日 まで | | |
| | | 抵当権 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 敷地面積 | 1422.43 m ² | | |
| | 住宅(建物) | 所有関係 | <input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用賃借による権利 | | |
| | | 期間 | 2019年10月1日 から 2039年9月30日 まで | | |
| | | 抵当権 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 建築物用途区分 | 児童福祉施設等 | 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 | 2,916.42 m ² | うち、サ付き分 | 2,209.38 m ² | |
| | 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"/> 使用賃借による権利 | | |
| | | 期間 | 2019年10月1日 から 2039年9月30日 まで | | |
| | | 抵当権 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | | 自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 施設名称 | | 提供されるサービスの種類 | 事業所の場所 | | |
| グループホーム ライブラリ大森東五丁目 | | 認知症対応型共同生活介護 | <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 checked="" 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） | 1371112556 | | | | |
| 指定した自治体名 | 東京都 | | | | |
| 指定年月日（初回） | 2019年10月1日 | | | | |
| 指定有効期限 | 2025年9月30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 | 北原 秀和 | 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) | 2019年10月1日 | | | | |

2. 事業主体

| | | | | |
|-----------------|--|---------------------------------|----|------|
| 事業主体の名称 | フリガナ カブシキガイシャリビングプラットフォーム 株式会社リビングプラットフォーム | | | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 064-0802 | 北海道札幌市中央区南二条西二十丁目291番地 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 011-633-7727 | | |
| | FAX番号 | 011-633-7728 | | |
| | ホームページアドレス | http://www.living-platform.com/ | | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 代表取締役 | 職名 | 金子洋文 |
| 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 | 23年6月24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 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 | 次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。） | | | | |
| 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容 | 入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり | | | | |
| 契約期間等 | 入居契約 | 契約期間 | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで |
| | | 更新 | | | |
| | （介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約 | 契約期間 | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで |
| | | 更新 | | | |
| 契約解除の内容 | 入居契約書第10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 | | | | | |
| 30日前に解約の申入れを行うことにより、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 | ライブラリ大森東五丁目 | | | |
| | 電話番号 | 03-6459-6181 | | | |

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 | 59 戸（登録申請対象戸数） | | ／ | | | 59 人 | | |
| 居住部分の規模 | （最小） | 18.00 m ² | | 詳細については下記「設備の詳細」を参照 | | | | |
| | （最大） | 33.04 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 | 鉄骨造 | 階数 | 4階建て | うち、サ付き分 | 1-4階の一部 | | |
| 竣工の年月日 | 2019年8月31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 | |
|--|--|--|------------------------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|
| | | 介護居室 | タイプ1 | 2 | 1 | 18.00 m ² | 16 | <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 | 1 | 33.04 m ² | 1 | <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 | 1 | 18.00 m ² | 16 | <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 | 3 | 1 | 33.04 m ² | 1 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ5 | 4 | 1 | 18.00 m ² | 24 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ6 | 4 | 1 | 33.04 m ² | 1 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ7 | | | | | <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 | 5 か所 | うち男女別 | 階 (か所) | | | | | | |
| | | | うち、男女共用 | 1-4階 (5か所 (車いす等対応可能 1か所)) | | | | | | |
| 浴室 | 居室 | <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| | 個室 | 3か所 | 場所 | 2-4階 (各1か所) | 面積 | 11.19 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 | 1か所 | 場所 | 1階 | 面積 | 46.90 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 | 9.00 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 | | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 4 その他 () | | | | | | | |
| 併設施設との共用の有無 | | <input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| 食堂 | 場所 | 1階 | | | 面積 | 204.14 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 | 204.14 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 | 談話室、洗濯室 | | | | | | | | | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | |
| | 台数 | 2 基 | 定員 | 11 | ストレッチャー | あり | | | | |
| 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 年 月 日 (消防署) | | | | | |
| | 防火管理者 | 北原 秀和 | | | | | | | | |
| | 避難訓練 | 消防署の指導のもと、年2回実施 (うち1回は夜間想定) | | | | | | | | |

5. 従業員の勤務体制

| 従業員の人数 | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|-------|-------|-------|---|----|------|---------------------------|---|
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入) | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | |
| 管理者 | | | 1 | | | 1 | 0.4 | 生活相談員と兼務 | |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2 | 1 | 管理者・介護職員と兼務 | |
| 看護職員(直接雇用) | | 2 | | | 1 | 3 | 2.7 | 1名は、機能訓練指導員と兼務 | |
| 看護職員(派遣) | | | | | | 0 | | | |
| 介護職員(直接雇用) | | 3 | 1 | 3 | | 7 | 5.6 | | |
| 介護職員(派遣) | | | | | | 0 | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | 1 | 1 | 0.2 | 看護師と兼務 | |
| 計画作成担当者 | | | | 1 | | 1 | 0.4 | | |
| 栄養士 | | | | | | 0 | | | |
| 調理員 | | | | | | 0 | | | |
| 事務員 | | | | | | 0 | | | |
| その他従業員 | | | | | | 0 | | | |
| 1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間 | | 40 時間 | | | | | | | |
| 介護職員の資格 | | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 備考 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | |
| 社会福祉士 | | 3 | 1 | | | 4 | 3.6 | | |
| 介護福祉士 | | | | | | 0 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | | | | 0 | | | |
| 介護職員初任者研修の修了者 | | | | | | 0 | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | 0 | | | |
| たん吸引等研修(不特定) | | | | | | 0 | | | |
| たん吸引等研修(特定) | | | | | | 0 | | | |
| 資格なし | | | | | | 0 | | | |
| 機能訓練指導員の資格 | | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 備考 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | 1 | 1 | 0.2 | | |
| 理学療法士 | | | | | | 0 | | | |
| 作業療法士 | | | | | | 0 | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | 0 | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | 0 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | 0 | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | | 0 | | | |
| 管理者の資格 | | 介護福祉士 | | | | | | | |
| 夜勤・宿直体制 | 時間帯 | 平均人数 | | 最少時人数 | | 備考 | | | |
| | | 看護職員 | 介護職員 | 看護職員 | 介護職員 | | | | |
| | | 夜勤 | 16:30 | ~ | 9:30 | | 人 | 1人 | 人 |
| 宿直 | | ~ | | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数 | | | | | 3人 | | | | |
| (介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制 | | | | | | | | | |
| (介護予防) 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要) | 契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】 | | | | <input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上 | | | | |
| | ※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | | | | | | | |
| 外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制(一般型(包括型)特定施設の場合、記入不要) | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | | | | 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 | | □あり □なし | | 兼務する職種 | | 生活相談員 | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 数業に務 に応じ た事 職した の経 人数 数年 | 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 |
| 特定施設入居者生活介護サービスと住宅サービスを組み合わせ、要介護者に対して身体介助等の支援を行います。 |

| 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 (安否確認) | ・朝食時に食堂にて安否の確認を行います。 ・上記に食事を提供されない入居者には訪室により安否確認を行います。 | 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携帯端末にて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 | 自ら実施 |
| 食事介助 | ・必要に応じて、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回入浴介助もしくは清拭を行います。 | 自ら実施 |
| 排せつ介助 | ・必要に応じて、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、必要な集団におけるリハビリテーションを行います。 | 自ら実施 |
| 居室清掃・洗濯等 家事援助 | ・週1回居室内の日常清掃及びシーツ交換を行います。（日常清掃外については、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。） | 自ら実施 |
| 健康管理 | ・必要に応じて看護職員等により、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。 | 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 |
| 定期的及び必要時の訪問診療の調整、緊急時の対応、入院先の紹介(ベッドが空きがある場合) |

| 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)Ⅱ □(Ⅰ)Ⅲ □(Ⅱ) □(Ⅲ)) | □なし |
| 介護職員処遇改善加算 | □あり(□(Ⅰ) □(Ⅱ) □(Ⅲ) □(Ⅳ) □(Ⅴ)) | □なし |

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input 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 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 type="checkbox"/> なし | 介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置中) | 3 : 1 |
| 食事の提供サービス | | <ul style="list-style-type: none"> 朝食：486円/食、昼食：486円/食、夕食：648円/食にて提供します。 提供時間は、朝食7:45～、昼食11:45～、夕食：17:45～となります。 食事は食堂にて提供いたします。 キャンセルは、食事提供日の前々日の16時までにお知らせください。食事提供月の末日をもって精算し、欠食分の食費は返還いたします。前々日の16時以降のキャンセルの申し出については全額負担となります。 | | | 株式会社 OSプラットフォーム |
| その他利用者の個別的な選択によるサービス提供 | | | | | |
| 入浴・清拭・特浴介助サービス | | ご入居者の希望により週2回を超える入浴又は清拭に対して、職員が介助をします。 330円/10分 | | | |
| 通院介助・外出介助サービス | | 病院（協力医療機関を除く）の通院やその他外出の付添いに職員1名が同行します。 330円/10分(交通費代は実費負担) | | | |
| 買物代行・役所手続き代行サービス | | 買い物や役所手続きを代行いたします。 330円/10分(交通費代は実費負担) | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | 入院中の洗濯物の交換や買い物を職員が代行します。 330円/10分(交通費代は実費負担) | | | |

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 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 () | | | |
| ※複数選択可 | | | | | |
| 協力医療機関 | 医療機関1 | 名称 | えばら駅前整形外科醫院 | | |
| | | 所在地 | 東京都品川区中延五丁目7番4号S&Oビル2階 住宅からの距離：約4.9* | | |
| | | 診療科目 | 内科、整形外科 | | |
| | | 協力内容 | 訪問診療（内科）、緊急時の対応 | | |
| 協力医療機関 | 医療機関2 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | 住宅からの距離： * | | |
| | | 診療科目 | | | |
| | | 協力内容 | | | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 田中デンタルクリニック | | |
| | | 所在地 | 神奈川県川崎市幸区堤根39-1 住宅からの距離：6.7* | | |
| | | 診療科目 | 歯科 | | |
| | | 協力内容 | 訪問診療（歯科） | | |

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 | 196,000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 | 98,000円 | 居室及び共用部分の賃料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共益費 | 37,000円 | 共用部分及び居室の光熱水費(入居契約、参照)、共用部分の備品費、設備等のメンテナンス費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>基本単位 a</th> <th>加算 b <small>介護職員加算等</small></th> <th>処遇改善加算 c <small>(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入</small></th> <th>総単位数 d=a+b+c</th> <th>月額費用(円) e=d×地域単価 小数点以下四捨五入</th> <th>保険請求額(円) f=e×給付率 小数点以下四捨五入</th> <th>自己負担額(円) g=e-f</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>5,430</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>5,430</td> <td>59,187</td> <td>53,268</td> <td>5,919</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>9,300</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>9,300</td> <td>101,370</td> <td>91,233</td> <td>10,137</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>16,080</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>16,080</td> <td>175,272</td> <td>157,744</td> <td>17,528</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>18,060</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>18,060</td> <td>196,854</td> <td>177,168</td> <td>19,686</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>20,130</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>20,130</td> <td>219,417</td> <td>197,475</td> <td>21,942</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>22,050</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>22,050</td> <td>240,345</td> <td>216,310</td> <td>24,035</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>24,120</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>24,120</td> <td>262,908</td> <td>236,617</td> <td>26,291</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></td> <td>※要介護者のみ</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></td> <td>※対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算(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></td> <td>※対象者のみ</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></td> <td>※要介護者のみ</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></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> </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></td> <td>※対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算(30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></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></td> <td>※対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算(30単位/日)</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>※要介護者のみ、対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>Ⅰ) <input type="checkbox"/>Ⅱ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>Ⅰ)イ <input type="checkbox"/>Ⅰロ <input type="checkbox"/>Ⅱ <input type="checkbox"/>Ⅲ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">※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</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員処遇改善加算</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>Ⅰ) <input type="checkbox"/>Ⅱ <input type="checkbox"/>Ⅲ <input type="checkbox"/>Ⅳ <input type="checkbox"/>Ⅴ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%、加算Ⅳ…3.3%×90/100、加算Ⅴ…3.3%×80/10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員等特定処遇改善加算</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>Ⅰ) <input type="checkbox"/>Ⅱ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | 基本単位 a | 加算 b <small>介護職員加算等</small> | 処遇改善加算 c <small>(a+b)×加算率 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 小数点以下四捨五入 | 保険請求額(円) f=e×給付率 小数点以下四捨五入 | 自己負担額(円) g=e-f | 要支援1 | 5,430 | 0 | 0 | 5,430 | 59,187 | 53,268 | 5,919 | 要支援2 | 9,300 | 0 | 0 | 9,300 | 101,370 | 91,233 | 10,137 | 要介護1 | 16,080 | 0 | 0 | 16,080 | 175,272 | 157,744 | 17,528 | 要介護2 | 18,060 | 0 | 0 | 18,060 | 196,854 | 177,168 | 19,686 | 要介護3 | 20,130 | 0 | 0 | 20,130 | 219,417 | 197,475 | 21,942 | 要介護4 | 22,050 | 0 | 0 | 22,050 | 240,345 | 216,310 | 24,035 | 要介護5 | 24,120 | 0 | 0 | 24,120 | 262,908 | 236,617 | 26,291 | 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 | 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ) | | | | | <input type="checkbox"/> なし | | | ※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%、加算Ⅳ…3.3%×90/100、加算Ⅴ…3.3%×80/10 | | | | | | 介護職員等特定処遇改善加算 | | <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | ※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2% | | | | | |
| | 基本単位 a | 加算 b <small>介護職員加算等</small> | 処遇改善加算 c <small>(a+b)×加算率 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 小数点以下四捨五入 | 保険請求額(円) f=e×給付率 小数点以下四捨五入 | 自己負担額(円) g=e-f | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援1 | 5,430 | 0 | 0 | 5,430 | 59,187 | 53,268 | 5,919 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 9,300 | 0 | 0 | 9,300 | 101,370 | 91,233 | 10,137 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 16,080 | 0 | 0 | 16,080 | 175,272 | 157,744 | 17,528 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 18,060 | 0 | 0 | 18,060 | 196,854 | 177,168 | 19,686 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 20,130 | 0 | 0 | 20,130 | 219,417 | 197,475 | 21,942 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 22,050 | 0 | 0 | 22,050 | 240,345 | 216,310 | 24,035 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 24,120 | 0 | 0 | 24,120 | 262,908 | 236,617 | 26,291 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ) | | | | | <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%、加算Ⅳ…3.3%×90/100、加算Ⅴ…3.3%×80/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食費 | 48,600円 | 朝食486円 昼食486円 夕食648円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 光熱水費 | 共益費に含む | 各住戸の光熱水費は概算額とし、サービス付き高齢者向け住宅部分全体にかかる光熱水費から、事務所及び当該事業所の従業員が専有使用する光熱水費を除いた光熱水費を、住戸数で除した額とする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 880円 | リネン代(希望に応じて) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | 184,480円 | (介護保険自己負担分を除く) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | お支払いは、原則「口座自動振替方式」とし、指定口座より毎月26日に引き落としを行います。 翌月精算(後払い): 選択サービス費、食費キャンセル精算分 前月精算(前払い): 基本サービス費、食事サービス費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

料金構造

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

食事キャンセル分を返金致します。

料金改定の条件及び手続き

人件費及び物価の変動により料金を改定することがあります。
改定する場合は、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。

料金プラン（代表的なプランを2例）

| | | プラン1 | | プラン2 | | | |
|----------------|--------------------|--|--|--|--|---------|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 | | 要介護1 | | | |
| | 自己負担割合 | 1割 | | 1割 | | | |
| | 年齢 | 70歳 | | 70歳 | | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00 m ² | | 33.04 m ² | | | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| | 収納 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | | 円 | | | |
| | 敷金 | 196,000円 | | 322,000円 | | | |
| 月額費用の合計 | | 202,008円 | | 265,008円 | | | |
| 家賃 | | 98,000円 | | 161,000円 | | | |
| 共益費 | | 37,000円 | | 37,000円 | | | |
| サービス費用 (※3) | 特定施設入居者生活介護の費用(※1) | | 17,528円 | | 17,528円 | | |
| | 介護保険外 | 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 | | 48,600円 | | 48,600円 | |
| | | 光熱水費 | | 0円 | | 0円 | |
| | | その他 | | 880円 | | 880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 | | | | | | |
|------------------------|------------|------------------|-----------|----------|---------------------------|------------|---------------------|------|------|-------|--|
| 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 | | |
| 介護度別・年齢別入居者数 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 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 | | | | | | | 0 | | | |
| 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) 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-6459-6181 |
| 対応している時間 | 平日 9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・日・祝日 (担当者不在の場合でも、聞き取った内容を担当者へ伝達いたします) |
| 窓口の名称 | (法人) 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-3519-7787 |
| 対応している時間 | 平日 9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 | |
| 窓口の名称 | 大田区 介護保険課 |
| 電話番号 | 03-5744-1258 |
| 対応している時間 | 平日 9時 00分 ~ 16時 30分 |
| | 土曜 時 分 ~ 時 分 |
| | 日曜 時 分 ~ 時 分 |
| | 祝日 時 分 ~ 時 分 |
| 定休日 | 土・日・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・日・祝日 |
| サービスの提供において事故が発生したときの対応 | |
| 具体的な対応 | 本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・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。事故原因を検証し、再発防止に努めます。 また、東京都住宅政策本部及び大田区へ事故の内容を報告いたします。 |
| 損害賠償責任保険の加入状況 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称及び加入先： 東京海上日動火災保険) <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。 ご家族様等の来訪等については、原則9時～20時としますが、事前に住宅職員へご連絡いただければ時間外の来訪も可能です。 | | | | |
| 共用設備の利用について | | | | |
| 浴室 | 共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。 | | | |
| 共用キッチン | 共用キッチンの利用については、使用前に職員までご連絡下さい。 | | | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き | | | | |
| 1 事業所は、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。 2 身体拘束が必要な場合には、事業者は予め利用者又はその家族に、その様態及び身体拘束の期間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を説明し、同意を受けるものとします。 3 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を記録するものとします。また、早期に身体拘束を解除できるよう、身体拘束解除に向けた計画を作成いたします。 | | | | |
| 入居希望者への事前の情報開示 | | | | |
| 入居契約書のひな形 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない | 財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載) | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない | |
| 管理規程 (重要事項説明書) | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない | 財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載) | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input 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 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 その他計画的な修繕予定 | 月頃実施予定 | | |
| 運営懇談会 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 1 回) (開催内容等) 入居者の状況、サービス提供の状況、運営にかかわる収支状況 | | |
| | | <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 type="checkbox"/> あり 実施日 | 結果の開示 <input 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 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 | | 基本方針及び都の「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営します。 | | |

説明年月日

年 月 日

□□□□〔入居者氏名〕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 ライブラリ大森東五丁目

所在地 東京都大田区大森東五丁目10番3号
株式会社リビングプラットフォーム

代表者名 代表取締役 金子洋文

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

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 | | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | |
| 訪問看護 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | | |
| 通所介護 | | | | |
| 通所リハビリテーション | | | | |
| 短期入所生活介護 | | | | |
| 短期入所療養介護 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 福祉用具貸与 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 有り | 1 | ライブラリ葛西デイサービスセンター | 東京都江戸川区中葛西6-17-9 |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 有り | 5 | ライブラリ大森東1番館 | 東京都大田区大森東4-40-3 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | |
| 居宅介護支援 | 有り | 1 | ライブラリ葛西居宅介護支援事業所 | 東京都江戸川区中葛西6-17-9 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | |
| <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 | 有り | 1 | ライブラリ葛西デイサービスセンター | 東京都江戸川区中葛西6-17-9 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 有り | 5 | ライブラリ大森東1番館 | 東京都大田区大森東4-40-3 |
| 介護予防支援 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | | | | |
| 介護老人保健施設 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | | | | |
| 介護医療院 | | | | |

介護サービス等の一覧表

| サービス | 区分 | (自立) ※応相談 | | (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) | | 1回/日 | | 1回/日 | |
| ・巡回 日中 | | — | | ■必要時 | |
| ・巡回 夜間 | | — | | ■必要時 | |
| 生活相談 | | 必要時 | | ■必要時 | |
| 緊急時対応 | | 必要時 | | ■必要時 | |
| オンコール対応 | | 必要時 | | ■必要時 | |
| <介護サービス> | | | | | |
| 食事介助 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| 排泄介助 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| おむつ交換 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| おむつ代 | | — | 実費負担 | ■必要時 | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助 | | — | 330円/10分 | 週2回 いずれか | 週2回を超える入浴 330円/10分 |
| 清拭 | | — | 330円/10分 | | |
| 特浴介助 | | — | 330円/10分 | | |
| 身辺介助 | | | | | |
| ・体位交換 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| ・居室からの移動 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| ・衣類の着脱 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| ・身だしなみ介助 | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| 機能訓練 | | — | | ■必要時 | |
| 通院介助 (協力医療機関) | | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| 通院介助 (上記以外) | | — | 330円/10分 | | 330円/10分 |
| <生活サービス> | | | | | |
| 居室清掃 | | — | 330円/10分 | ■週1回 | 週1回を超える清掃 330円/10分 |
| リネン交換 | | — | 330円/10分 | ■週1回及び 汚染時随時 | |
| 日常の洗濯 | | — | 330円/10分 | ■週2回 | |
| 居室配膳・下膳 | | — | 330円/10分 | 依頼時(予約制) | 330円/10分 |

介護サービス等の一覧表

| 区分 サービス | (自立) ※応相談 | | (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) |
| 理美容 | — | 実費負担 | — | 実費負担 |
| 入居者が希望する買物代行 | — | 330円/10分 | 依頼時(予約制) | 330円/10分 |
| 役所手続き代行 | — | 330円/10分 | 依頼時(予約制) | 330円/10分 |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | — | 健康診断の機会の提供 費用は実費 | — | 健康診断の機会の提供 費用は実費 |
| 健康相談 | 必要時 | | ■必要時 | |
| 生活指導・栄養指導 | 必要時 | | ■必要時 | |
| 服薬支援 | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | — | | ■必要時 | |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | — | 交通費は実費 | | 交通費は実費 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | — | 330円/10分 | ■必要時 | |
| 入退院時の同行(上記以外) | — | 330円/10分 | 依頼時(予約制) | 330円/10分 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | — | 330円/10分 | 依頼時(予約制) | 330円/10分 |
| 入院中の見舞い訪問 | — | 330円/10分 | 依頼時(予約制) | 330円/10分 |
| <その他サービス> | | | | |
| | | | | |

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。

※) 体調不良、その他のご希望により、有料サービスをご利用になる際は、住宅職員にご相談下さい。