

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 ソンボケア ラヴィールレヒガシイケブクロ SOMPOケア ラヴィール東池袋				
住宅の所在地		〒 170-0013 東京都豊島区東池袋5丁目43番6号				
住宅へのアクセス		最寄駅	東京メトロ丸の内線 新大塚駅			
		交通手段と所要時間	徒歩6分			
住宅の連絡先		電話番号	03-5396-7151			
		FAX番号	03-5992-5135			
		ホームページアドレス	https://www.sompo-care.com/			
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	2021年 3月 1日 から 2034年 12月 25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	675.24 m ²			
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2021年 3月 1日 から 2034年 12月 25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	共同住宅	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()	
	併設施設	延床面積	1,838.24 m ²	うち、サ付き分	1,782.53 m ²	
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	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			
			<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）		1371606037				
指定した自治体名		東京都				
指定年月日（初回）		令和5年10月1日				
指定有効期限		令和11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		役職名	管理者	
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27年2月1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ ソンポケアカブシキガイシャ SOMPOケア株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 140-0002 東京都品川区東品川四丁目12番8号		
事業主体の連絡先	電話番号	03-6455-8560	
	FAX番号	03-5783-4170	
	ホームページアドレス	https://www.sompo-care.com/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	鷲見 隆充	職名 代表取締役
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり		
設立年月日	平成9年5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	㎡	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	入居契約書及び特定施設 介護サービス利用契約のとおり										
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	入居契約同様の期間とする。但し、契約期間満了日以前に、利用者に関して介護保険法等により行われる要支援認定もしくは要介護認定またはそれらの更新認定、状態区分の変更認定もしくは取消等の手続きにより、要支援認定または要介護認定の有効期間満了日が変更となった場合には、変更後の要支援認定または要介護認定の有効期間満了日までとし、有効期間満了日以降に入居を継続する場合には別途高齢者生活支援サービス利用契約を締結するものとする。								
契約解除の内容	<p>1 事業者は、次の各号のいずれかに該当したときは、入居者に対し、居室の明渡しを通告し、本契約を解除することができる。</p> <p>(1) 入居時の提出書類に虚偽の事項を記載し、または虚偽の資料を提出し、その他不正の手段を用いて入居したとき。</p> <p>(2) 建物賃貸借契約書【表題部】(5)記載の月額費用、その他これに準じる事業者に対する支払を2か月以上遅延し、または、正当な理由なくしばしば遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず支払わなかったとき。</p> <p>(3) 建物・付帯設備・敷地を故意または重大な過失により滅失、毀損、汚損したとき。</p> <p>(4) 入居者の行動が、他の入居者または職員に身体・生命・精神に危害を及ぼし、または、その危害の切迫したおそれがあり、かつ、サービス付き高齢者向け住宅における通常のサービス提供ではこれを防止することができないとき。</p> <p>(5) 建物賃貸借契約書第14条第1項、第2項、第4項、第5項の規定その他本契約の規定に違反し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、これを是正しないとき。</p> <p>(6) その他、入居者、連帯保証人、身元引受人、入居者の家族その他の入居者の関係者が、事業者、職員、他の入居者等に対して社会通念上許容できないような行為を行う等、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき。</p> <p>2 前項の場合、事業者は、通告に先立ち、入居者（入居者に弁明の能力がない場合は身元引受人）に対し弁明の機会を設けるものとする。事業者は、入居者の移転先の有無等について確認し、移転先がない場合には、入居者、身元引受人、入居者の家族等の関係者と協議し、移転先の確保にできる限り協力し、解除日および居室を明け渡す期日の決定において配慮するよう努めるものとする。</p> <p>3 事業者は、入居者等が次の各号のいずれかに該当したときは、何らの催告・手続きを要せず、直ちに本契約を解除することができる。</p> <p>(1) 建物賃貸借契約書第13条に反する事実が判明したとき、または反していると事業者が合理的に判断したとき。</p> <p>(2) 建物賃貸借契約書第14条第3項に掲げる行為を行ったとき。</p> <p>4 事業者は、本条第1項または第3項に基づき本契約を解除した場合に入居者等に損害が生じても何らこれを賠償する責任を負わない。</p>										
事業者から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td></td> </tr> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>か月</td> </tr> </table>					解約条項		解約予告期間	か月		
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>入居者は、事業者に対して、事業者の定める書面をもって、少なくとも30日前に解約の申入れを行うことにより、建物賃貸借契約を解約することができる。入居者は、事業者に対し、解約日までに居室を明け渡さなければならない。</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、入居者は、事業者所定の解約届提出の日から1か月分の賃料、共益費・管理費および生活支援サービス費を事業者に支払うことにより、解約申入れの日から起算して1か月を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。</p> <p>3 入居者は、事業者について、第13条に反する事実が判明したとき、または反していると入居者が合理的に判断したときは、何らの催告を要せず、直ちに本契約を解除することができる。</p> <p>4 入居者は、前項に基づき本契約を解除した場合、事業者に損害が生じても、何らこれを賠償する責任を負わない。</p> <table border="1"> <tr> <td>契約解約時の連絡先</td> <td>名称</td> <td>SOMPOケア ラヴィーレ東池袋</td> </tr> <tr> <td></td> <td>電話番号</td> <td>03-5396-7151</td> </tr> </table>					契約解約時の連絡先	名称	SOMPOケア ラヴィーレ東池袋		電話番号	03-5396-7151
契約解約時の連絡先	名称	SOMPOケア ラヴィーレ東池袋									
	電話番号	03-5396-7151									

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	50 戸 (登録申請対象戸数) / 50 人	
居住部分の規模	(最小)	18.07 m ²
	(最大)	19.89 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	鉄筋コンクリート造 階数 7階建 うち、サ付き分 7階建
竣工の年月日	2014年 12月 26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	A	2, 3, 4, 5, 6, 7	1	18.07 m ²	17	<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		
	A'	2, 3, 4, 5, 6, 7	1	18.07 m ²	17	<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		
	B 1	2	1	18.73 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		
	B 2	3, 4, 5, 6, 7	1	18.73 m ²	5	<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		
	B 2'	2, 3, 4, 5, 6	1	18.73 m ²	5	<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		
	C	3, 4, 5	1	18.32 m ²	3	<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		
	D	7	1	19.89 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		
	E	2	1	19.18 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		
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
					<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	2か所	うち男女別	なし						
			うち、男女共用	1階 (2か所 (内1か所は身障者用))						
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	共同浴室	個浴	6か所	場所	2~7階に各1か所	面積	24.00 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	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	118.96 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					
機能訓練室	場所	1階			面積	118.96 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	カフェ、応接コーナー、図書コーナー、リラクゼーションコーナー、ヘルスケアコーナー、談話スペース、洗濯室・汚物室					
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	台数	2基	定員	13人・9人	ストレッチャー	1基対応
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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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)		2023年 5月 10日	(豊島消防署)	
	防火管理者					
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施 (うち1回は夜間想定)				

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)	
		専従	非専従	専従	非専従				
管理者			1			1	1.0	サ高住管理者と兼務	
生活相談員		1				1	1.0		
看護職員(直接雇用)		1	1			2	1.9	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)		6			3	9	9.2		
介護職員(派遣)						0			
機能訓練指導員			1			1	0.1	看護師兼務	
計画作成担当者		1				1	1.0		
栄養士						0			
調理員						0			
事務員						0			
その他従業者						0			
1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間		40 時間							
介護職員の資格									
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
		専従	非専従	専従	非専従				
社会福祉士						0			
介護福祉士		5			1	6			
実務者研修の修了者		1				1			
介護職員初任者研修の修了者					2	2			
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			
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	16:00	~	10:00		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					2.3人				

(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制		
(介護予防) 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率 (※) 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択	<input type="checkbox"/> 2 : 1 以上
		<input checked="" type="checkbox"/> 2.5 : 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)	2.3 : 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		サ高住管理者と兼務			
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護福祉士			
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	2		6	3	1		1		1	
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経年数の人数	1年未満	2	6	3	1		1		1	
	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	<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>・事業者は、入居者のニーズに合わせて総合的に日常生活をサポートする後記のサービスを入居者に提供するものとします。</p> <p>・医療サービスを必要とする場合は、円滑にサービスが受けられるよう関係機関と連携を図り、かかりつけ医やご家族等に連絡いたします。</p> <p>・特定利用契約は、賃貸借契約が終了した場合には理由の如何を問わず特定利用契約も当然に終了することを入居者・事業者共に確認します。</p>		
介護保険対象サービスの種類・提供方法等		
サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握	<ul style="list-style-type: none"> ・状況把握（安否確認） 1日1回の声掛け等を行います。 安否確認の方法については、入居者のご希望を伺い決定します。食堂やフロントでのお声掛け又は館内通報設備を用いてのお声掛け、目視によって安否確認を行います。生活異常センサー等も併用します。 時間の指定はできません。 ・棟内見回り（ラウンド） 1日数回共用部の見回りをを行います。 	自ら実施
緊急時対応	<p>■24時間常駐 【9:00～18:00】 緊急通報は、1階フロントまたは常駐しているスタッフが携帯しているPHSで受信し、下記※1～※4の対応をいたします。 【18:00～9:00】 夜間の緊急通報は、常駐しているスタッフが携帯しているPHSで受信し、必要に応じて下記※1～※4の対応をいたします。24時間有人管理体制のシフトを組んでおりますが、緊急時の対応等により一時的に事務室内が不在となる場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の対応（緊急通報装置）（※1） 各住戸の洋室、トイレに設置してある緊急ボタンを押していただければ、スタッフが緊急通報装置を利用してのお声掛け・通話、必要があれば訪室を行います。本サービスは、棟内の緊急通報装置を利用した緊急時対応サービスであり、体調不良時等に救急車両や緊急連絡先への通報を主な対応としております。 ・災害時対応・誘導・連絡（※2） 予め定めた防災マニュアルによりスタッフが避難誘導、緊急連絡先への連絡を行います。 本サービスにより、入居者の生命及び怪我の防止を保証するものではありません。災害の状況により、緊急連絡先への連絡が遅くなる可能性があります。 ・AED設置・対応（※3） 本サービスは、本物件付帯のAEDを利用して処置を施すものです。 スタッフがAED機器の利用方法に従って対処するものであり、入居者の生命及びその後の体調を保証するものではありません。 ・救急搬送の手配（※4） 救急車両や緊急連絡先への通報を行います。 救急車への同乗はしません。 	自ら実施
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の相談 日常生活でのお困りごとや心配なことについて、相談をお受けいたします。医療サービスを必要とする場合は、円滑にサービスを受けられるよう関係機関と連携を図り、かかりつけ医やご家族等に連絡いたします。なお、入居者は連携先医療機関以外の事業者からも自由に選択ができます。ご相談内容により専門家による対応が必要となる場合には、専門家を紹介します。専門家との相談等には別途費用が必要になる場合があります。その費用は入居者の負担となります。 ・医療に関する相談 ・入居時の立会い・同席 	自ら実施
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者個々の健康状態の把握 緊急時に備えて、ヒアリングに基づいた入居者の健康状態をカードに記録するサービスです。 本サービスにより、入居者の疾病が発生しないことを保証するものではありません。 ・緊急カードの作成・管理 ・医療機関への情報提供 ・医療機関の紹介 	自ら実施
食事介助	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	自ら実施
入浴介助	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	自ら実施
排泄介助	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	自ら実施
居室清掃・洗濯	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	自ら実施
生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ・地域情報・地域交流の案内 ・居室内の電球交換（電球代等、別途実費はご負担いただきます） ・各種手配 タクシー・ハイヤー手配、食料品・日用雑貨などの宅配業者紹介、宅配便の集荷依頼、クリーニング業者紹介 	自ら実施
服薬管理	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	自ら実施
その他サービス	別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり	自ら実施

住宅で対応できる医療的ケアの内容			
<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） ・医師の指示に基づく経管栄養（胃ろう）、在宅酸素、人工肛門、インシュリン、膀胱カテーテル 			
介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類			
個別機能訓練加算	<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 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 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 type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ））		<input checked="" type="checkbox"/> なし
科学的介護推進体制加算	<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
口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input 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 type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） <input type="checkbox"/> （Ⅲ））		<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<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
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）	2.5 : 1
食事の提供サービス	<p>事前予約制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食費：朝食626円（消費税率8%・軽減税率対象） 昼食979円（消費税率10%・軽減税率対象外） 夕食748円（消費税率10%・軽減税率対象外） <p>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。</p> <p>朝食以外の食事サービスに関する費用は、軽減税率の対象外となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝食は7：30～9：00、昼食は11：30～13：00、夕食は17：30～19：00を食堂でご提供します。 ・食事は、建物内の厨房にてSOMPOケア（株）委託先の調理員によりご提供します。 ・喫食日の3日前18時までにはキャンセルの申出があった場合には、キャンセル分の食費は請求しません。 ・食費（税込）は上記のとおりですが、消費税については端数処理の関係上、請求金額と差が生じることがあります。 <p>※提供者：SOMPOケアフーズ（株）</p>		SOMPOケアフーズ（株）へ業務委託
フロントサービス	<p>入居者全員が受けるサービスです。</p> <p>1人月額33,000円（消費税等込）</p> <p>9：00～18：00の間、1階フロントにスタッフが常駐し、下記対応をいたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■受付（来訪者の対応、入居者との対応、代理応答等） ■不在時の対応 ■専有部分に係る鍵の管理・保管（紛失時の対応・スペアキーの保管等） ■各共用スペース利用の受付 		
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
コピー・FAXサービス	コピー：白黒：22円/1枚、カラー：55円/1枚、FAX：55円/1枚（消費税等込）		
アクティビティ	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練又は健康管理の一環として行われるアクティビティサービスの運営費用は原則として、介護保険対象サービスに含まれます。ただし、内容により各種講座やイベント参加費、材料費等、入居者の実費負担が必要な場合があります。なお、キャンセルについては実費負担分（100%）をキャンセル料として申し受けます。 ・サークル活動支援 		

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 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 黎明会 大塚クリニック
		所在地	東京都豊島区南大塚3-34-6 南大塚エースビル401 住宅からの距離：約1.4*
		診療科目	内科、皮膚科、精神科
		協力内容	・入院、治療、健康相談および健康診断 ・協力病院や関連医療施設の紹介 ・往診および緊急時の適切な指導処置 ・健康維持のための適切な措置
	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	医療法人社団 燦佑会 上野スマイル歯科	
		所在地	東京都台東区上野6-2-14 喜久屋ビル8階 住宅からの距離：約6.2*
		診療科目	一般歯科・訪問歯科診療等
		協力内容	・歯科治療 ・歯科に関わる健康相談および健康診断

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	期間			
	算定方法				
	(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	支払方法			
	償却開始日				
	契約終了時の返還金	算定方法			
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	期間		起算日
算定方法					
返還期限					
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	1 か月分 ※解約時の返還については、建物賃貸借契約書【表題部】(4)に記載					
月額費用		算定根拠						
家賃	円							
共益費	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)	(1割負担の場合は80%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%)						
		基本単位 a	加算 b <small>※1割負担の場合のみ</small>	処遇改善加算 c <small>c=(a+b)×加算率 小人数以下は算入</small>	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) <small>a×地域単価 小人数以下は除く</small>	保険請求額(円) <small>c×給付率 小人数以下は除く</small>	自己負担額(円) g=e-f
要支援1	5,460	80	603	6,143	66,958	60,262	6,696	
要支援2	9,330	80	1,026	10,436	113,752	102,376	11,376	
要介護1	16,140	80	1,768	17,988	196,069	176,462	19,607	
要介護2	18,120	80	1,983	20,183	219,994	197,994	22,000	
要介護3	20,220	80	2,214	22,514	245,402	220,861	24,541	
要介護4	22,140	80	2,422	24,642	268,597	241,737	26,860	
要介護5	24,210	80	2,647	26,937	293,613	264,251	29,362	
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/日					
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(72~1,780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	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算Ⅰ…36単位/日、加算Ⅱ…22単位/日					
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算Ⅰ…100単位/日、加算Ⅱ…200単位/日					
管年性認知症患者受入加算(20単位/日)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		※対象者のみ					
ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算Ⅰ…30単位/日、加算Ⅱ…60単位/日					
科学的介護推進体制加算(40単位/月)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
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							
口腔・栄養スクリーニング加算(1) (24単位/日)	<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) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日					
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> なし		※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 type="checkbox"/> なし		※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%					
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 checked="" type="checkbox"/> なし 算定根拠:
(介護保険外) 利用者の個別の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
食費	70,602円		朝食626円、昼食979円、夕食748円(消費税等込) キャンセルする場合の取扱い: 喫食日の3日前18時までにキャンセルの申出があった場合には、キャンセル分の食費は請求しません。
光熱水費		円	各居室個別に水道局等と契約の上、精算を行ってください。
その他		円	
フロントサービス費	33,000円		(消費税等込) 特定施設 介護サービス利用契約の始期日から契約終了日までの支払いとし、月途中の契約開始または終了の場合には、1か月を31日として日割計算した額とする。ただし、1円未満の端数は四捨五入とする。 入居者は、旅行、帰宅、入院、療養、その他事由の如何にかかわらず、本物件に居住しないときであっても、フロントサービス費の全部または一部の支払いを免れることはできないものとする。
合計		円	
支払日・支払方法	支払委託方式 引落日		: 口座自動振替 : 事業者が指定する日

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

- ・入院中も入居契約は継続し、賃料、共益費・管理費、フロントサービス費をお支払いいただきます。
- ・介護費用(介護保険)は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。
- ・食費は、キャンセルをお知らせいただければ、入院翌日以降はお支払いいただきません。

料金改定の条件及び手続き

事業者は、賃貸借期間内であっても公租公課の増加、物価の上昇その他の経済情勢の変動があった場合、本物件の管理にかかる費用の上昇もしくは施設の改良等があった場合、または賃料等が近隣のそれと比較して不相当となった場合は、入居者と協議の上、建物賃貸借契約の第5条、第6条、第7条に定める費用を改定することができます。

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	要介護度2		
	自己負担割合	1割	割	
	年齢	85歳	歳	
居室の状況	床面積	19.18㎡	㎡	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	収納	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input 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	198,000円	円	
月額費用の合計		346,952円	円	
サービス費用	家賃	198,000円	円	
	管理費	23,350円	円	
	介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	22,000円	円
		上乗せ介護費用(※2)	0円	円
		介護費用(選択サービス)	—円	円
		食費	70,602円	円
		光熱水費	実費円	円
		フロントサービス費(消費税等込)	33,000円	円
その他	—円	円		

- ※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。
- ※2 該当する場合のみ。
- ※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）									
平均年齢		86.9 歳			入居者数合計 49 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			
	75歳以上85歳未満	3		2	4	2		2	1
	85歳以上	12	1	2	6	3	4	3	2
合計		15	1	5	10	6	4	5	3
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	34	1	8	6			49	
男女別入居者数		男性： 11 人			女性： 38 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			10 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）			1
		介護療養型医療施設へ転居				死亡			4
有料老人ホーム（サ付き除く）への転居			5	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		SOMPOケア ラヴィール東池袋							
電話番号		03-6396-7151							
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		土曜日・日曜日・祝日							
窓口の名称		SOMPOケア株式会社 お客様相談窓口							
電話番号		0120-65-1192							
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		土曜・日曜・祝日・年末年始							
窓口の名称		東京都福祉局高齢者施策推進部施設支援課							
電話番号		03-5320-4537							
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜	時	分	～	時	分			
	祝日	時	分	～	時	分			
定休日		土曜日・日曜日・祝日							
窓口の名称		豊島区保健福祉部 介護保険課 管理グループ							
電話番号		03-3981-1942							
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜	時	分	～	時	分			
	祝日	時	分	～	時	分			
定休日		土曜日・日曜日・祝日							
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							

窓口の名称（保険者が豊島区以外の場合）					
電話番号					
対応している時間	平日	時	分	～	時 分
	土曜	時	分	～	時 分
	日曜	時	分	～	時 分
	祝日	時	分	～	時 分
定休日					
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>・事業者は、本サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合において、事業者が故意または重大な過失が存在する場合には、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に故意または重大な過失がある場合は賠償額を減免することができるものとします。</p> <p>・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豊島区に報告した上で、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。</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： 保険の名称：企業総合賠償責任保険) <input type="checkbox"/> なし 加入先：損害保険ジャパン株式会社					

10. その他の重要事項

外出・帰宅・訪問等																			
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前にスタッフへご連絡下さい。																			
共用設備の利用について																			
浴室	ケアプラン（特定施設入居者生活介護計画書）の内容に基づき、ご利用いただけます。																		
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き																			
<p>事業者は、指定特定施設入居者生活介護等の提供に当たっては、入居者または他の入居者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。ただし、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、あらかじめ非代替性、□時性、切迫性の3つの要件についてそれぞれ検討の上、入居者（入居者が意思表示をできない場合は身元保証人）または家族に説明して理解を得るものとする。</p> <p>事業者は、前項の身体的拘束等の実施に当たっては、その様態および時間、その際の入居者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、定期的な見直しの際の資料とする。なお、入居者、身元保証人もしくは家族の要求がある場合または監督機関の指示がある場合には、これを開示する。また、「緊急やむを得ない場合」に該当するかを常に観察・再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに拘束を解除する。</p>																			
入居希望者への事前の情報開示																			
入居契約書のひな形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない																		
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																		
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																		
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																		
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																		
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																		
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	<table border="1"> <tr> <td>管理の方式</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託</td> </tr> <tr> <td>委託する業務の内容（契約事項）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>管理業務の委託先</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>商号・名称又は氏名</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>住所（事務所所在地）</td> <td>〒</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>修繕計画</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>大規模修繕の実施予定</td> <td>月頃実施予定</td> </tr> <tr> <td>その他計画的な修繕予定</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	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	<table border="1"> <tr> <td>商号・名称又は氏名</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>住所（事務所所在地）</td> <td>〒</td> </tr> </table>	商号・名称又は氏名	フリガナ	住所（事務所所在地）	〒	修繕計画	<table border="1"> <tr> <td>計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>大規模修繕の実施予定</td> <td>月頃実施予定</td> </tr> <tr> <td>その他計画的な修繕予定</td> <td></td> </tr> </table>	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	
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	<table border="1"> <tr> <td>商号・名称又は氏名</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>住所（事務所所在地）</td> <td>〒</td> </tr> </table>	商号・名称又は氏名	フリガナ	住所（事務所所在地）	〒														
商号・名称又は氏名	フリガナ																		
住所（事務所所在地）	〒																		
修繕計画	<table border="1"> <tr> <td>計画策定の有無</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>大規模修繕の実施予定</td> <td>月頃実施予定</td> </tr> <tr> <td>その他計画的な修繕予定</td> <td></td> </tr> </table>	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													
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） <p>1 本建物は、管理者、職員および入居者により組織する運営懇談会を設置するとともに、入居者のうち要介護者等については、その身元引受人等に対し出席を呼びかける。 2 本建物は、運営懇談会の開催にあたっては、本建物の運営について外部からの点検が働くように、本建物関係者および職員以外の第三者的立場にある学識経験者、民生委員などを加えるよう努めるものとする。 3 本建物は、運営懇談会において、入居者の状況、サービス提供の状況および共益費・管理費、食費の収支等の内容を定期的に報告して説明するとともに、入居者の要望、意見を運営に反映させるように努めるものとする。 4 本建物は、運営懇談会を定期的の実施するものとする。</p> <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 <input checked="" type="checkbox"/> なし 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 <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	基本方針及び東京都の高齢者居住安定確保計画に照らして適切である。																		

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
えんどう けん 遠藤 健	代表取締役
わしみ たかみつ 鷺見 隆充	代表取締役
きくい てつや 菊井 徹也	取締役
いわもと たかひろ 岩本 隆博	取締役
あんどう しげる 安藤 滋	取締役
ふじさき もと 藤崎 基	取締役
くめ やすき 久米 康樹	取締役
やまぐち つとむ 山口 力	取締役
さとう かずお 佐藤 和夫	監査役
かつざわ まこと 勝澤 誠	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

事業主体が東京都内(中核市を除く)で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	有り	64	SOMPOケア 王子神谷 訪問介護	足立区新田1-3-19
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	有り	6	SOMPOケア 徳丸 訪問看護	板橋区徳丸2-17-9
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	10	SOMPOケア 赤羽 デイサービス	北区赤羽台3-1-19
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	有り	1	SOMPOケア 堀ノ内 ショートステイ	杉並区堀ノ内2-19-26
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	67	そんぼの家 竹ノ塚サンフラワー	足立区保木間5-7-12
福祉用具貸与	有り	6	SOMPOケア 在宅老人ホーム大田 福祉用具	大田区西蒲田六丁目36番11号 西蒲田NSビル5階
特定福祉用具販売	有り	6	SOMPOケア 在宅老人ホーム大田 福祉用具	大田区西蒲田六丁目36番11号 西蒲田NSビル5階
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有り	26	SOMPOケア 中十条 定期巡回	北区中十条1-4-7 インクリースビル301号
夜間対応型訪問介護	有り	17	SOMPOケア 中十条 夜間訪問介護	北区中十条1-4-7 インクリースビル301号
地域密着型通所介護	有り	2	SOMPOケア 新中野 デイサービス	中野区中央3-27-15 富田ビル
認知症対応型通所介護	有り	1	SOMPOケア 堀ノ内 デイサービス	杉並区堀ノ内2-19-26
小規模多機能型居宅介護	有り	2	SOMPOケア 徳丸 小規模多機能	板橋区徳丸2-17-9
認知症対応型共同生活介護	有り	3	SOMPOケア そんぼの家GH徳丸	板橋区徳丸2-17-9
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			
居宅介護支援	有り	45	SOMPOケア 池袋 居宅介護支援	豊島区高松1-11-15 森田ビル西池袋801号室
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	有り	6	SOMPOケア 徳丸 訪問看護	板橋区徳丸2-17-9
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	有り	1	SOMPOケア 堀ノ内 ショートステイ	杉並区堀ノ内2-19-26
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	57	そんぼの家 竹ノ塚サンフラワー	足立区保木間5-7-12
介護予防福祉用具貸与	有り	6	SOMPOケア 在宅老人ホーム大田 福祉用具	大田区西蒲田六丁目36番11号 西蒲田NSビル5階
特定介護予防福祉用具販売	有り	6	SOMPOケア 在宅老人ホーム大田 福祉用具	大田区西蒲田六丁目36番11号 西蒲田NSビル5階
<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	SOMPOケア 堀ノ内 デイサービス	杉並区堀ノ内2-19-26
介護予防小規模多機能型居宅介護	有り	2	SOMPOケア 徳丸 小規模多機能	板橋区徳丸2-17-9
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	3	SOMPOケア そんぼの家GH徳丸	板橋区徳丸2-17-9
介護予防支援	有り	4	杉並区地域包括支援センターケア24成田	杉並区成田西3-7-4
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

2023.07.01

介護サービス等の一覧表①

2022/10/1現在

要介護認定区分	自立		要支援1		要支援2	
	生活支援サービス費、前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス (すべて税込の金額)	介護保険給付・前払金及び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・前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>						
○巡回						
昼間 9:00～18:00	1日数回共用部を見回り	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
夜間 18:00～9:00		-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○食事介助	-	月額33,000円 (食堂送迎サービス)	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○排泄						
排泄介助	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
おむつ交換	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
おむつ代	-	実費/持込	-	実費/持込	-	実費/持込
○入浴						
一般浴介助	-	-	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1
清拭	-	-	未入浴時		未入浴時	
特浴介助	-	-	状態に応じて※4		状態に応じて※4	
週2回	-	-	-		-	
○身辺介助						
体位交換	-	-	-	-	-	-
居室からの移動	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
衣類の着脱	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
身だしなみ介助	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
行動障害対応※2	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○機能訓練	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○通院の介助						
協力医療機関	-	-	付添	-	付添	-
協力医療機関以外	-	-	-	別料金※1	-	別料金※1
○緊急時対応						
ナースコール	適宜対応	-	適宜対応	-	適宜対応	-
緊急搬送	適宜対応	-	適宜対応	-	適宜対応	-
<生活サービス>						
○家事						
清掃 (居室)	-	-	週1回以上及び必要時	別料金※1	週1回以上及び必要時	別料金※1
洗濯	-	-	週2回及び必要時	別料金※1	週2回及び必要時	別料金※1
リネン交換	-	-	週1回及び必要時	別料金※1	週1回及び必要時	別料金※1
洗濯 (業者依頼分)	-	実費	-	実費	-	実費
○理美容	-	実費	-	実費	-	実費
○代行						
買物	-	-	指定日	別料金※1	指定日	別料金※1
役所手続き	-	-	-	別料金※1	-	別料金※1
○日用雑貨費用	-	実費	-	実費	-	実費
<健康管理サービス>						
○健康診断	-	-	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担
○健康相談	-	-	適宜対応	-	適宜対応	-
○生活指導	適宜対応 (生活相談)	-	適宜対応	-	適宜対応	-
○医師の往診	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担
○処方	-	-	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3
<入退院時、入院中のサービス>						
○医療費	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担
○移送サービス	-	実費	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費
○入院中の生活援助	-	-	-	別料金※1	-	別料金※1
<その他のサービス>						
○アクティビティ、その他サービス						
ホームが一律に提供する場合	-	実費	必要に応じて付添援助	実費	必要に応じて付添援助	実費
入居者の希望またはホームが参加者を募集して提供する場合	-	実費	-	※5	-	※5

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。提供する時間帯 (日中：8～18時、夜間：6～8時及び18～22時、深夜：22～6時) により、価格が異なります。なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は、介護保険給付に含まれます。
 【15分の場合】 日中：1,650円 夜間：2,062円 深夜：2,475円、【30分の場合】 日中：2,750円 夜間：3,437円 深夜：4,125円、【以降30分】 日中：2,750円 夜間：3,437円 深夜：4,125円、【240～480分の場合】 日中：1,100円 夜間：1,375円 深夜：1,650円 (すべて税込の金額)。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合になります。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】
 薬の管理及び服薬指導が必要な場合、居宅療養管理指導サービスを利用することが出来ます。介護保険上、「(介護予防) 特定施設入居者生活介護」とは別の「居宅療養管理指導費」の1割から3割の負担が必要となります。介護職員、看護職員は医師または薬剤師等の指示により、服薬援助を行います。

※4 ケアプラン (特定施設入居者生活介護計画書) の内容に基づき、サービスを実施します。

※5 ①実費 (参加費、交通費、材料費等)、②付添援助 (※1に定める別料金) 等、事前に参加費のご案内をいたします。

介護サービス等の一覧表②

2022/10/1現在

要介護認定区分	要介護1		要介護2		要介護3	
	介護保険給付・前払金及び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・前払金及び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・前払金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>						
○巡回						
昼間 9:00～18:00	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
夜間 18:00～9:00	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○食事介助	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○排泄						
排泄介助	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
おむつ交換	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
おむつ代	-	実費/持込	-	実費/持込	-	実費/持込
○入浴	週2回		週2回		週2回	
一般浴介助	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1
清拭	未入浴時状態に応じて※4		未入浴時状態に応じて※4		未入浴時状態に応じて※4	
特浴介助	-		-		状態に応じて※4	
○身辺介助						
体位交換	-	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
居室からの移動	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
衣類の着脱	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
身だしなみ介助	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
行動障害対応※2	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○機能訓練	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-	状態に応じて※4	-
○通院の介助						
協力医療機関	付添	-	付添	-	付添	-
協力医療機関以外	-	別料金※1	-	別料金※1	-	別料金※1
○緊急時対応						
ブースコール	適宜対応	-	適宜対応	-	適宜対応	-
緊急搬送	適宜対応	-	適宜対応	-	適宜対応	-
<生活サービス>						
○家事						
清掃(居室)	週1回以上及び必要時	別料金※1	週1回以上及び必要時	別料金※1	週1回以上及び必要時	別料金※1
洗濯	週2回及び必要時	別料金※1	週2回及び必要時	別料金※1	週2回及び必要時	別料金※1
リネン交換	週1回及び必要時	別料金※1	週1回及び必要時	別料金※1	週1回及び必要時	別料金※1
洗濯(業者依頼分)	-	実費	-	実費	-	実費
○理美容	-	実費	-	実費	-	実費
○代行						
買物	指定日	別料金※1	指定日	別料金※1	指定日	別料金※1
後所手続き	-	別料金※1	-	別料金※1	-	別料金※1
○日用給食費用	-	実費	-	実費	-	実費
<健康管理サービス>						
○健康診断	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担
○健康相談	適宜対応	-	適宜対応	-	適宜対応	-
○生活指導	適宜対応	-	適宜対応	-	適宜対応	-
○医師の往診	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担
○服薬	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3
<入退院時、入院中のサービス>						
○医療費	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担	-	医療費自己負担
○移送サービス	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費
○入院中の生活援助	-	別料金※1	-	別料金※1	-	別料金※1
<その他のサービス>						
○アクティビティ、その他サービス						
ホームが一律に提供する場合	必要に応じて付添援助	実費	必要に応じて付添援助	実費	必要に応じて付添援助	実費
入居者の希望またはホームが参加者を募集して提供する場合	-	※5	-	※5	-	※5

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。提供する時間帯(日中：6～18時、夜間：6～8時及び18～22時、深夜：22～6時)により、価格が異なります。なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は、介護保険給付に含まれます。
 【15分の場合】日中：1,650円 夜間：2,062円 深夜：2,475円、【30分の場合】日中：2,750円 夜間：3,437円 深夜：4,125円、【以降30分】日中：2,750円 夜間：3,437円 深夜：4,125円、【240～480分の場合】日中：1,100円 夜間：1,375円 深夜：1,650円(すべて税込の金額)。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合になります。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理及び服薬指導が必要な場合、居宅療養管理指導サービスを利用することが出来ます。介護保険上、「(介護予防)特定施設入居者生活介護」とは別の「居宅療養管理指導費」の1割から3割の負担が必要となります。介護職員、看護職員は医師または薬剤師等の指示により、服薬援助を行います。

※4 ケアプラン(特定施設入居者生活介護計画書)の内容に基づき、サービスを実施します。

※5 ①実費(参加費、交通費、材料費等)、②付添援助(※1に定める別料金)等、事前に参加費のご案内をいたします。

介護サービス等の一覧表③

要介護認定区分	要介護4		要介護5	
	介護保険給付・前払金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付・前払金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>				
○巡回				
昼間 9:00～18:00	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
夜間 18:00～9:00	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○食事介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○排泄				
排泄介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
おむつ交換	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
おむつ代	—	実費/持込	—	実費/持込
○入浴	週2回		週2回	
一般浴介助	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1	週2回	希望による週3回目からの援助実施は別料金※1
清拭	未入浴時 状態に応じて※4	—	未入浴時 状態に応じて※4	—
特浴介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○身辺介助				
体位交換	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
居室からの移動	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
衣類の着脱	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
身だしなみ介助	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
行動障害対応※2	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○機能訓練	状態に応じて※4	—	状態に応じて※4	—
○通院の介助				
協力医療機関	付添	—	付添	—
協力医療機関以外	—	別料金※1	—	別料金※1
○緊急時対応				
ケースコール	適宜対応	—	適宜対応	—
緊急搬送	適宜対応	—	適宜対応	—
<生活サービス>				
○家事				
清掃(居室)	週1回以上及び必要時	別料金※1	週1回以上及び必要時	別料金※1
洗濯	週2回及び必要時	別料金※1	週2回及び必要時	別料金※1
リネン交換	週1回及び必要時	別料金※1	週1回及び必要時	別料金※1
洗濯(業者依頼分)	—	実費	—	実費
○理美容	—	実費	—	実費
○代行				
買物	指定日	別料金※1	指定日	別料金※1
役所手続き	—	別料金※1	—	別料金※1
○日用燃費費用	—	実費	—	実費
<健康管理サービス>				
○健康診断	年2回機会を提供	実費負担	年2回機会を提供	実費負担
○健康相談	適宜対応	—	適宜対応	—
○生活指導	適宜対応	—	適宜対応	—
○医師の往診	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担
○服薬	状態に応じて※4	薬剤管理※3	状態に応じて※4	薬剤管理※3
<入退院時、入院中のサービス>				
○医療費	—	医療費自己負担	—	医療費自己負担
○移送サービス	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費	協力医療機関へ移送、緊急時の病院等への移送サービスは、上記の緊急時対応として行います。	協力医療機関以外は実費
○入院中の生活援助	—	別料金※1	—	別料金※1
<その他のサービス>				
アクティビティ、その他サービス				
ホームが一律に提供する場合	必要に応じて付添援助	実費	必要に応じて付添援助	実費
入居者の希望またはホームが参加者を募集して提供する場合	—	※5	—	※5

※1 ご本人の希望により別料金でサービスを選択できます。提供する時間帯(日中：8～18時、夜間：6～8時及び18～22時、深夜：22～6時)により、価格が異なります。なお、医師等の指示により、介護上必要な場合の3回目以降の入浴は、介護保険給付に含まれます。

【15分の場合】 日中：1,650円 夜間：2,062円 深夜：2,475円、【30分の場合】 日中：2,750円 夜間：3,437円 深夜：4,125円、【以降30分】 日中：2,750円 夜間：3,437円 深夜：4,125円、【240～480分の場合】 日中：1,100円 夜間：1,375円 深夜：1,650円(すべて税込の金額)。

※2 認知症等により、特別な対応が必要になった場合があります。

※3 【協力調剤薬局を利用する場合】

薬の管理及び服薬指導が必要な場合、居宅療養管理指導サービスを利用することが出来ます。介護保険上、「(介護予防)特定施設入居者生活介護」とは別の「居宅療養管理指導費」の1割から3割の負担が必要となります。介護職員、看護職員は医師または薬剤師等の指示により、服薬援助を行います。

※4 ケアプラン(特定施設入居者生活介護計画書)の内容に基づき、サービスを実施します。

※5 ①実費(参加費、交通費、材料費等)、②付添援助(※1に定める別料金)等、事前に参加費のご案内をいたします。

加算・減算項目の説明 〈特定施設入居者生活介護〉

● 入居継続支援加算(Ⅰ)：36単位/日 (Ⅱ)：22単位/日

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対して、サービスを行った場合に加算します。

イ 入居継続支援加算(Ⅰ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 社会福祉士および介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（喀痰吸引等）を必要とする者の占める割合が入居者の15%以上であること。
- (2) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6またはその端数を増すごとに1以上であること。ただし、別に掲げる基準のいずれにも適合する場合は、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が7またはその端数を増すごとに1以上であること。
- (3) 通所介護費等算定方法第五号および第九号に規定する基準のいずれにも適合していないこと。

ロ 入居継続支援加算(Ⅱ)：次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 社会福祉士および介護福祉士法施行規則第一条各号に掲げる行為（喀痰吸引等）を必要とする者の占める割合が入居者の5%以上であること。
- (2) イ(2)および(3)に該当するものであること。

● 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)：100単位/月 (Ⅱ)：200単位/月（個別機能訓練加算算定時は100単位）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、外部との連携により、入居者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に加算します。

イ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)：次のいずれにも適合すること。

- (1) 指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーションまたはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または医師（以下「理学療法士等」という。）の助言に基づき、ホームの機能訓練指導員等が共同して入居者の身体状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行っていること。
- (2) 個別機能訓練計画に基づき、入居者の身体機能または生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が入居者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入居者またはその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

ロ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)：次のいずれにも適合すること。

- (1) 理学療法士等が、ホームを訪問し、ホームの機能訓練指導員等が共同して入居者の身体状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行っていること。
- (2) 個別機能訓練計画に基づき、入居者の身体機能または生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が入居者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。
- (3) (1)の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、入居者またはその家族に対し、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。

● 個別機能訓練加算 (Ⅰ)：12単位/日 (Ⅱ)：20単位/月

専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師またはきゅう師（以下「理学療法士等」といいます。）を1名以上配置しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合に加算します。また、個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、個別機能訓練加算(Ⅱ)として、加算します。

● **A D L維持等加算 (I) : 30単位/月 (II) : 60単位/月**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対してサービスを行った場合は、評価対象期間の満了日の属する月の翌月から12月以内の期間に限り、当該基準に掲げる区分に従い加算します。

イ A D L維持等加算(I) :次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 評価対象者の総数が10人以上であること。
- (2) 評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から起算して6月目においてA D Lを評価し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。
- (3) 評価対象者の評価対象期間開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したA D L値から評価対象利用開始月に測定したA D L値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値が1以上であること。

ロ A D L維持等加算(II) :次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) イ(1)および(2)の基準に適合するものであること。
- (2) 評価対象者のA D L利得の平均値が2以上であること。

● **夜間看護体制加算 10単位/日**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、入居者に対して、サービスを行った場合に加算します。

イ 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。

ロ 看護職員により、または病院もしくは診療所もしくは指定訪問看護ステーションとの連携により、入居者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。

ハ 重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者またはその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

● **若年性認知症入居者受入加算 120単位/日**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、若年性認知症入居者に対してサービスを行った場合に加算します。

受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めていること。

● **認知症専門ケア加算 (I) : 3単位/日 (II) : 4単位/日**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームが別に厚生労働大臣が定める入居者に対し、専門的な認知症ケアを行った場合に加算します。

イ 認知症専門ケア加算(I) :次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) ホームにおける入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の入居者（以下「対象者」といいます。）の占める割合が50%以上であること。

(2) 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては一に当該対象者の数が19を超えて10またはその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。

(3) ホームの従業者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的開催していること。

ロ 認知症専門ケア加算(II) :次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) イの基準のいずれにも適合すること。

(2) 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所または施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。

(3) ホームにおける介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施または実施を予定していること。

● **医療機関連携加算 80単位/月**

看護職員が、入居者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該入居者の同意を得て、協力医療機関または入居者の主治の医師に対して、入居者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合に加算します。

● **口腔衛生管理体制加算 30単位/月**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するホームにおいて、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言および指導を月1回以上行っている場合に加算します。

イ ホームにおいて歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言および指導に基づき、入居者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

ロ 人員基準欠如に該当していないこと。

● **口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合するホームの従業者が、利用開始時および利用中6月ごとに入居者の栄養状態について確認を行い、当該入居者の栄養状態に関する情報を入居者を担当する介護支援専門員に提供した場合に加算します。

人員基準欠如に該当していないこと。

● **退院・退所時連携加算 30単位/日**

病院、診療所、介護老人保健施設または介護医療院からホームに入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間について加算します。30日を超える病院もしくは診療所への入院または介護老人保健施設もしくは介護医療院への入所後にホームに再び入居した場合も、同様とします。

● **科学的介護推進体制加算 40単位/月**

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームが、入居者に対しサービスを行った場合に加算します。

(1) 入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。

(2) 必要に応じて介護計画を見直すなどサービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

● **看取り介護加算(1)**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入居者について看取り介護を行った場合は、看取り介護加算(1)として、死亡日以前30日以上45日以下については1日につき72単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日および前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1,280単位を死亡月に加算します。

(1) 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者またはその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

(2) 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員(新設)その他の職種の者による協議の上、当該指定特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。

(3) 看取りに関する職員研修を行っていること

● **看取り介護加算(II)**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームにおいて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入居者について看取り介護を行った場合は、看取り介護加算(II)として、死亡日以前30日以上45日以下については1日につき572単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき644単位を、死亡日の前日および前々日については1日につき1,180単位を、死亡日については1日につき1,780単位を死亡月に加算します。

- (1) 当該加算を算定する期間において、夜勤または宿直を行う看護職員の数が一以上であること。
(2) イ(1)から(3)までのいずれにも該当するものであること。

● **サービス提供体制強化加算 (I) : 22単位/日 (II) : 18単位/日 (III) : 6単位/日**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出たホームが、入居者に対し、サービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い加算します。

イ サービス提供体制強化加算 (I) : 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

- ① ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。
② ホームの介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であること。

(2) 提供するサービスの質の向上に資する取組を実施していること。

(3) 通所介護費等算定方法第五号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ サービス提供体制強化加算(II) : 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること

ハ サービス提供体制強化加算(III) : 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 次のいずれかに適合すること。

- ① ホームの介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。
② ホームの看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上であること。
③ サービスを入居者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上であること。

(2) イ(3)に該当するものであること

● **介護職員処遇改善加算 (I) : 8.2%**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県等に届け出た事業所が、入居者に対し、サービスを行った場合に加算します。

● **介護職員等特定処遇改善加算 (I) : 1.8% (II) : 1.2%**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県等に届け出た事業所が、入居者に対し、サービスを行った場合に加算します。

● **介護職員等ベースアップ等支援加算 1.5%**

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県等に届け出た事業所が、入居者に対し、サービスを行った場合に加算します。

● **身体拘束廃止未実施減算 10%**

指定居宅サービス等基準第183条5項および6項に規定する基準を満たさない場合に減算します。

SOMPOケア ラヴィーレ東池袋

- ・入居者は本契約における周辺環境に関する事項として下記事項をあらかじめ承諾するものとします。
 - (1)本物件の周辺環境を十分理解した上で契約すること。
 - (2)重要事項説明以降、都市計画の変更、或いは近隣土地所有者が建物を建築する等、本物件の周辺環境に変化が生じることがあること。
- ・近隣等について
周辺は住宅地ですので、近隣住民の方とのお互いのプライバシーについては十分にご配慮ください。
(バルコニーでの喫煙や大声での電話、物の落下等)
- ・携帯電話の電波状況について
共用部及び一部居室内では携帯電話が通じにくいところがあります。
- ・手すり等の増設について
手すり等は、下地処理を行っている箇所に限り、入居者の自己負担にて追加で設置することが可能です。
設置を希望される場合には、必ず事前にコンシェルジュにご相談ください。
- ・カーテン等について
消防法第8条の3第1項に基づき、居室内のカーテンおよび絨毯等は、防炎性能を有するものを使用するものとします。
- ・本建物の各施設の使用等について
 - (1)本建物内の各施設を使用するにあたり、施設内におけるキズ、破損、およびこれらに類する損害が発生した場合には、速やかに事業者または職員に報告するとともに、その損害を賠償しなければなりません。
 - (2)本建物内の各施設の使用に際して、万一使用者に事故、盗難等が発生しても、事業者および委託先は一切その責任を負いません。
- ・電気温水器について
タンク内の湯は飲用に適しません。

以上
東池袋20240101

説明年月日 西暦 年 月 日

入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書及び（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に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 SOMPOケア株式会社

所在地 東京都品川区東品川四丁目12番8号

代表取締役 鷺見 隆充

説明者氏名

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利用契約書及び（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に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

署名

