

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 コウレイシャセンヨウチンタイジユウタク ユタカナサト 高齢者専用賃貸住宅 豊かな里 | | | | |
| 住宅の所在地 | | 〒 191 - 0053 東京都日野市豊田1-22-2 | | | | |
| 住宅へのアクセス | | 最寄駅 | 中央線 豊田駅 | | | |
| | | 交通手段と所要時間 | 中央線豊田駅より徒歩15分 | | | |
| 住宅の連絡先 | | 電話番号 | 042-589-2366 | | | |
| | | FAX番号 | 042-589-2331 | | | |
| | | ホームページアドレス | rvusen@vutakanasato.or.jp | | | |
| 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 | 2007年 10月 1日 から 2057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 | 529 m ² | | | |
| | 住宅(建物) | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用賃借による権利 | | | |
| | | 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 | | | |
| | | 建築物用途区分 | 児童福祉施設等 | 耐火構造 | <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 併設施設 | 延床面積 | 553.17 m ² | うち、サ付き分 | 553.17 m ² | |
| | | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用賃借による権利 | | | |
| | | 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 | |
| | | 特別養護老人ホーム 豊かな里 | | 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 同一建物内 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | ショートステイ 豊かな里 | | (予防) 短期入所介護事業 | <input type="checkbox"/> 同一建物内 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| デイサービスセンター 豊かな里 | | 地域密着型通所介護事業 | <input type="checkbox"/> 同一建物内 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 | | |
| デイサービスセンター 豊かな里 | | (予防) 認知症対応型通所介護事業 | <input type="checkbox"/> 同一建物内 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 | | |
| グループホーム 豊かな里 | | (予防) 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> 同一建物内 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 | | |
| 居宅介護支援事業所 豊かな里 | | 居宅介護支援事業 | <input type="checkbox"/> 同一建物内 | <input checked="" 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) | | 1373501657 | | | | |
| 指定した自治体名 | | 東京都 | | | | |
| 指定年月日(初回) | | 2007年 12月 1日 | | | | |
| 指定有効期限 | | 2025年 11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 type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型) <input checked="" 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 | 小山 光雄 | 役職名 | 併設特養 施設長 | |
| 終身賃貸事業者の事業の認可 | | <input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input type="checkbox"/> 認可を受けていない | | | | |
| 入居開始時期(住宅の開業年月日) | | 2007年 12月 1日 | | | | |

2. 事業主体

| | | | |
|-----------------|--|---------------------------|--------|
| 事業主体の名称 | フリガナ シャカイフクシハウジン リュウセンカイ 社会福祉法人 隆山會 | | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 191 - 0053 | 東京都日野市豊田1-22-2 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 042-589-2366 | |
| | FAX番号 | 042-589-2331 | |
| | ホームページアドレス | ryusen@vutekanasato.or.jp | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 清水 隆 | 職名 理事長 |
| 事業主体の役員 | 別添1「役員名簿」のとおり | | |
| 設立年月日 | 2007年 12月 1日 | | |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 別添2「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり | | |

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|----------------------|----|----------|
| 契約居室 | 階層・部屋番号等 | 面積 | 26.50 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 type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 | | | | |
| 入居者の資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者（配偶者/60歳以上の親族）（「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。） | | | | |
| 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 | | | | | |
| <p>事業者は、（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書第13条の規定に基づき、入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、通常の方法ではこれを防止することが出来ず、この契約を将来にわたり継続することが社会通念上困難であると考えられる場合には以下手続きを実施して、この契約を解除することができるものとします。</p> <p>(1) 一定の観察期間を設けること (2) 医師の意見を聴くこと (3) 甲本人の意思を確認すること及び連帯保証人の意見を聴くこと (4) 契約解除の通告に30日の予告期間をおくこと</p> <p>また、事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができるものとします。</p> <p>(1) 入居者が事業者の定める利用料金の支払を2ヶ月以上怠った時 (2) 入居者またはその家族等がこの契約を継続し難い程の背信行為を行った時</p> | | | | | |
| 事業者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 | 終身建物賃貸借契約書第13条のとおり | | | | |
| 解約予告期間 | 6か月 | | | | |
| 利用者からの解約・予告期間・連絡先 | | | | | |
| 入居者または連帯保証人は、書面により解約の申し出を下記に通知することで、本契約を解約することができます。（（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書第14条参照） | | | | | |
| 契約解約時の連絡先 | 名称 | 社会福祉法人 隆山會 特別養護老人ホーム 豊かな里 施設長 小山 光雄 | | | |
| | 電話番号 | 042-589-2366 | | | |

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 | 11戸（登録申請対象戸数） / 12人 | |
| 居住部分の規模 | （最小） | 26.50 m ² |
| | （最大） | 53.00 m ² |
| 構造及び設備 | 共同利用設備 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 構造 | 鉄骨造ストレートぶき 階数 2階建 うち、サ付き分 1階2階 |
| 竣工の年月日 | 2007年 11月 13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 | |
|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|----|--|
| | | タイプ1 | 1 | 1 | 26.5㎡ | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 介護居室 | タイプ2 | 2 | 1 | 26.5㎡ | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ3 | 2 | 2 | 53.0㎡ | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ4 | | | | | <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5 | | | | | <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6 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ7 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ8 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ9 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | タイプ10 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 一時介護室 | | 階 | 定員 | 面積 | 戸数 | 備考 | | | |
| 便所 | 共同便所 | 2か所 | うち男女別 | 階 (か所) | | | | | | |
| | | | うち、男女共用 | 1階 (1か所) 2階 (1か所) | | | | | | |
| 浴室 | 居室 | <input checked="" type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| | 個別浴 | 場所 | 階 (か所) | 面積 | ㎡ | | | | | |
| | | 併設施設との共用の有無 | | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 大浴槽 | 場所 | 階 | 面積 | ㎡ | | | | | |
| | | 併設施設との共用の有無 | | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 共同浴室 | 共同浴室における介護浴槽 | 場所 | 階 | 面積 | ㎡ | | | | |
| | | | 併設施設との共用の有無 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 チェア浴 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 リフト浴 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4 その他 () | | | | | | | | | | |
| 併設施設との共用の有無 | | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| 食堂 | 場所 | 各階 | | 面積 | 35.76 ㎡ | | | | | |
| | 兼用 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 兼用設備 | リビング | | | | | |
| | 併設施設との共用 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | <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 | 階 | | 面積 | ㎡ | | | | | |
| | 兼用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 兼用設備 | | | | | | |
| | 併設施設との共用 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| その他の共用設備 | | | | | | | | | | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | |
| | 台数 | 1基 | 定員 | | ストレッチャー | | | | | |
| 緊急呼出装置 | 居室 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 脱衣室 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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) | | 2007年 6月 13日 (日野消防署) | | | | | |
| | 防火管理者 | | 岡田 宏子 | | | | | | | |
| | 避難訓練 | | 消防署の指導のもと、年3回実施 (うち1回は夜間想定) | | | | | | | |

5. 従業者の勤務体制

| 従業者の人数 | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|------|---------------------------|
| 職種 | 実人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入) |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者 | | 1 | | | | | 1 | 0.1 | 併設特養施設長兼務 |
| 生活相談員 | 1 | | | | | | 1 | 1 | |
| 看護職員(直接雇用) | | | | | 1 | | 1 | 0.1 | 特養看護職員兼務 |
| 看護職員(派遣) | | | | | | | 0 | | |
| 介護職員(直接雇用) | | | | | 2 | 1 | 3 | 1.2 | 特養総務兼務 |
| 介護職員(派遣) | | | | | | | 0 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | | 0 | | |
| 計画作成担当者 | 1 | | | 1 | | | 2 | 1.5 | |
| 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 時間

| 介護職員の資格 | | | | | | | | | |
|---------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|------|----|
| 職種 | 実人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 備考 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 社会福祉士 | | | | | | | 0 | | |
| 介護福祉士 | | | | | | 1 | 1 | 0.2 | |
| 実務者研修の修了者 | | | | | | | 0 | | |
| 介護職員初任者研修の修了者 | | | | | 1 | | 1 | 0.6 | |
| 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 | | | | | 1 | | 1 | 0.4 | |

| 機能訓練指導員の資格 | | | | | | | | | |
|-------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|------|----|
| 職種 | 実人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 | 備考 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | | | 0 | | |
| 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 社会福祉施設長資格認定講習修了

| 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 | 19:00 ~ 9:00 | 人 | 1人 | |
| 宿直 | ~ | 人 | 人 | 人 | 人 | |

看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数 0.1人

| (介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制 | | |
|---|----------------------------------|--|
| (介護予防) 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要) | 契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 |
| | ※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数) | 3.2 : 1.3 |
| 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 | 8人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | 訪問介護武蔵・多摩あんしん館 |
| | 訪問看護事業所の名称 | ラビオンナースステーション |
| | 通所介護事業所の名称 | デイサービスセンター豊かな里・デイサービスセンター多摩あんしん館 |

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 | | 併設特養施設長兼務 | | | |
| | 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 | | 社会福祉施設長資格認定講習修了 | | | |
| | 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 | | | | | 1 | | | | | |
| 数業に務 に応じ従 事した事 職したの 経人数年 | 1年未満 | | | | 1 | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | 1 | |
| | 3年以上 5年未満 | | 1 | | 2 | | | | | 1 |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | 1 | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |

6. サービスの内容

| | | |
|---|--|------|
| サービス提供の方針、サービスの提供内容に関する特色 | | |
| <p>入居者が元気に安心して生活を送ることができるように支援することを目的として、サービスを提供するものとします。 また、ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。 なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（医療サービス）を自由に選択することができます。</p> | | |
| 介護保険対象サービスの種類・提供方法等 | | |
| サービスの種類 | 提供方法 | 提供者 |
| 状況把握（安否確認） | 職員がゴミ集めを行いながら、安否確認と声かけをいたします。 | 自ら実施 |
| 生活相談 | 日常生活での困りごとや心配ごとの相談 地域の介護保険サービスについての情報提供 | 自ら実施 |
| 緊急時対応 | 突発的な事故、体調の急変などの場合には駆けつけ対応 | 自ら実施 |
| 健康相談 | 健康に関するアドバイスや提携の医療機関、他の医療機関をご案内いたします。 | 自ら実施 |
| 施設サービス計画作成 | デイ、訪問介護、看護等、外部委託も含めてサービスを計画いたします。 | 自ら実施 |
| 住宅で対応できる医療的ケアの内容 | | |
| 健康管理 | | |

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

| | | |
|--------------------------|---|--|
| 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 入居継続支援加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 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 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 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 type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) ） | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (Ⅰ)イ <input type="checkbox"/> (Ⅰ)ロ <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) ） | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) <input type="checkbox"/> (Ⅳ) <input type="checkbox"/> (Ⅴ) ） | <input type="checkbox"/> なし |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) ） | <input type="checkbox"/> なし |
| 短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |

介護保険対象外サービス等

| | | | |
|------------------------|--|-----------------------------|------------|
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | 介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率) | 2.5 : 1 |
| 食事の提供サービス | ご希望者にリビングルームにて食事の提供をいたします。 食事は、住宅敷地内の特養厨房にて専属の調理員により調理いたします。 食事は1ヶ月単位での申し込みになりますが、ご希望により1食からの利用もお受けいたします。 キャンセルの場合は前日午前中までにご連絡を下さい。それ以降のキャンセルは実費を請求させていただきます。 | | 日清医療食品株式会社 |
| その他利用者の個別的な選択によるサービス提供 | | | |
| 諸代行 | あり | | |
| 不在時のサービス | あり | | |
| 理美容 | あり | | |

医療機関との連携・協力

（ご入居者は、連携・協力先医療機関等以外の医療サービスも、自由に選択することができます。）

| | | | |
|----------|--------|--|------------------------------------|
| 医療支援 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 | |
| ※複数選択可 | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 | |
| | | <input type="checkbox"/> 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 医療機関 1 | 名称 | 医療法人社団 英世会 英世会クリニック |
| | | 所在地 | 東京都日野市万願寺1丁目19番地の7 住宅からの距離：約4*。 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介 |
| | 医療機関 2 | 名称 | |
| | | 所在地 | 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 | 松井歯科医院 | |
| | 所在地 | 東京都日野市旭が丘2丁目7番地の27 住宅からの距離：約3*。 | |
| | 診療科目 | 歯科 | |
| | 協力内容 | 歯科往診 | |

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"/> 金額前払い方式 <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"/> 金額前払い方式 <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 | | | | | ※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 | 180,000円 | 家賃の | 3か月分 | ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き金額返還する。 | | | | |
| 月額費用 | 算定根拠 | | | | | | | |
| 家賃 | 60,000円 | | | | | | | |
| 共益費 | 9,000円 | | | | | | | |
| 介護費用(介護保険) | 1ヶ月 | 30日の場合 | ※地域単価 10.68円 | | | | | |
| | | | ※給付率 90% | | | | | |
| | | | (1割負担の場合は90%、2割負担の場合は80%、3割負担の場合は70%) | | | | | |
| (●)割負担の場合 | | | | | | | | |
| | 基本単位 | 加算 | 処遇改善加算 | 総単位数 | 月額費用(円) | 保険請求額(円) | 自己負担額(円) | |
| | a | b | c | d=a+b+c | e=d×地域単価 小数点以下四捨五入 | f=e×給付率 小数点以下四捨五入 | g=e-f | |
| 要支援1 | 5,460 | 0 | 514 | 5,974 | 63,802 | 57,421 | 6,381 | |
| 要支援2 | 9,330 | 0 | 877 | 10,207 | 109,010 | 98,109 | 10,901 | |
| 要介護1 | 16,140 | 0 | 1,517 | 17,657 | 188,576 | 169,718 | 18,858 | |
| 要介護2 | 18,120 | 0 | 1,703 | 19,823 | 211,709 | 190,538 | 21,171 | |
| 要介護3 | 20,220 | 0 | 1,901 | 22,121 | 236,252 | 212,626 | 23,626 | |
| 要介護4 | 22,140 | 0 | 2,081 | 24,221 | 258,680 | 232,812 | 25,868 | |
| 要介護5 | 24,210 | 0 | 2,276 | 26,486 | 282,870 | 254,583 | 28,287 | |
| 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 type="checkbox"/> あり | <input checked="" 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 | | | | | | | | |
| 高齢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 | | | | | |
| 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) (20単位/日) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ※対象者のみ | | | | | |
| 送迎・送所時連携加算 (30単位/日) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ※要介護者のみ、対象者のみ | | | | | |

料金構造

| | |
|---------------|--|
| 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…3単位/日、加算Ⅱ…4単位/日 |
| サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)) <input checked="" type="checkbox"/> なし ※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…13単位/日、加算Ⅲ…6単位/日 |
| 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)) <input type="checkbox"/> なし ※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 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% |

※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)。

| 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) 利用者の個別的な選択による介護サービス費用 | 利用実績に基づく金額をお支払いいただきます。 | | 料金単価等は別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり |
| 食費 | 52,500円 | | 朝食 330円、昼食 770円、夕食 750円、3食セット 1,750円、月1回の行事食のみ 830円 1日当たり 1,750円×30日で精算 キャンセルの場合は前日午前中までにご連絡を下さい。それ以降のキャンセルは実費を請求させていただきます。※軽減税率の適応無し |
| 光熱水費 | 円 | | 個メーター管理により実費 |
| その他 | 円 | | 別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり |
| 合計 | 121,500円 | | |
| 支払日・支払方法 | 家賃、共益費、食費及び介護等サービスの利用料金及び選択サービスの利用料金は、月末で締め翌月10日までに請求書を発行いたします。 毎月25日までに銀行振込で支払うものとします。ただし、高齢者専用賃貸住宅豊かな里が指定する銀行に預金口座を設けている入居者から申出があった場合には、口座振替によって支払うものとします。 | | |

入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い

入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。
サービス費、食費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)。

料金改定の条件及び手続き

事業者は、(介護予防) 特定施設入居者生活介護利用契約書第9条の規定に基づき、入居者及び連帯保証人に速やかに連絡します。

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 | 要支援1 | 要介護2 |
| | 自己負担割合 | 1割 | 2割 |
| | 年齢 | 94歳 | 92歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 26.50㎡ | 26.50㎡ |
| | 浴室 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 台所 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 収納 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 |
| | 敷金 | 180,000円 | 180,000円 |
| 月額費用の合計 | | 円 | 円 |
| サービス費用 (※3) | 家賃 | 60,000円 | 60,000円 |
| | 共益費 | 9,000円 | 9,000円 |
| | 特定施設入居者生活介護の費用(※1) | 3,723円 | 40,164円 |
| | 上乗せ介護費用(※2) | 円 | 円 |
| | 介護費用(選択サービス) | 円 | 円 |
| | 食費 | 32,400円 | 52,500円 |
| | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | その他 | 2,347円 | 15,818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 | | 88.8歳 | | | 入居者数合計 | | | | | 9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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 75歳以上85歳未満 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | | |
| | 85歳以上 | | 2 | 1 | 2 | 1 | | | | | | | | |
| 合計 | | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 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 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 9 | | | | | | | |
| 男女別入居者数 | | 男性： 2人 | | | 女性： 7人 | | | | | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | 66.6%（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 | | | 2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 | | | | | | | |
| 有料老人ホーム（サ付き除く）への転居 | | | 1 | | その他 | | | | | | | | | |

9. 苦情・事故等に関する体制

| | | |
|---|--------------------------------------|------------------|
| 苦情に対応する窓口等の状況 | | |
| 窓口の名称 | 日野市福祉オンブズパーソン | |
| 電話番号 | 042-585-1111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時 30分 ~ 17時 15分 |
| | 土曜 | 時 分 ~ 時 分 |
| | 日曜 | 時 分 ~ 時 分 |
| | 祝日 | 時 分 ~ 時 分 |
| 定休日 | 土日祝日 | |
| 窓口の名称 | 社会福祉法人 隆山會 特別養護老人ホーム 豊かな里 施設長 小山 光雄 | |
| 電話番号 | 042-589-2366 | |
| 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 | |
| 窓口の名称 | 日野市役所 高齢福祉課 | |
| 電話番号 | 042-585-1111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時 30分 ~ 17時 15分 |
| | 土曜 | 時 分 ~ 時 分 |
| | 日曜 | 時 分 ~ 時 分 |
| | 祝日 | 時 分 ~ 時 分 |
| 定休日 | 土日祝日 | |
| 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 | | |
| 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 | サービス付き高齢者向け住宅における事故は、住宅政策本部に報告いたします。 | |
| 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: 株式会社ココ花) <input type="checkbox"/> なし | | |

10. その他の留意事項

| | | | |
|---|---|---|------|
| 外出・帰宅・訪問等 | | | |
| 外出は自由ですが、長時間外出される場合、午後7時以降の帰宅の場合は、事前に事務室に帰宅予定時間をご連絡願います。 ご来訪時間は、午前9時～午後7時になります。(面会簿にご記入下さい) その時間以外のご来訪は、事前に事務室にご連絡願います。 | | | |
| 共用設備の利用について | | | |
| 共用台所・リビング | 自由に使えますが、食事時間帯の30分前後はご遠慮願います。 | | |
| 冷蔵庫 | 自由に使えますが、所定の場所に日付と名前を記入し保存願います。 賞味期限を越えたものは、ご本人に相談の上、処分させていただきます。 | | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き | | | |
| ・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限ります。 ・身体的拘束等を行う場合は、説明書を用いて、利用者又はご家族に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで実施します。 ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。 ・具体的な手続き等については、別に定める「身体的拘束等の適正化のための指針」のとおりです。 | | | |
| 入居希望者への事前の情報開示 | | | |
| 入居契約書のひな形 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない | | |
| 管理規程 (重要事項説明書) | <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 | | |
| 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 | | |
| その他 | | | |
| サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等 | 管理の方式 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 | |
| | 委託する業務の内容(契約事項) | | |
| | 管理業務の委託先 | 商号・名称又は氏名 | フリガナ |
| | | 住所(事務所所在地) | 〒 |
| 修繕計画 | 計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | 大規模修繕の実施予定 | 月頃実施予定 | |
| | その他目録的な修繕予定 | | |
| 運営相談会 | <input type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 回) (開催内容等) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容) 入居者及び入居者家族等からの要望については、住居内のリビングにてその都度、要望や意見を聞き運営に反映させている。 | | |
| 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 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 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住居安定確保計画に照らして適切なものである。入居者の方が安心した生活が送れるように努める。また、要支援、要介護の高齢者に対し、心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な支援を行う。 | | |

説明年月日

年 月 日

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

事業者名 社会福祉法人 隆山會

所在地 東京都日野市豊田1-22-2

代表者名 理事長 清水 隆

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、入居契約書、（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|--------------|------------|
| しみず たかし | |
| 清水 隆 | 理事長 |
| よしだ しんじ | |
| 吉田 眞次 | 理事 |
| むぎた こういちろう | |
| 麥田 浩一郎 | 理事 |
| しみず むつこ | |
| 清水 睦子 | 理事 |
| おおたに としお | |
| 大谷 俊夫 | 理事(業務執行理事) |
| こやま みつお | |
| 小山 光雄 | 理事(業務執行理事) |
| よしもと のぶみつ | |
| 吉元 信光 | 監事 |
| ひさつね かおる | |
| 久常 薫 | 監事 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 | | | | |
| 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 | 有り | 1 | ショートステイ豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 短期入所療養介護 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 有り | 1 | 高齢者専用賃貸住宅豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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 | デイサービスセンター豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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 | 1 | グループホーム豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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 | 有り | 1 | デイサービスセンター豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 居宅介護支援 | 有り | 1 | 居宅介護支援事業所豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| <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 | 有り | 1 | ショートステイ豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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 | 有り | 1 | 高齢者専用賃貸住宅豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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 | デイサービスセンター豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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 | 1 | グループホーム豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 介護予防支援 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 有り | 1 | 特別養護老人ホーム豊かな里 | 東京都日野市豊田1-22-2 |
| 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

| 区分 サービス | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|---------------------------|----------------------|-----------------------------------|---|---|
| | 生活支援サービスの基本料金に含むサービス | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) ケアプランに位置付けられた回数を超えてサービス提供が必要な場合は下記の料金をご負担頂きます。 |
| <基本(必須)サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | | ■ | |
| 健康相談 | ○ | | ■ | |
| 状況把握(安否確認) | ○ | | ■ | |
| ・巡回 日中 | ○ | | ■ | |
| ・巡回 夜間 | ○ | | ■ | |
| 生活相談 | ○ | | ■ | |
| 緊急時対応 | ○ | | ■ | |
| オンコール対応 | ○ | | ■ | |
| <介護サービス> | | | | |
| 食事介助 | | 500円/1回 | ■ | 500円/1回 |
| トイレ介助 | | 200円/1回 | ■ | 200円/1回 |
| おむつ交換 | | 300円/1回 | ■ | 300円/1回 |
| おむつ代 | | 実費 | ■ | 実費 |
| 入浴介助 | | - | ■ | 受託居宅サービス業者により提供 |
| 清拭 | | - | ■ | 受託居宅サービス業者により提供 |
| 体位交換 | | - | ■ | 受託居宅サービス業者により提供 |
| ポータブルトイレ清掃 | | 200円/1回 | ■ | 200円/1回 |
| 整容介助 | | 100円/1回 | ■ | 100円/1回 |
| 水分管理 | | 500円/1回 | ■ | 500円/1回 |
| 通院介助 | | 500円/30分 | ■ | 500円/30分 |
| 通院介助(車使用の場合) | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 | ■ | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 |
| 送迎サービス(車使用の場合) | | 500円/2km 1km超えるごとに100円追加 | | 500円/2km 1km超えるごとに100円追加 |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | 500円/30分 10分を超えるごとに100円追加 | ■ | 500円/30分 10分を超えるごとに100円追加 |
| 日常の洗濯 | | 500円/30分 10分を超えるごとに100円追加 | ■ | 500円/30分 10分を超えるごとに100円追加 |
| 洗濯物出し・取り込み | | 50円/1回 | ■ | 50円/1回 |
| 繕い物等 | | 300円/1回 | | 300円/1回 |
| 居室配膳・下膳 | | 100円/1回 | | 100円/1回 |
| 理美容 | | カット 2,000円 カラー 5,000円 顔そり 600円 | | カット 2,000円 カラー 5,000円 顔そり 600円 |
| 買い物同行 | | 300円/30分 | ■ | 300円/30分 |
| 買い物同行(車使用の場合) | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 |
| 買い物代行 | | 100円/1回 | ■ | 100円/1回 |

介護サービス等の一覧表

| 区分 サービス | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|------------------------------|----------------------|--|---|--|
| | 生活支援サービスの基本料金に含むサービス | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) ケアプランに位置付けられた回数を超えてサービス提供が必要な場合は下記の料金をご負担頂きます。 |
| <生活サービス> | | | | |
| 買い物代行(車使用の場合) | | 300円/1回 (半径5km以内) | | 300円/1回 (半径5km以内) |
| 役所手続き代行 | | 申請代行 100円/1件 証明書発行 100円/1件 行政手続き代行 1,000円/1件 記録等複写物交付料 10円/1枚 | | 申請代行 100円/1件 証明書発行 100円/1件 行政手続き代行 1,000円/1件 記録等複写物交付料 10円/1枚 |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | | ■ | |
| 健康相談 | ○ | | ■ | |
| 生活指導・栄養指導 | | | ■ | |
| 服薬支援 | | | ■ | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | | | ■ | |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | 500円/2km 1km超えるごとに100円追加 | | 500円/2km 1km超えるごとに100円追加 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | | 500円/30分 | | 500円/30分 |
| 入退院時の同行(車使用の場合) | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | 500円/30分 | | 500円/30分 |
| 入院中の見舞い訪問 | ○ | | ■ | |
| <その他サービス> | | | | |
| 散歩同行 | | 700円/30分 10分を超えるごとに100円追加 | | 700円/30分 10分を超えるごとに100円追加 |
| 地域散策同行 | | 700円/30分 10分を超えるごとに100円追加 | | 700円/30分 10分を超えるごとに100円追加 |
| 地域散策同行(車使用の場合) | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 | | 半径5km以内300円 10分超えるごとに100円追加 |
| コピー | | 白黒 10円/枚 カラー 30円/枚 | | 白黒 10円/枚 カラー 30円/枚 |
| 写真 | | 30円/枚 | | 30円/枚 |
| フロントサービス | ○ | | ○円 | |
| 不在時のサービス | | 100円/1回 | | 100円/1回 |
| クラブ活動 | | 書道クラブ:90円/1回 詩吟クラブ:50円/1回 | | 書道クラブ:90円/1回 詩吟クラブ:50円/1回 |
| <福祉用具レンタル> | | | | |
| 車椅子 | | 100円/1回 長時間の場合は要相談 | | 100円/1回 長時間の場合は要相談 |
| 歩行器 | | 100円/1回 長時間の場合は要相談 | | 100円/1回 長時間の場合は要相談 |
| ポータブルトイレ | | 1,150円/月 | | 1,150円/月 |
| 浴槽手すり | | 315円/月 | | 315円/月 |
| 浴槽ボード | | 315円/月 | | 315円/月 |