

## 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 カソクノイエヒマフリアカツカ 家族の家ひまわり赤塚				
住宅の所在地	〒 175-0092 東京都板橋区赤塚七丁目25番9号				
住宅へのアクセス	最寄駅	東武東上線 下赤塚駅			
	交通手段と所要時間	徒歩15分程度			
住宅の連絡先	電話番号	03-5967-0250			
	FAX番号	03-5967-0252			
	ホームページアドレス	https://www.saneido.co.jp			
権限等	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	2022年 5月 1日 から 2047年 8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	2,369.75 m <sup>2</sup>		
	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利		
		期間	2022年 5月 1日 から 2047年 8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	サービス付き高齢者向け住宅 耐火構造 <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他( )		
	併設施設	延床面積	2,614.74 m <sup>2</sup>	うち、サ付き分	2,614.74 m <sup>2</sup>
		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）	1371912112				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日（初回）	2022年6月1日				
指定有効期限	2028年5月31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	前島 充輝	役職名	施設長	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第62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)	2022年 6月 1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャサンエイドウショウジ 株式会社三英堂商事		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 150 - 0002	東京都渋谷区渋谷2-15-1	
事業主体の連絡先	電話番号	03-5466-1571	
	FAX番号	03-5466-2851	
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sansido.co.jp/">https://www.sansido.co.jp/</a>	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	上村 岩男	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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	53年 11月 15日	
事業主体が行っている主な事業等	別添2「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり		

3. 入居契約及び(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	m <sup>2</sup>	定員	1名
入居契約の別 (入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約				
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)				
入居契約及び(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び(介護予防)特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり				
契約期間等	入居契約	契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	(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		
契約解除の内容					
建物賃貸借契約書 第10条に記載					
事業主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)					
解約条項					
解約予告期間	か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
利用者は、事業主体に対して少なくとも1ヶ月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る					
契約解約時の連絡先	名称	システム・テン株式会社			
	電話番号	03-5466-2857			

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	57戸(登録申請対象戸数) / 57人	
居住部分の規模	(最小)	18.15 m <sup>2</sup>
	(最大)	18.45 m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄骨造 階数 3階 うち、サ付き分 全館
竣工の年月日	2022年 4月 30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
介護居室	タイプ1	1階～3階	1	18.15 m <sup>2</sup>	46	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ2	2階～3階	1	18.29 m <sup>2</sup>	2	<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	1階～3階	1	18.45 m <sup>2</sup>	9	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ4					<input type="checkbox"/> 有 <input 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 checked="" 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	9 か所	うち男女別	階 ( か所)					
			うち、男女共用	1階 (5か所) 2階 (2か所) 3階 (2か所) (全て車いす等対応可能)					
浴室	居室	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	共同浴室	個浴	4か所	場所	2階 (2か所), 3階 (2か所)	面積	31.48 m <sup>2</sup>		
		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 <sup>2</sup>		
		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	2か所	場所	1階	面積	52.57 m <sup>2</sup>		
<input type="checkbox"/> 1 フェアー浴									
<input type="checkbox"/> 2 リフト浴									
<input checked="" type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴									
			<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 個人浴槽 2槽 )						
			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	175.36 m <sup>2</sup>				
	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	175.36 m <sup>2</sup>				
	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									
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	台数	1基	定員	11名	ストレッチャー	可			
緊急呼出装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	更衣室	<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)		令和 4年 4月 11日 ( 志村消防署)					
	防火管理者	施設長 前島 充輝							
	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

従業者の人数										
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)		
		専従	非専従	専従	非専従					
管理者			1			1	0.1	生活相談員兼務		
生活相談員			2			2	1.3	施設長、計画作成担当者兼務		
看護職員(直接雇用)		1		2		3	2.6			
看護職員(派遣)				2		2	1			
介護職員(直接雇用)		4		1		5	6			
介護職員(派遣)		5		5		10	9.1			
機能訓練指導員		1				1	0.5			
計画作成担当者			1			1	0.5	生活相談員兼務		
栄養士						0				
調理員		1		2		3	2.2			
事務員			1			1	0.1	管理者、生活相談員兼務		
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										
介護福祉士		4		1		5				
実務者研修の修了者		1								
介護職員初任者研修の修了者		4		3		7				
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						0				
理学療法士						0				
作業療法士						0				
言語聴覚士						0				
柔道整復師				1		1	0.5			
あん摩マッサージ指圧師						0				
はり師又はきゅう師						0				
管理者の資格										
夜勤・宿直体制		時間帯				平均人数		最少時人数		備考
						看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
		夜勤	17:30	～	9:30	人	2人	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					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									
	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)	:								
	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		生活相談員			
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	資格等の名称					
	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	1	4	9	4	0	0	0	1	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就業に 応じて 従事し た事 業の 経験 年数	1年未満	1	4	9	4	2	0	0	1	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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		
利用者とのコミュニケーションを前提とした利用者の自立を目指す介護サービス		
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)	・毎日、住宅職員が伺い安否の確認を行います。 上記以外も、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。	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	【9時～18時】 日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ見守室及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ必要な対応を行います。 【18時～翌9時】 夜間は、ナースコールを受信し必要に応じて、各住戸まで3分以内に駆けつけます。	自ら実施
食事介助	・食堂において配膳・下膳・食事介助等を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回入浴介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・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回居室内の清掃を行います。（エアコンについては、別途。） ・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。） ・週1回シーツ交換を行います。	自ら実施
健康管理	・看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・看護職員等により、健康相談をお受けします。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。	自ら実施
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
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、経鼻）、在宅酸素、吸引、人工肛門、IVH、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 checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ) ) <input checked="" type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (Ⅰ)イ <input type="checkbox"/> (Ⅰ)ロ <input type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) ) <input checked="" type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) ) <input type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
短期利用 (介護予防) 特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等

人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	: 1
食事の提供サービス	食費は月単位での請求となります。月額44,400円 (30日の場合) [朝食248円(うち消費税18円)、昼食616円(うち消費税46円)、夕食616円(うち消費税46円)] [濃厚流動食605円(うち消費税55円)、治療食加算150円 (うち消費税14円)] 朝食は8時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は17時～18時まで。 食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 キャンセル、変更等は提供される日の3日前午前10時までに書面にてお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、上記料金が発生しますので、お気をつけ下さい。		(提供者が委託先等の場合、委託先を記入)
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
買い物代行	あり		
週3回以上の入浴	あり		
訪問理美容	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 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の同行	
	<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	医療法人社団明芳会 高島平中央総合病院
	所在地	東京都板橋区高島平1-73-1 住宅からの距離: 約 3*
	診療科目	内科、神経内科、泌尿器科、循環器内科、呼吸器内科
	協力内容	一般診療、緊急時対応、入院
協力医療機関 医療機関2	名称	
	所在地	
	診療科目	
	協力内容	
協力歯科医療機関	名称	ユリノキクリニック 歯科
	所在地	東京都杉並区上高井戸1-14-2 住宅からの距離: 約 14*
	診療科目	訪問歯科、歯周病治療、歯科口腔外科
	協力内容	訪問歯科 (一般歯科、歯周病治療、歯科口腔外科)

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			
	※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			
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)			

料金構造

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(死亡退居含む)の返還金の算定方式	金額	円	期間	か月	起算日	入居した日
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	金額	89,100 円	算定根拠	家賃の 1ヶ月分 ※退居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	89,100 円	近傍同種の家賃相場を参考に設定				
共益費	51,900 円	共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、住戸内の光熱水費				
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%)				
(1割負担の場合)						
	基本単位 a	加算 b <small>※他施設等加算以外</small>				
	処遇改善加算 c=(a+b)×加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	総単位数 d=a+b+c				
	月額費用(P)	保険給付額(P)				
	<small>a×地域単価 小数点以下四捨五入</small>	<small>「c」×給付率 小数点以下四捨五入</small>				
	自己負担額 (円)	g=a-f				
要支援1	5,460		5,460	59,514	53,562	5,952
要支援2	9,330		9,330	101,697	91,527	10,170
要介護1	16,140		16,140	175,926	158,333	17,593
要介護2	18,120		18,120	197,508	177,757	19,751
要介護3	20,220		20,220	220,398	198,358	22,040
要介護4	22,140		22,140	241,326	217,193	24,133
要介護5	24,210		24,210	263,889	237,500	26,389
個別機能訓練加算 (12単位/日)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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
増設介護加算 (144~1,280単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				※対象者のみ
入居継続支援加算 (36単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				※要介護者のみ
生活機能向上連携加算 (200単位/月)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月
若年性認知症入居者受入加算 (120単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				※対象者のみ
口腔衛生管理体制加算 (30単位/月)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
栄養スクリーニング加算 (5単位/回)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				※対象者のみ
退院・退所時連携加算 (30単位/日)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				※要介護者のみ、対象者のみ
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(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 checked="" 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%					
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				※要介護者のみ

※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)。  
 ※その他加算は変更になる可能性があります。

(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」とおり ・買い物代行、週3回以上の入浴、訪問理美容等
------------------------------	------------------------	--

食費	44,400 円	朝食 248円、昼食 616円、夕食 616円、濃厚流動食 605円、治療食加算 150円 (税込) 1日当たり1,480円(税込)×30日で精算 キャンセル・変更する場合の取扱い: 3日前の午前10時までに書面にてお知らせください。
----	----------	---

光熱水費	(共益費に含む) 円	共益費は51,900円です。
------	------------	----------------

料金構造

その他	円 別添3「介護サービス等の一覧表」のとおり			
合計	185,400 円			
支払日・支払方法	毎月15日に請求書を発行し、利用者様に送付します。翌月分の食事サービス利用予定額と生活支援サービス費用を、毎月25日までに、事業者の指定する金融機関へ振り込みでお支払いいただきます。食事サービスに関しては、喫食実績に応じて、欠食数を月末で締めて返金します。			
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・選択サービス費、食費は利用実績により、お支払いいただきます（入院中の利用がない分はお支払いいただきません）。</li> </ul>				
料金改定の条件及び手続き				
人件費、物価、公共料金等の変動があった場合、運営懇談会に諮った上で改定する場合があります。				
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	2	3	
	自己負担割合	1 割	1 割	
	年齢	80 歳	90 歳	
居室の状況	床面積	18.15 ㎡	18.15 ㎡	
	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	0 円	
	敷金	89,100 円	60,000 円	
月額費用の合計		円	円	
サービス費用	家賃	89,100 円	60,000 円	
	共益費	51,900 円	51,900 円	
	特定施設入居者生活介護の費用（※1）	上乗せ介護費用（※2）	円	円
		介護費用（選択サービス）	円	円
		食費	44,400 円	44,400 円
		光熱水費	共益費に含む 円	共益費に含む 円
		その他	円	円

※1 自己負担額を記入。介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 該当する場合のみ。

※3 上乗せ介護費用その他サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用。

## 8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）										
平均年齢	86.2 歳		入居者数合計 42 人							
介護度別・年齢別入居者数	年齢/介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	65歳未満									
	65歳以上75歳未満					1		1	1	
	75歳以上85歳未満	2			2	1	2	3	1	
	85歳以上	1	2	8	3	5	8	1		
合計	3	2	10	5	7	12	3			
入居継続期間別入居者数	入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上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	18	17	7						
男女別入居者数	男性： 13 人		女性： 29 人							
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	73.7 %（定員に対する入居者数）									
直近一年間に退居した者の人数と理由	退居者数の合計				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				0		他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		0	
	介護老人福祉施設（特養等）へ転居				2		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居		0	
	介護老人保健施設へ転居				0		医療機関（入院）		2	
介護療養型医療施設へ転居				0		死亡		8		
有料老人ホーム（少付き除く）への転居				0		その他		6		



## 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) 家族の家ひまわり赤塚
電話番号	03-5967-0250
対応している時間	平日 9 時 00 分 ~ 18 時 00 分
	土曜 9 時 00 分 ~ 18 時 00 分
	日曜 9 時 00 分 ~ 18 時 00 分
	祝日 9 時 00 分 ~ 18 時 00 分
定休日	なし
窓口の名称	(法人) 株式会社三英堂商事 シルバー事業本部
電話番号	03-5466-1571
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、GW、年末年始
窓口の名称	(区市町村) 板橋区介護保険 苦情相談窓口
電話番号	03-3579-2079
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、年末年始
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会
電話番号	03-6238-0177
対応している時間	平日 9 時 00 分 ~ 17 時 00 分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土、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	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。
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：損害保険ジャパン株式会社、賠償責任保険 ) <input type="checkbox"/> なし	

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等  
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。

共用設備の利用について	
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希望については、予約表に記載下さい。

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、身体的拘束等は行いません。
- ・「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です。
- ・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」のとおりである。

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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (重要事項説明書)	<input 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 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
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ( )	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

その他				
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託		
	委託する業務の内容(契約事項)	入居者の募集・審査、賃貸借契約手続き管理、解約手続き管理		
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ    しすてむてんかぶしがいしゃ システム・テン株式会社	
		住所(事務所所在地)	〒            150-0002	東京都渋谷区渋谷二丁目15番1号
修繕計画	計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	大規模修繕の実施予定	月頃実施予定		
	その他計画の実施予定			
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度:            1年    2    回)		
		(開催内容等)		
		<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応		
		(内容)		
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり      実施日	結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		<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	
		<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	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安定確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。			

説明年月日

年 月 日

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 株式会社三英堂商事

所在地 東京都渋谷区渋谷二丁目15番1号

代表者名 代表取締役 上村 岩男

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
かみむら いわお 上村 岩男	代表取締役
さたけ たかこ 佐竹 孝子	取締役
かみむら りおん 上村 梨音	取締役
こじま ともこ 小島 智子	取締役
あんどう かずひろ 安藤 算浩	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	
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	無し			
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	無し			
訪問リハビリテーション	無し			
居宅療養管理指導	無し			
通所介護	無し			
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	7	家族の家ひまわり国分寺	小平市上水南町3-9-8
福祉用具貸与	有り	1	日本福祉用具気手来手センター	渋谷区渋谷2-15-1
特定福祉用具販売	有り	1	日本福祉用具気手来手センター	渋谷区渋谷2-15-1
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	無し			
認知症対応型共同生活介護	有り	3	気手来手くんの家南砂町	江東区北砂7-9-7
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	無し			
居宅介護支援	無し			
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	5	家族の家ひまわり国分寺	小平市上水南町3-9-8
介護予防福祉用具貸与	有り	1	日本福祉用具気手来手センター	渋谷区渋谷2-15-1
特定介護予防福祉用具販売	有り	1	日本福祉用具気手来手センター	渋谷区渋谷2-15-1
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	3	気手来手くんの家南砂町	江東区北砂7-9-7
介護予防支援	無し			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

## 介護サービス等の一覧表

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)
<b>&lt;基本(必須)サービス&gt;</b>				
状況把握(安否確認)	○	-	■	-
・巡回 日中	○ 9時～18時(最低1回)	-	■ 9時～18時(最低1回)	-
・巡回 夜間	○ 18時～9時(適宜対応)	-	■ 18時～9時(適宜対応)	-
生活相談	○ 9時～18時	-	■ 9時～18時	-
緊急時対応	○ 24時間対応	-	■ 24時間対応	-
オンコール対応	○	-	■	-
<b>&lt;介護サービス&gt;</b>				
食事介助	-	-	■	-
排泄介助	-	-	■	-
特浴介助	-	-	■	週3回以上希望 550円/回
身辺介助	-	-	■	-
・体位交換	-	-	■	-
・居室からの移動	-	-	■	-
・衣類の着脱	-	-	■	-
・身だしなみ介助	-	-	■	-
機能訓練	-	-	■	-
通院介助 (協力医療機関)	-	無料	■	-
通院介助 (上記以外)	-	5,500円/回	-	5,500円/回
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>				
居室清掃	-	無料(週1回)	■ 週1回	-
リネン交換	-	無料(週1回)	■ 週1回	-
日常の洗濯	-	無料(週2回)	■ 週2回	-
居室配膳・下膳	-	食事の提供サービスに含む	-	食事の提供サービスに含む

## 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)
嗜好に応じた特別食	-	応相談	-	応相談
おやつ	-	応相談	-	応相談
理美容	-	実費	-	実費
買物代行(通常の利用区域)	-	無料	■	-
買物代行(上記以外の区域)	・施設から往復50km迄…1,100円/回 ・施設から往復60km迄…2,200円/回 ・施設から往復60kmを超え10km増す毎に2,200円に550円加算			
役所手続き代行	-	書類発行料	-	書類発行料
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>				
定期健康診断	-	年2回(実費)	-	■ 年2回(実費)
健康相談・血圧測定	○ 適宜対応	-	■ 適宜対応	-
生活指導・栄養指導	○ 適宜対応	-	■ 適宜対応	-
服薬支援	○ 適宜対応	-	■ 適宜対応	-
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○ 適宜対応	-	■ 適宜対応	-
<b>&lt;入退院時、入院中のサービス&gt;</b>				
移送サービス	-	提携病院以外の場合 5,500円	■	提携病院以外の場合 5,500円
入退院時の同行(協力医療機関)	-	無料	■	-
入退院時の同行(上記以外)	-	片道5,500円	-	片道5,500円
入院中の洗濯物交換・買物	-	-	-	-
入院中の見舞い訪問	-	-	■	-
<b>&lt;その他サービス&gt;</b>				
	-	-	-	-

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。

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて(※)介護サービス等の一覧表を作成すること。  
 ※自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、住宅のサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。  
 ※住宅で行われるサービスは全て記載すること。

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

