

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 ライプラリオオモリヒガシゴチヨウメ ライプラリ大森東五丁目								
住宅の所在地	〒 143 — 0012 東京都大田区大森東五丁目10番3号								
住宅へのアクセス	最寄駅	京急本線 大森町駅							
	交通手段と所要時間	徒歩で15分							
住宅の連絡先	電話番号	03-6459-6181							
	FAX番号	03-6459-6182							
	ホームページアドレス	http://www.living-platform.com/							
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権	<input type="checkbox"/> 地上権	<input checked="" type="checkbox"/> 貸借権	<input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2020年10月1日 から		2039年9月30日 まで				
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	敷地面積		1422.43 m ²						
権原等	住宅(建物)	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権	<input type="checkbox"/> 地上権	<input checked="" type="checkbox"/> 貸借権	<input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2020年10月1日 から		2039年9月30日 まで				
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	建築物用途区分		児童福祉施設等	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他()		
併設施設	併設施設	延床面積	2,916.42 m ²		うち、サ付き分	2,209 m ²			
		所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権	<input type="checkbox"/> 地上権	<input checked="" type="checkbox"/> 貸借権	<input type="checkbox"/> 使用貸借による権利			
		期間	2020年10月1日 から		2039年9月30日 まで				
		抵当権	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	施設名称		提供されるサービスの種類		事業所の場所				
グループホーム ライプラリ大森東五丁目		認知症対応型共同生活介護		<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地			
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地			
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地			
				<input type="checkbox"/> 同一建物内	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地			
介護保険事業所番号（特定施設）	1371112556								
指定した自治体名	東京都								
指定年月日（初回）	2020年10月1日								
指定有効期限	2026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 checked="" type="checkbox"/> 混合型(自立除く) <input type="checkbox"/> 混合型(自立含む)								
介護保険の利用	<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型) <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)								
住宅の管理者名（役職名）	氏名	北原 秀和		役職名	施設長				
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 認可を受けていない								
入居開始時期(住宅の開設年月日)	2020年10月1日								

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャリビングプラットフォームケア 株式会社リビングプラットフォームケア			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 064-0802 北海道札幌市中央区南二条西二十丁目291番地			
事業主体の連絡先	電話番号	011-633-7727		
	FAX番号	011-633-7728		
	ホームページアドレス	http://www.living-platform.com/		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	代表取締役	職名	塩野隆
事業主体の役員	別添1 「役員名簿」のとおり			
設立年月日	2020年7月20日			
事業主体が行っている主な事業等	別添2 「事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表」のとおり			

3. 入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の概要

契約居室	階層・部屋番号等	面積	18.00 m ²	定員	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	
	更新				
(介護予防) 特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	更新				
契約解除の内容					
入居契約書第10条のとおり					
事業主体から解約を求める場合（終身建物賃貸借の場合のみ）					
解約条項					
解約预告期間		か月			
利用者からの解約・预告期間・連絡先					
30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができます。					
契約解約時の連絡先	名称	ライブラリ大森東五丁目			
	電話番号	03-6459-6181			

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

戸数／定員数	59 戸（登録申請対象戸数）／59 人			
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照
	(最大)	33.04 m ²		
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
竣工の年月日	構 造	鉄骨造	階数	4階建て うち、サ付き分 1-3階の一部と4階
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している			
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている			
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている			

設備の詳細																
介護居室	階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考								
	タイプ1	2	1	18.00 m ²	16	<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2	2	1	33.04 m ²	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3	3	1	18.00 m ²	16	<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	3	1	33.04 m ²	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5	4	1	18.00 m ²	24	<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6	4	1	33.04 m ²	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7					<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8					<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9					<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10					<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								
一時介護室	階	定員	面積	戸数	備考											
便所		共同便所	6 か所	うち男女別	階（か所）											
				うち、男女共用	1-4階（6か所（車いす等対応可能 1か所））											
浴室		居室	<input checked="" type="checkbox"/> 全部		<input checked="" type="checkbox"/> 一部		<input checked="" type="checkbox"/> なし									
		個浴	3か所	場所	2-4階（各1か所）	面積	11.19 m ²									
			併設施設との共用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし									
		大浴槽	1か所	場所	1階	面積	46.90 m ²									
			併設施設との共用の有無		<input checked="" 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	場所	1階	面積	9.00 m ²									
				<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェアーア浴												
				<input checked="" 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（ ）												
食堂		併設施設との共用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし										
		場所	1階		面積	204.14 m ²										
		兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼用設備	機能訓練室										
入居者や家族が利用できる調理設備		<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし												
機能訓練室		場所	1階		面積	204.14 m ²										
		兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼用設備	食堂										
		併設施設との共用		<input checked="" type="checkbox"/> あり（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし										
その他の共用設備		談話室、洗濯室														
エレベーター		<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし												
		台数	2 基	定員	24	ストレッチャー	あり									
緊急呼出装置		居室		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	脱衣室		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし							
		便所		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	浴室		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし							
消防設備		自動火災報知設備		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	火災通報装置		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし							
		スプリンクラー		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	消火器		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし							
非常災害対策		消防計画		消防署への届出日（消防署名）		2021/9/21		（大森消防署）								
		防火管理者		長谷川 優子												
		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	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況 等 (委託である場合はその旨を記入)	
	専従	非専従	専従	非専従				
管理者		1			1	0.5	介護職員と兼務	
生活相談員		2			2	1.3	計画作成員担当者、介護職員と兼務	
看護職員（直接雇用）	1		2	1	4	2.6	1名は、機能訓練指導員と兼務	
看護職員（派遣）					0			
介護職員（直接雇用）	7	3	10		20	15.4		
介護職員（派遣）					0			
機能訓練指導員				1	1	0.1	看護職員と兼務	
計画作成担当者		2			2	0.5	生活相談員、介護職員と兼務	
栄養士					0			
調理員					0			
事務員					0			
その他従業員				1	1	0.4		
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	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	4	3	2		9	7.5		
実務者研修の修了者	1		2		3	2.6		
介護職員初任者研修の修了者	1		5		6	4.1		
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				2	2	1.3		
機能訓練指導員の資格								
職種	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考	
	専従	非専従	専従	非専従				
看護師又は准看護師				1	1	0.1		
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			平均人數		最少時人數	
		夜勤	16:30	～	9:30	人	2人	人
	宿直			～		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】 ※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"/> 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			
外部サービス利用型特定施設である場合の介護サービス提供体制（一般型（包括型）特定施設の場合、記入不要）	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)				：			
	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		介護職員	
	業務に係る資格等			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		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	
		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									
業務に応じ従事した事員たる経験数年数	1年未満	1		3	4	1		1	1
	1年以上3年未満	2		4	12	2		1	
	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		
特定施設入居者生活介護サービスと住宅サービスを組み合わせ、要介護者に対して身体介助等の支援を行います。		
介護保険対象サービスの種類・提供方法等		
サービスの種類	提供方法	提供者
状況把握 (安否確認)	・朝食時に食堂にて安否の確認を行います。 ・上記に食事を提供されない入居者には訪室により安否確認を行います。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。	自ら実施
緊急時対応	・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たければ、事務室及び住宅職員が携帯している携帯端末にて通報を受信の上、職員が24時間体制で駆けつけ、救急車の呼び出し等必要な対応を行い、またご入居者ご家族等への連絡を行います。	自ら実施
食事介助	・必要に応じて、食堂において食事介助を行います。	自ら実施
入浴介助	・週2回入浴介助もしくは清拭を行います。	自ら実施
排せつ介助	・必要に応じて、利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 ・排せつの自立に向けた援助を行います。	自ら実施
機能訓練	・利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要な集団におけるリハビリテーションを行います。	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	・週1回居室内的日常清掃及びシーツ交換を行います。（日常清掃外については、別途業者をご案内します。） ・週2回洗濯を行います。（専門のクリーニング業者を利用する場合は自己負担です。）	自ら実施
健康管理	・必要に応じて看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。	自ら実施
服薬管理	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。	自ら実施
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
定期的及び必要時の訪問診療の調整、緊急時の対応、入院先の紹介(ベッドが空きがある場合)		

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

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
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
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
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input 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
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
看取り看護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<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
高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input checked="" type="checkbox"/> なし
生産性向上推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))	<input 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
介護職員等待遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり □(I) □(II) □(III) □(IV) □(V)(1) □(V)(2) □(V)(3) □(V)(4) □(V)(5) □(V)(6) □(V)(7) □(V)(8) □(V)(9) □(V)(10) □(V)(11) □(V)(12) □(V)(13) □(V)(14)	<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)	3 : 1								
食事の提供サービス	・朝食：486円/食、昼食：648円/食、夕食：648円/食にて提供します。 ・提供時間は、朝食7:45～、昼食11:45～、夕食：17:45～となります。 ・食事は食堂にて提供いたします。 ・キャンセルは、食事提供日の前々日の16時までにお知らせください。食事提供月の末日をもって精算し、欠食分の食費は返還いたします。前々日の16時以降のキャンセルの申し出については全額負担となります。		株式会社 OSプラットフォーム								
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供											
<table border="1"> <tr> <td>入浴・清拭・ 特浴介助サービス</td><td>・ご入居者の希望により週2回を超える入浴又は清拭に対して、職員が介助します。 330円／10分</td></tr> <tr> <td>通院介助・ 外出介助サービス</td><td>・病院（協力医療機関を除く）の通院やその他外出の付添いに職員1名が同行します。 330円／10分（交通費代は実費負担）</td></tr> <tr> <td>買物代行・役所手続き 代行サービス</td><td>・買い物や役所手続きを行ないます。 330円／10分（交通費代は実費負担）</td></tr> <tr> <td>入院中の洗濯物交換・買物</td><td>・入院中の洗濯物の交換や買い物を職員が代行します。 330円／10分（交通費代は実費負担）</td></tr> </table>				入浴・清拭・ 特浴介助サービス	・ご入居者の希望により週2回を超える入浴又は清拭に対して、職員が介助します。 330円／10分	通院介助・ 外出介助サービス	・病院（協力医療機関を除く）の通院やその他外出の付添いに職員1名が同行します。 330円／10分（交通費代は実費負担）	買物代行・役所手続き 代行サービス	・買い物や役所手続きを行ないます。 330円／10分（交通費代は実費負担）	入院中の洗濯物交換・買物	・入院中の洗濯物の交換や買い物を職員が代行します。 330円／10分（交通費代は実費負担）
入浴・清拭・ 特浴介助サービス	・ご入居者の希望により週2回を超える入浴又は清拭に対して、職員が介助します。 330円／10分										
通院介助・ 外出介助サービス	・病院（協力医療機関を除く）の通院やその他外出の付添いに職員1名が同行します。 330円／10分（交通費代は実費負担）										
買物代行・役所手続き 代行サービス	・買い物や役所手続きを行ないます。 330円／10分（交通費代は実費負担）										
入院中の洗濯物交換・買物	・入院中の洗濯物の交換や買い物を職員が代行します。 330円／10分（交通費代は実費負担）										

医療機関との連携・協力

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

医療支援		<input 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	えばら駅前整形外科医院
		所在地	東京都品川区中延五丁目7番4号S&Oビル2階 住宅からの距離：約4.9 ^{km}
		診療科目	内科、整形外科
		急変時の相談対応	あり
		協力内容	訪問診療（内科）、緊急時の対応
協力歯科医療機関	医療機関 2	名称	
		所在地	住宅からの距離： ^{km}
		診療科目	
		急変時の相談対応	事業者の求めに応じた診療
		協力内容	
		名称	田中デンタルクリニック
		所在地	神奈川県横浜市港北区師岡町1160-5 住宅からの距離：6.7 ^{km}
		診療科目	歯科

	急変時の相談対応	事業者求めに応じた診療	
協力内容	訪問診療（歯科）		

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式		□月払い方式		□全額前払い方式		□一部前払い方式		□選択方式		
		※選択方式の場合: (該当する方式全て選択)		□月払い方式		□全額前払い方式		□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	(日額単価を明示した上で日割り計算で記入)							
返還期限	(入居契約書に定める返還期限を記入)									
前払金の保全先	<input type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称								
	<input type="checkbox"/>	信託契約を行う信託会社等の名称								
	<input type="checkbox"/>	保証保険を行う保険会社の名称								
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会									
	<input type="checkbox"/> その他 (名称:)									
敷金	算定根拠									
金額	196,000円	家賃の	2か月分	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。						
月額費用	算定根拠									
家賃	98,000円									
共益費	37,000円									
介護費用(介護保険)	1ヶ月	30日の場合					※地域単価	10.9円		
								※給付率	90%	
(1割負担の場合)								(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%)		
		基本単位 a	加算 b ※超過改善加算以外	超過改善加算 $c=(a+b) \times \text{加算率}$ 小数点以下四捨五入	総単位数 d=a+b+c	月額費用(円) $e=d \times \text{地域単価}$ 小数点以下四捨五入	保険請求額(円) $f=e \times \text{給付率}$ 小数点以下四捨五入	自己負担額(円) $g=e-f$		
要支援1		5,490	80	680	6,250	68,120	61,308	6,812		
要支援2		9,390	80	1,155	10,625	115,816	104,235	11,582		
要介護1		16,260	80	1,993	18,333	199,835	179,851	19,983		
要介護2		18,270	80	2,239	20,589	224,417	201,975	22,442		
要介護3		20,370	80	2,495	22,945	250,099	225,089	25,010		
要介護4		22,320	80	2,733	25,133	273,948	246,553	27,395		
要介護5		24,390	80	2,985	27,455	299,263	269,337	29,926		
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								※要介護者のみ		
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		
※加算I…100単位/月、 加算II…200単位/月										
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/月										
A D L維持等加算		<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input checked="" type="checkbox"/> なし		
※加算I…30単位/月、 加算II…60単位/月								※要介護者のみ		
夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input checked="" type="checkbox"/> なし		
※加算I…18単位/日、 加算II…9単位/日								※要介護者のみ		
若年性認知症入居者受入加算(120単位/日)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						※対象者のみ		
協力医療機関連携加算		<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/月、 加算II…40単位/月										
口腔・栄養スクリーニング加算(20単位/回)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						※対象者のみ		
科学的介護推進体制加算(40単位/月)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
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		
退居時情報提供加算(250単位/回)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						※対象者のみ		

看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I)"/> <input checked="" type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
※加算 I …72～1280単位/日、 加算 II …572～1780単位/日 ※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 type="checkbox"/> なし
※加算 I …3単位/日、 加算 II …4単位/日		
高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I)"/> <input type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
※加算 I …10単位/月、 加算 II …5単位/月		
生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I)"/> <input type="checkbox"/> (II))	<input type="checkbox"/> なし
※加算 I …100単位/月、 加算 II …10単位/月		
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 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		
介護職員等待遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> (I)"/> <input checked="" type="checkbox"/> (II)"/> <input type="checkbox"/> (III)"/> <input type="checkbox">(IV)"/> <input type="checkbox"/>(V)(1)"/> <input type="checkbox"/>(V)(2)"/> <input type="checkbox"/>(V)(3)"/> <input type="checkbox"/>(V)(4)</input>	
	<input type="checkbox"/> (V)(5)"/> <input type="checkbox"/> (V)(6)"/> <input type="checkbox"/> (V)(7)"/> <input type="checkbox"/> (V)(8)"/> <input type="checkbox"/> (V)(9)"/> <input type="checkbox"/> (V)(10)"/> <input type="checkbox"/> (V)(11)	
	<input type="checkbox"/> (V)(12)"/> <input type="checkbox"/> (V)(13)"/> <input type="checkbox"/> (V)(14))	<input type="checkbox"/> なし
	※加算 I …12.8%、 II …12.2%、 III …11.0%、 IV …8.8%、 V (1) …11.3%、 V (2) …10.6%、 V (3) …10.7%	
	V (4) …10.0%、 V (5) …9.1%、 V (6) …8.5%、 V (7) …7.9%、 V (8) …9.5%、 V (9) …7.3%	
V (10) …6.4%、 V (11) …7.3%、 V (12) …5.8%、 V (13) …6.1%、 V (14) …4.6%		

※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 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			別添3「介護サービス等一覧表」のとおり
食費	53,460 円	朝食486円 昼食648円 夕食648円	
光熱水費	共益費に含む		各住戸の光熱水費は概算額とし、サービス付き高齢者向け住宅部分全体にかかる光熱水費から、事務所及び当該事業所の従業員が専有使用する光熱水費を除いた光熱水費を、住戸数で除した額とする。
その他	880円		リネンリース代。プランA 1,650円（税込 シーツ、包布カバー、枕カバー、羽毛布団、枕）、プランB 880円（税込 シーツ、包布カバー、枕カバー）選択可能。
合計	184,480円		（介護保険自己負担分を除く）
支払日・支 払方法	お支払いは、原則「口座自動振替方式」とし、指定口座より毎月26日に引き落としを行います。 翌月精算（後払い）：選択サービス費、食費キャンセル精算分 前月精算（前払い）：基本サービス費、食事サービス費		

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い

食事キャンセル分を返金致します。

料金改定の条件及び手続き

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

料金プラン（代表的なプランを2例）

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護1
	自己負担割合	1割	1割
	年齢	70歳	70歳
居室の状況	床面積	18.00 m ²	33.04 m ²
	浴室	□あり □なし	□あり □なし
	台所	□あり □なし	□あり □なし
	収納	□あり □なし	□あり □なし
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	196,000円	322,000円
月額費用の合計		208,944円	271,944円
サービス費用	家賃	98,000円	161,000円
	共益費	37,000円	37,000円
	特定施設入居者生活介護の費用（※1）	19,604円	19,604円
	上乗せ介護費用（※2）	0円	0円
	介護費用（選択サービス）	0円	0円
	食費	53,460円	53,460円
	光熱水費	0円	0円
	その他	880円	880円

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

8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）													
平均年齢		86.7歳		入居者数合計		55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	0	0	0	0	0	0	0	0				
	65歳以上75歳未満	0	0	0	1	1	1	0	0				
	75歳以上85歳未満	0	1	0	3	6	3	3	2				
	85歳以上	0	1	0	4	10	5	9	5				
	合計	0	2	0	8	17	9	12	7				
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	5	9	34	7	0	0	55					
男女別入居者数		男性：16人		女性：39人									
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）													
					93%	（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	15	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）		0				
					介護療養型医療施設へ転居	0	死亡		10				
					有料老人ホーム（サ付き除く）への転居	0	その他		3				

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称	(住宅) 苦情相談窓口					
電話番号	03-6459-6181					
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土・日・祝日（担当者不在の場合でも、聞き取った内容を担当者へ伝達いたします）					
窓口の名称	(法人) 苦情相談窓口					
電話番号	03-3519-7787					
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日						
窓口の名称	大田区介護保険課 介護サービス担当					
電話番号	03-5744-1258					
対応している時間	平日	9時	00分	～	16時	30分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日						
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・年末年始					

サービスの提供において事故が発生したときの対応

具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。事故原因を検証し、再発防止に努めます。 また、東京都住宅政策本部民間住宅部安心居住推進課及び大田区へ事故の内容を報告いたします。
--------	--

損害賠償責任保険の加入状況

<input checked="" type="checkbox"/> あり (保険の名称及び加入先 : 東京海上日動火災保険)	<input type="checkbox"/> なし
---	-----------------------------

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等											
外出・帰宅の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。 ご家族様等の来訪等については、原則9時～18時としますが、事前に住宅職員へご連絡いただければ時間外の来訪も可能です。											
共用設備の利用について											
<table border="1"> <tr> <td>浴室</td><td colspan="3">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。</td></tr> <tr> <td>共用キッチン</td><td colspan="3">共用キッチンの利用については、使用前に職員までご連絡下さい。</td></tr> </table>				浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。			共用キッチン	共用キッチンの利用については、使用前に職員までご連絡下さい。		
浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。										
共用キッチン	共用キッチンの利用については、使用前に職員までご連絡下さい。										
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き											
<p>1 事業所は、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。</p> <p>2 身体拘束が必要な場合には、事業者は予め利用者又はその家族に、その様態及び身体拘束の期間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を説明し、同意を受けるものとします。</p> <p>3 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を記録するものとします。また、早期に身体拘束を解除できるよう、身体拘束解除に向けた計画を作成いたします。</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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない								
管理規程 (重要事項説明書)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない								
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ()	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない								
その他											
サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託									
	委託する業務の内容(契約事項)										
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名 フリガナ									
	住所(事務所所在地)	〒									
	修繕計画	計画策定の有無 <input type="checkbox"/> あり 月頃実施予定 その他計画的修繕予定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり(開催頻度: 年 1 回) (開催内容等)入居者の状況、サービス提供の状況、運営にかかる収支状況	<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (内容)								
	有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり 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	<input type="checkbox"/> 実施日 <input type="checkbox"/> 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
第三者による評価の実施状況		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 実施日 <input type="checkbox"/> 実施機関の名称								
サービス付き高齢者向け住宅の登録の申請が基本方針に照らして適切である旨		基本方針及び都の「高齢者の居住安定確保プラン」に沿って適切に運営します。									

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居契約書、（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 株式会社リビングプラットフォームケア

所在地 北海道札幌市中央区南二条西二十丁目291番地

代表者名 代表取締役 塩野隆 

説明者氏名 北原秀和 

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 