

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 セラビコガネイ せらび小金井		
住宅の所在地	〒 184 - 0015 東京都小金井市貫井北町三丁目37番6号		
住宅へのアクセス	最寄駅	JR中央線 武蔵小金井駅	
	交通手段と所要時間	北口バス乗り場「中大循環」にてバスで5分「北町交番」下車3分 または武蔵小金井駅から徒歩26分	
住宅の連絡先	電話番号	042-380-7380	
	FAX番号	042-380-7381	
	ホームページアドレス	http://solasto-kaigo.com/	
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利
		期間	令和4年 4月 1日 から 令和22年1月31日 まで
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	敷地面積	2566.58 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	令和4年 4月 1日 から 令和22年1月31日 まで
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	老人ホーム	<input checked="" type="checkbox"/> 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()
	延床面積	2,024 m ²	うち、サテキ分 m ²
	併設施設	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> 使用貸借による権利
		期間	令和4年 4月 1日 から 令和22年1月31日 まで
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
施設名称		提供されるサービスの種類	事業所の場所
せらび小金井		地域交流スペース	<input checked="" type="checkbox"/> 同-建物内 <input type="checkbox"/> 同-敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
			<input type="checkbox"/> 同-建物内 <input type="checkbox"/> 同-敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同-建物内 <input type="checkbox"/> 同-敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
		<input type="checkbox"/> 同-建物内 <input type="checkbox"/> 同-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）	1374101523		
指定した自治体名	東京都		
指定年月日（初回）	令和4年4月1日		
指定有効期限	令和10年3月31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	木島 敏夫	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 カブシキガイシャソラスト 株式会社ソラスト		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒108-8210 東京都港区港南一丁目7番18号		
事業主体の連絡先	電話番号	03-3450-2610	
	FAX番号	03-3450-2612	
	ホームページアドレス	http://solasto-kaigo.com/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	藤河 芳一	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	昭和43年10月12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	18.20㎡	定員	54名
入居契約の別（入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨）	<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約				
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者／60歳以上の親族／要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族／特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）				
入居契約及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約の内容	入居契約書及び（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約書のとおり				
契約期間等	入居契約	契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
		更新			
	（介護予防）特定施設入居者生活介護利用契約	契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
		更新			
契約解除の内容					
事業者は、入居契約書第10条及び（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書第16条の規定に基づき、以下の場合には契約を解除することができます。 ①他の利用者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上著しく困難な場合 ③利用者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を滞納し、90日の予告期間を定めて催告したにもかかわらず、期間内に滞納額の全額の支払いがない場合					
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					
利用者は事業者に対して解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで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	せらび小金井			
	電話番号	042-380-7380			

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	54戸（登録申請対象戸数）		54人						
居住部分の規模	（最小）	18.20㎡		詳細については下記「設備の詳細」を参照					
	（最大）	18.20㎡							
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	地上3階 うち、サ付き分 1～3階					
竣工の年月日	平成26年12月25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									
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	1	1	18.2㎡	6	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ2	2	1	18.2㎡	24	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ3	3	1	18.2㎡	24	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ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	3か所	うち男女別	階（か所）					
			うち、男女共用	各階（1か所（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	2か所 場所		2階（1か所）、3階（1か所）		面積	14.08 m ²
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
		大浴槽	1か所 場所		1階（リフト浴あり）		面積	12.36 m ²
			併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	共同浴室における介護浴槽	1か所	場所		1階		面積	8.44 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					
	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, 2, 3階		面積	314.56 m ²			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼用設備	居間、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, 2, 3階		面積	314.56 m ²			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	兼用設備	居間、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	ストレッチャー	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 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3年 3月 3日	（ 小金井消防署）			
	防火管理者	木島 敏夫						
	避難訓練	消防署の指導のもと、年2回実施（うち1回は夜間想定）						

5. 従業員の勤務体制

従業員の人数								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 （委託である場合はその旨を記入）
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者			1			1	0.5	生活相談員と兼務
生活相談員			2			2	1	
看護職員（直接雇用）		2			1	3	2.3	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）		11		11		22	18	
介護職員（派遣）				2		2	1.6	
機能訓練指導員					1	1	0.5	看護職と兼務
計画作成担当者			1			1	0.5	生活相談員と兼務
栄養士						0		HITOWAフードサービスに委託
調理員						0		HITOWAフードサービスに委託
事務員		1				1	1	
その他従業員				4		4	2.35	
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		4		4		8	6.4	
実務者研修の修了者		2		2		4	3.4	
介護職員初任者研修の修了者		4		6		10	8.6	
介護支援専門員								
たん吸引等研修（不特定）								
たん吸引等研修（特定）								
資格なし		1		1		2	1.2	

機能訓練指導員の資格										
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考		
		専従	非専従	専従	非専従					
看護師又は准看護師					1	1	0.5			
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		介護支援専門員								
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	17:00	～	10:00	人	2人	人	2人		
宿直	21:00	～	7:00	人	1人	人	1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					2.5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 checked="" type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input 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) 2.4 : 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		生活相談員			
	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		介護支援専門員			
	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			3	4						
前年度1年間の退職者数			5	7	1					
数業に務 応に に従 た事 職し 員た の経 人験 数年	1年未満			2						
	1年以上 3年未満	1	1	2	4			1		
	3年以上 5年未満	1		5	6	1			1	
	5年以上 10年未満			4	1	1				
	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>ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供します。 なお、入居者は連絡先以外の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）	・個々の特定施設サービス計画に基づき必要な時間帯および回数の安否確認を行います。 ※朝夕2回各住戸に伺います	株式会社ソラスト
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのことや介護度が重くなった場合の不安等について、生活相談員がいつでもご相談をお受けします。	株式会社ソラスト
緊急時対応	・24時間各居室のベッドサイド、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職員が駆けつけ、必要な対応を行います。	株式会社ソラスト
食事介助	・介助が必要な方に対しては、特定施設サービス計画に基づき、基本的に食堂において食事介助を行います。 ・体調不良等により食堂での食事が困難な場合には居室に食事を運ぶこともできます。	株式会社ソラスト
入浴介助	・週2回入浴介助を行います。 (週3回目からの入浴を希望される場合は、別途料金がかかります。)	株式会社ソラスト
排せつ介助	・個人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。	株式会社ソラスト
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。	株式会社ソラスト

居室清掃・洗濯等家事援助	<ul style="list-style-type: none"> ・週1回居室内の清掃を行います。(外部業者による清掃、週2回目以降の清掃を希望される場合は別途料金がかかります。) 「利用料金およびサービス一覧表」参照 ・日常の洗濯は必要に応じて随時行います。 (日常の衣類に関する洗濯以外、クリーニング業者を利用する場合のクリーニング代は個人でご負担いただきます。) ・週1回リネン交換を行います。 	株式会社ソラスト
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・職員により血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・看護職員が健康相談をお受けします。 ・年2回、定期健康診断の機会を設けます。(別添3「利用料金およびサービス一覧表」参照) 	株式会社ソラスト
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて特定施設サービス計画に基づき、薬の管理および服薬助助を行います。 	株式会社ソラスト

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) 	

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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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"/> ⅠⅠ <input type="checkbox"/> ⅠⅡ <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
短期利用(介護予防)特定施設入居者生活介護の算定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

介護保険対象外サービス等			
人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護に関わる職員体制 (介護・看護職員の配置率)	2.5 : 1
食事の提供サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・1日3回(朝、昼、夜)の食事を提供します。 ・概ね朝食は7時~8時、昼食は12時~13時、夕食は18時~19時とします。 ・食事は、施設内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセルは職員にお知らせ下さい。 <3日前(当日を含む)15時まで> 半額(厨房運営費)ご負担いただきます。 <3日前(当日を含む)15時以降> 手配がずんでおりますので、喫食の有無に関わらず食したものととして 全額をご負担いただきます。 ・厨房運営費はご不在の場合でもご負担いただきます。ただし、当該月(1日~末日)を通じて不在の場合は、厨房運営費はご負担いただきません。また、経管栄養等で食事のお申込みのない場合もご負担いただきません。 		業務委託先 HITOWAフードサービス株式会社
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
個別的な外出介助	あり(有料)		
個別的な買物等の代行	あり(有料)		
週3回以上の入浴介助	あり(有料)		

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 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
医療機関1	名称	医療法人社団浩央会 東小金井さくらクリニック	
	所在地	東京都小金井市東町四丁目37番26号 住宅からの距離: 約3.8*	
	診療科目	内科、呼吸器内科、循環器内科、内分泌・代謝内科、膠原病科、消化器科、整形外科、泌尿器科、婦人科、乳腺外科、アレルギー科、漢方内科、リハビリ科	
	協力内容	往診、受診、緊急時対応、医療相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	

協力医療機関	医療機関 2	名称	社会福祉法人聖ヨハネ会 桜町病院
		所在地	東京都小金井市桜町1丁目2番20号 住宅からの距離：約0.8*。
		診療科目	内科、精神・神経科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、ホスピスコ 他
		協力内容	受診、緊急時対応、医療相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	医療機関 3	名称	医療法人社団平郁会 府中みどりクリニック
		所在地	東京都府中市片町二丁目20番3号サンノーブル1F 103号室訪問診療部 住宅からの距離：約5.4*。
		診療科目	訪問診療
		協力内容	往診、受診、緊急時対応、医療相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	協力歯科医療機関	名称	大沢歯科医院
		所在地	東京都小金井市貫井北町三丁目38番18号 住宅からの距離：約0.1*。
		診療科目	歯科
		協力内容	歯科診療、歯科医療相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）

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		
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	184,600 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	92,300 円	近傍同種の家賃相場を参考に設定						
管理費	60,489 円	共用設備の委託費、修繕費、住戸内の光熱水費等に充当						
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) (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 <small>※処遇改善加算以外</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(円) e=d×地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	保険請求額(円) f=e×給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	自己負担額(円) g=e-f
要支援1		5,460	150	527	6,137	65,543	58,988	6,555
要支援2		9,330	150	891	10,371	110,762	99,685	11,077
要介護1		16,140	450	1,559	18,149	193,831	174,447	19,384
要介護2		18,120	450	1,746	20,316	216,974	195,276	21,698
要介護3		20,220	450	1,943	22,613	241,506	217,355	24,151
要介護4		22,140	450	2,123	24,713	263,934	237,540	26,394
要介護5		24,210	450	2,318	26,978	288,125	259,312	28,813
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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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		
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				
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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
口腔衛生管理体制加算(30単位/月)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(20単位/日)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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…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%		
※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	7,500 円	他に食事代		利用料の算出方法	家賃・管理費の1日分に人員配置の手厚い介護サービス費を加味した金額		
(介護保険外)人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	66,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		算定根拠：基準配置以上に必要となる労務費を入居者数(見込み)で割って算出 当該月1か月(1日~末日)を通じて入院等で不在の場合はご負担いただきません。				
(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		「利用料金およびサービス一覧表」のとおり						
食費	62,190 円	朝食583円、昼食691円、おやつ108円、夕食691円(税込) 1日あたり2,073円(税込)×30日で計算 【キャンセルの場合】 ＜3日前(当日を含む)15時まで＞ ・半額(厨房運営費)をご負担いただきます。 ＜3日前(当日を含む)15時以降＞ ・手配が済んでおりますので、喫食の有無に関わらず食したものととして全額をご負担いただきます。 【消費税軽減税率の説明】 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。 当住宅では、朝食・昼食・夕食の費用が軽減税率(8%)の対象となります。 ※説明文中の金額は税別で表記しています。						
光熱水費	0 円	管理費に含む						
その他	円							
合計	280,979 円	介護保険給付対象サービス費の自己負担は含まれておりません。						
支払日・支払方法	請求月の翌月6日、金融機関預金口座から自動振替方式(金融機関休日の場合、翌営業日)							

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い				
<ul style="list-style-type: none"> ・家賃、管理費…全額負担いただきます。 ・食費…厨房運営費（食費の半額）はご負担いただきます。（食材費は負担無し） ただし、当該月1ヶ月（1日～末日）を通じて不在の場合は、厨房運営費はご負担いただきません。 ・介護保険外費用…当該月1ヶ月（1日～末日）を通じて不在の場合はご負担いただきません。 				
料金改定の条件及び手続き				
<ol style="list-style-type: none"> 1. 消費者物価指数(東京都発表)及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で、利用者および家族等へ事前に連絡して改定する場合があります。 2. 介護保険給付対象サービス費について、介護保険の介護保険給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。 				
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4	要支援1	
	自己負担割合	1割	1割	
	年齢	80歳	75歳	
居室の状況	床面積	18.20㎡	18.20㎡	
	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	184,600円	184,600円	
月額費用の合計		307,373円	288,254円	
サービス費用	家賃	92,300円	92,300円	
	共益費	60,489円	60,489円	
	介護保険外（※3）	特定施設入居者生活介護の費用（※1）	26,394円	6,555円
		上乗せ介護費用（※2）	66,000円	66,000円
		介護費用（選択サービス）	円	円
		食費	62,190円	62,910円
		光熱水費	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	89.5歳			入居者数合計	53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	
	75歳以上85歳未満			1	1		1	1	1
	85歳以上	1	1	3	9	13	11	7	2
合計	1	1	4	10	13	12	9	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							0	
男女別入居者数	男性：18人			女性：35人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	98.1%（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	19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	1			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）			18	
	介護療養型医療施設へ転居				死亡				
有料老人ホーム（サ付き除く）への転居				その他					

9. 苦情・事故等に関する体制

苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称	(住宅)せらび小金井 苦情相談窓口		
電話番号	042-380-7380		
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	なし		

窓口の名称	(法人) 株式会社ソラスト 介護事業本部 ホーム事業部				
電話番号	03-6851-4813				
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、年末年始				
窓口の名称	(区市町村) 小金井市福祉保健部介護福祉課				
電話番号	042-387-9822				
対応している時間	平日	8時	30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、年末年始				
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 介護相談窓口担当				
電話番号	03-6238-0177 (苦情受付専用)				
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、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	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約に基づき介護サービス等を利用者に提供した場合に、万が一事故が発生し、利用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および措置(ご家族への連絡や緊急対応等)を行います。 ・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、東京都住宅政策本部、東京都福祉保健局および小金井市に報告します。 				
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: 施設賠償責任保険 (東京海上日動火災保険株式会社)) <input type="checkbox"/> なし					

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等				
外出時は事前に職員にお知らせください。なお、夜間の外出や外泊も同様とします。				
共用設備の利用について				
浴室	入浴の時は必要に応じてスタッフが介助させていただきます。ただし、週3回目以降は介助費がかかります。			
共用キッチン	キッチンの利用希望の際は、随時お申し付けください。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」(「緊急性」「非代替性」「一時性」の3つの要件をすべて満たしていること)に基づき、本人またはご家族、身元引受人等に拘束の必要な理由、方法、時間帯および時間、心身の状況、期間等について説明し、了承を得ます。経過の記録を作成し、一定期間ごとに拘束、解消に向けた話し合い(ケアカンファレンス)を行います。記録は退居後5年間保管します。				
入居希望者への事前の情報開示				
入居契約書のひな形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input 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 <input 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 2 回）			
	(開催内容等) 施設運営状況、会社決算状況等の報告、質疑応答 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 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	基本方針及び高齢者居住安定確保計画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 株式会社ソラスト

所在地 東京都港区港南一丁目7番18号

代表者名 代表取締役 藤河 芳一

説明者氏名 管理者 木島 敏夫



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



役員名簿

フリカナ 氏名	役名等
フジカワ ヨシカズ 藤河 芳一	代表取締役
カワニシ マサテル 川西 正晃	取締役
タマイ マスミ 玉井 真澄	取締役
フクシマ シゲル 福嶋 茂	取締役
クボタ ユキオ 久保田 幸雄	取締役
ウチダ カンイツ 内田 寛逸	取締役
チシキ ケンジ 知識 賢治	取締役
ノダ トオル 野田 亨	取締役
ヨコテ ヒロリ 横手 宏典	監査役
ニシノ マサミ 西野 政巳	常勤監査役
タカハシ ミホ(タナカ ミホ) 高橋 美穂(田中 美穂)	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	18	ソラストときわ台	板橋区前野町1-29-10商業棟3階
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	有り	1	新小岩訪問看護ステーションほほえみ	葛飾区東新小岩8-8-11
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	11	せらび荻窪	杉並区今川4-8-8
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	有り	5	せらび荻窪	杉並区今川4-8-8
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	12	せらび恵比寿	目黒区三田2-10-20
福祉用具貸与	有り	2	ソラスト東東京	足立区竹の塚1-20-20泰尚ビル3F
特定福祉用具販売	無し			
<地域密着型サービス>				
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	有り	1	せらび杉並	杉並区上井草2-42-12
小規模多機能型居宅介護	有り	9	せらび向島	墨田区東向島4-31-3
認知症対応型共同生活介護	有り	30	せらび江戸川	江戸川区本一色3-6-4
地域密着型特定施設入居者生活介護	有り	1	せらび篠崎	江戸川区東篠崎1-5-2
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	有り	2	ソラスト葛飾	葛飾区東堀切3-17-6オーケスト東堀切1F
居宅介護支援	有り	15	ソラスト船堀	江戸川区松江5-2-14
<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	1	新小岩訪問看護ステーションほほえみ	葛飾区東新小岩8-8-11
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	5	せらび荻窪	杉並区今川4-8-8
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	12	せらび恵比寿	目黒区三田2-10-20
介護予防福祉用具貸与	有り	2	ソラスト東東京	足立区竹の塚1-20-20泰尚ビル3F
特定介護予防福祉用具販売	無し			
<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	せらび杉並	杉並区上井草2-42-12
介護予防小規模多機能型居宅介護	有り	9	せらび向島	墨田区東向島4-31-3
介護予防認知症対応型共同生活介護	有り	30	せらび江戸川	江戸川区本一色3-6-4
介護予防支援	無し			
<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			

【サービス一覧表】

区分		特定施設入居者生活介護（要支援、要介護）		サービス付高齢者向け住宅（自立）		
		介護保険給付および基本運営費（介護費用）を含むサービス	その都度徴収するサービス	生活支援サービス費を含むサービス	選択サービス	
介護サービス	巡回 日中	○ 個々のケアプランによる頻度	-	○ 1日2回(安否確認を含む)	-	
	巡回 夜間	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	-	
	食事介助	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	◆	
	排泄介助	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	◆	
	おむつ交換	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	◆	
	おむつ代	-	○ 実費	-	○ 実費	
	入浴介助（一般浴・特浴）	○ 週2回まで	○ 週3回目から1回1,100円(税込)	-	○ 介助が必要な場合は1回1,100円(税込)	
	清拭	○ 入浴ができない場合に対応	-	-	-	
	体位交換	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	-	
	居室からの移動	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	-	
	衣類の着脱	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	-	
	身だしなみ介助	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	-	
	機能訓練	○ 個々のケアプランによる頻度	-	-	-	
	緊急時対応	○ 随時対応	-	○ 随時対応	-	
オンコール対応	○ 随時対応	-	○ 随時対応	-		
サ 外 出 ビ 支 ス 援	協力医療機関への通院	○ 随時対応	-	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(同行職員交通費を含む)	
	上記以外への通院	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(同行職員交通費を含む)	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(同行職員交通費を含む)	
	通院以外の同行（買物等）	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(同行職員交通費を含む)	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(同行職員交通費を含む)	
生 活 支 援 サ ー ビ ス	生活相談	○ 随時対応	-	○ 随時対応	-	
	清 掃 ・ 洗 濯	○ 日常の居室清掃 ※拭き・掃き掃除、トイレ清掃 衣替え、大掃除等 ※事前にお申し出ください 住戸内エアコンの清掃	○ 週1回(15分)まで	○ 週2回目から1回(15分)550円(税込)	-	○ 1回(15分)550円(税込)
		○ ※専門業者に委託します 日常衣類の洗濯	-	○ 実費	-	○ 30分毎1,100円(税込)
		○ ※家庭用洗濯機での洗濯 クリーニング ※専門業者に委託します	-	○ 実費	-	○ 実費
	リネン交換	○ 週1回まで (リネンの費用、クリーニング費用は実費)	○ 週2回目から1回550円(税込) (リネンの費用、クリーニング費用は実費)	-	○ 1回 550円(税込)	
	居室配膳・下膳 ※食事提供サービスをご利用の場合	○ 食事サービス時 必要に応じて対応	-	-	◆	
	嗜好に応じた特別食 ※随時ご相談ください 訪問理美容	-	○ 実費	-	○ 実費	
	※事前予約が必要です 各種代行 (買物、役所手続き等の代行)	-	○ 実費	-	○ 実費	
○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費 (手続き費用は別途実費)	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(手続き費用は別途実費)	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費(手続き費用は別途実費)		
健 康 管 理 サ ー ビ ス	定期健康診断 ※年2回実施の際お知らせします	-	○ 実費	-	○ 実費	
	健康相談	○ 随時対応	-	-	-	
	生活指導・栄養指導	○ 随時対応	-	-	-	
	服薬支援	○ 随時対応	-	-	-	
	生活リズムの記録	○ ケアプランに基づき対応	-	○ 安否確認し、記録	-	
	定期訪問診療 ※別途医療機関との契約が必要です 緊急時の往診 ※別途医療機関との契約が必要です	-	○ 実費	-	○ 実費	
サ 入 退 ビ 院 ス 時	協力医療機関	○ 随時対応	-	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費	
	上記以外の医療機関	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費	-	○ 30分毎1,100円(税込)+交通費実費	
	衣類等の交換（洗濯含む）	○ 必要に応じて対応	-	-	◆	
	お見舞い訪問	○ 随時対応	-	-	○ 必要に応じて対応	

◆状況に応じて介護保険で対応できない
身体介護、生活援助を必要に応じて行います。
1回(15分)550円(税込)

特定施設入居者生活介護

せらび小金井 利用料金およびサービス一覧表

【利用料金】

2021年4月1日

項目		料金(税金)	備考
入居時	敷金	184,600円 (非課税)	退居時精算がある場合を除き全額返金します。 ※家賃2か月分
毎月の利用料金	家賃	92,300円 (非課税)	入退居月は1日分(*)の額に利用日数を乗算し請求します。 入院や外泊等による不在の場合も、全額ご負担いただきます。
	管理費	60,489円 (税込)	入退居月は1日分(*)の額に利用日数を乗算し請求します。 入院や外泊等による不在の場合も全額いただきます。 ※管理費は以下に充当します。 ・委託費 (E V保守管理、消防用設備保守管理、ごみ処理等) ・維持管理費 (空調・ハウスクリーニング、植栽刈込等) ・修繕費 (家具備品、建物設備等小規模修理等) ・水光熱費 (共用部、各住戸における電気・水道料) ・事務部門の人件費 ・その他
	基本運営費	66,000円 (税込)	入退居月は、1日分(*)の額に利用日数を乗算し請求します。 入院等により入居中の当該月(1日～末日)を通じて不在となる場合は、費用負担はありません。 ※ご利用者2.5名に対し1名以上の介護・看護職員を配置する介護サービス料として、介護保険給付および利用者負担部分によって賄えない費用(週40時間換算)
自己選択による利用	食費 (食材料費+ 厨房運営費)	30日の場合 62,190円 (税込)	【キャンセルの場合】 <3日前(当日を含む)15時まで> 半額(厨房運営費)ご負担いただきます。 <3日前(当日を含む)15時以降> 手配がすすんでおりますので、喫食の有無に関わらず食したものとして全額をご負担いただきます。 ・厨房運営費はご不在の場合でもご負担いただきます。 ただし、当該月(1日～末日)を通じて不在の場合は、厨房運営費はご負担いただきません。また、経管栄養等により食事のお申し込みがない場合もご負担いただきません。
	朝食	1食 583円 (税込)	【消費税軽減税率の説明】 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。 当住宅では、朝食・昼食・おやつ・夕食の費用が軽減税率(8%)の対象となります。 ※説明文中の金額は税別で表記しています。
	昼食	1食 691円 (税込)	
	おやつ	1食 108円 (税込)	
	夕食	1食 691円 (税込)	

利用料金合計	280,979円	※食費は、1ヶ月30日として計算 ※他にリネン類貸出し等費用が発生する場合があります。 ※特定施設入居者生活介護利用の場合は、他に介護保険の自己負担額が発生します。(別紙「料金表」参照)
--------	----------	---

自己選択による利用	リネン類貸出し等費用	①1日 68円 (税込) (30日計算)2,040円	【内容】 ①寝具セット(掛布団、枕、ベッドパッド)、リネン(布団カバー、シーツ、枕カバー)の貸出し ②防水セット貸出し ③タオル類(バスタオル、フェイスタオル、おしぼりタオル)の貸出しおよび日用品類(ボックスティッシュ、トイレットペーパー)の提供 注1. ①③は利用日数に応じた請求となります。 (入退居月及び入院時等の不在期間は利用日数から除きます。) 注2. リネン類を持ち込む場合は、1年に1回以上専門業者による寝具のクリーニング、1週間に1回以上の包布類の洗濯の実施をお願いします。
		②1枚 157円 (税込)	
		③1日 145円 (税込) (30日計算)4,350円	

その他	公共料金	NHK受信料、固定および携帯電話の利用料金、インターネット使用料等の費用は実費による自己負担となります。
	ご入居者及びご家族等の希望により提供する特別なサービスについては随時ご相談ください	
	金銭管理	基本的に行いません。管理者が認めた場合に限り、別途覚書に基づき実施します。
	来訪者食事	食事提供：上記1食あたりの額に100円を加算

【料金表】せらび小金井一（介護予防）特定施設入居者生活介護

1.介護保険適用費用【地域区分：10.68円（3級地）】

（1）特定施設入居者生活介護費

1ヶ月30日で計算した場合

介護度	単位数		利用料金 (10割)	介護保険適用の自己負担額		
				1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	1日につき	182 単位	58,312 円	5,832 円	11,663 円	17,494 円
要支援2	1日につき	311 単位	99,644 円	9,965 円	19,929 円	29,894 円
要介護1	1日につき	538 単位	172,375 円	17,238 円	34,475 円	51,713 円
要介護2	1日につき	604 単位	193,521 円	19,353 円	38,705 円	58,057 円
要介護3	1日につき	674 単位	215,949 円	21,595 円	43,190 円	64,785 円
要介護4	1日につき	738 単位	236,455 円	23,646 円	47,291 円	70,937 円
要介護5	1日につき	807 単位	258,562 円	25,857 円	51,713 円	77,569 円

※端数処理により誤差が生じる場合があります。

（2）各種加算

☑	加算名称	単位数		介護保険適用の自己負担額		
				1割負担額	2割負担額	3割負担額
<input type="checkbox"/>	退院・退所時連携加算	1日につき	30 単位	32 円	64 円	96 円
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算（Ⅰ）	1日につき	36 単位	39 円	77 円	116 円
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算（Ⅱ）	1日につき	22 単位	24 円	47 円	71 円
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1月につき	100 単位	107 円	214 円	321 円
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月につき	200 単位	214 円	428 円	641 円
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算（Ⅰ）	1日につき	12 単位	13 円	26 円	39 円
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算（Ⅱ）	1月につき	20 単位	22 円	43 円	64 円
<input type="checkbox"/>	ADL維持加算（Ⅰ）	1月につき	30 単位	32 円	64 円	96 円
<input type="checkbox"/>	ADL維持加算（Ⅱ）	1月につき	60 単位	64 円	128 円	192 円
<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算	1日につき	10 単位	11 円	22 円	32 円
<input type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	1日につき	120 単位	129 円	257 円	385 円
<input type="checkbox"/>	医療機関連携加算	1月につき	80 単位	86 円	171 円	257 円
<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	1月につき	30 単位	32 円	64 円	96 円
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算	1回につき	20 単位	22 円	43 円	64 円
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	1月につき	40 単位	43 円	86 円	129 円
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算（Ⅰ）	(死亡日の31日以上45日以下)	1日につき 72 単位	77 円	154 円	231 円
<input type="checkbox"/>		(死亡日の4日以上30日以下)	1日につき 144 単位	154 円	308 円	462 円
<input type="checkbox"/>		(死亡日の前日及び前々日)	1日につき 680 単位	727 円	1,453 円	2,179 円
<input type="checkbox"/>		(死亡日)	1日につき 1,280 単位	1,367 円	2,734 円	4,101 円
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算（Ⅱ）	(死亡日の31日以上45日以下)	1日につき 572 単位	611 円	1,222 円	1,833 円
<input type="checkbox"/>		(死亡日の4日以上30日以下)	1日につき 644 単位	688 円	1,376 円	2,064 円
<input type="checkbox"/>		(死亡日の前日及び前々日)	1日につき 1,180 単位	1,261 円	2,521 円	3,781 円
<input type="checkbox"/>		(死亡日)	1日につき 1,780 単位	1,901 円	3,802 円	5,703 円

裏面に続く

【料金表】 せらび小金井一（介護予防） 特定施設入居者生活介護

☑	加算名称	単位数	介護保険適用の自己負担額			
			1割負担額	2割負担額	3割負担額	
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1日につき 3 単位	4 円	7 円	10 円	
<input type="checkbox"/>	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	1日につき 4 単位	5 円	9 円	13 円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき 22 単位	24 円	47 円	71 円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき 18 単位	20 円	39 円	58 円	
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき 6 単位	7 円	13 円	20 円	
<input type="checkbox"/>	身体拘束廃止未実施減算	要支援 1	1日につき -18 単位	-20 円	-39 円	-58 円
<input type="checkbox"/>		要支援 2	1日につき -31 単位	-34 円	-67 円	-100 円
<input type="checkbox"/>		要介護 1	1日につき -54 単位	-58 円	-116 円	-173 円
<input type="checkbox"/>		要介護 2	1日につき -60 単位	-64 円	-128 円	-192 円
<input type="checkbox"/>		要介護 3	1日につき -67 単位	-72 円	-143 円	-215 円
<input type="checkbox"/>		要介護 4	1日につき -74 単位	-79 円	-158 円	-237 円
<input type="checkbox"/>		要介護 5	1日につき -81 単位	-87 円	-173 円	-260 円

☑	加算名称	金額
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費（特定施設入居者生活介護費）に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率8.2%を乗じた単位数に単位数単価10.68円（地域区分）を乗じた金額
<input type="checkbox"/>	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	基本サービス費（特定施設入居者生活介護費）に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率1.2%を乗じた単位数に単位数単価10.68円（地域区分）を乗じた金額