

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 トウキョウウエリナハタノダイ 東急ウエリナ旗の台				
住宅の所在地	〒 142 - 0064 東京都品川区旗の台2丁目12番1号				
住宅へのアクセス	最寄駅	東急大井町線・池上線 旗の台駅（南口）			
	交通手段と所要時間	徒歩2分			
住宅の連絡先	電話番号	03-3784-3109			
	FAX番号	03-3784-3113			
	ホームページアドレス	https://www.tokyu-welina.jp/hatanodai/			
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	平成24年10月1日 から 令和14年9月30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		
	住宅(建物)	敷地面積	2234.72 m ²		
		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	平成24年10月1日 から 令和14年9月30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	共同住宅	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()
	延床面積	6792.13 m ²	うち、サ付き分	6792.13 m ²	
	併設施設	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	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		
			<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）	特定施設入居者生活介護事業所 東京都指定第1370903831号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 東京都指定第1370903831号				
指定した自治体名	東京都				
指定年月日（初回）	平成24年10月1日				
指定有効期限	令和6年9月30日				
入居時の要件	<input type="checkbox"/> 介護専用型(要介護のみ) <input type="checkbox"/> 混合型(自立除く) <input checked="" type="checkbox"/> 混合型(自立含む)				
介護保険の利用	<input checked="" type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(一般型) <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)				
住宅の管理者名（役職名）	氏名	飯塚 研次	役職名	総支配人	
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(住宅の開設年月日)	平成24年10月1日				

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ トウキョウウェルネスカブシキカイシャ 東急ウェルネス株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 142 - 0051 東京都品川区平塚二丁目18番19号		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5797-9109	
	FAX番号	03-5498-7055	
	ホームページアドレス	https://www.tokyu-wellness.co.jp/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	大友 教央	職名 代表取締役
事業主体の役員	別添1「役員名簿」のとおり		
設立年月日	平成20年5月28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 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 type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 定期賃貸借契約 <input checked="" 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"/> 次に該当する者である。 単身高齢者世帯				
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		終身
		更新	自動更新		
	（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>①入居者が死亡した場合（入居契約書第3条関係）</p> <p>②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90日の予告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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・賃料支払義務（入居契約書第8条〔家賃等の毎月払の場合〕関係） ・共益費支払義務（入居契約書第9条関係） ・入居者の故意または過失により必要となった修繕に要する費用の負担義務（入居契約書第12条関係） <p>③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90日の予告期間を定めて当該違反の改善を催告したにもかかわらず違反が是正されず、本契約を継続することが困難であると認められるに至ったとき（入居契約書第13条関係）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が、本物件の全部または一部につき、賃借権を譲渡し、または転貸したとき。 2. 入居者が、事業者の書面による承諾を得ることなく、本物件の増築、改築、移転、改造若しくは模様替または本物件の敷地内における工作物の設置を行ったとき。 3. 入居者が、本物件の使用に当たり、下記に掲げる行為を行ったとき。 <ol style="list-style-type: none"> 一 他の入居者または従業員等の身体または財産に危害を及ぼし、または、その危害の切迫した恐れがあり、かつ通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないとき。 二 危険な物品、銃砲、刀剣類または爆発性、発火性を有する危険な物品等を製造または保管すること。 三 建物の構造に影響を及ぼす恐れのある金庫その他の重量の大きな物品を搬入し、使用・保管すること。 四 排水管を腐食させるおそれのある液体を流すこと。 五 大音量でテレビ、ステレオ等の操作、ピアノ等の演奏を行い近隣に著しい迷惑を与えること。 六 鑑賞用の魚等を除く動物を飼育すること。 七 指定場所を除く施設内共用部及び敷地内で喫煙すること。 4. 入居者が、本物件の使用に当たり、事業者の書面による承諾を得ることなく、下記に掲げる行為を行ったとき。 <ol style="list-style-type: none"> 一 階段、廊下等の共用部分に物品を置くこと。 二 階段、廊下等の共用部分に看板、ポスター等の広告物を掲示すること。 三 鑑賞用の魚等であって明らかに近隣に迷惑をかけるおそれのない動物以外の動物を飼育すること。 5. 入居者が、本物件の使用に当たり、事業者に通知せず下記に掲げる行為を行った場合。 <ol style="list-style-type: none"> 一 出生により新たな同居人を追加すること。 二 1か月以上継続して本物件を留守にすること。 三 本物件に入居者以外の者を宿泊させること。（入居契約書第7条関係） 6. 居住のみを目的として本物件を使用する使用目的遵守義務を履行しない時。（入居契約書第5条関係） 7. その他入居契約書に規定する義務に反するとき。 <p>④入居者が次に掲げる義務に違反した場合においては、催告なしに入居契約が解除される。（入居契約書第13条関係）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したとき 2. 入居者が、暴力団構成員および準構成員であることが判明した場合 					

事業者から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)					
解約条項	事業者は、次のいずれかに該当する場合に限り、東京都知事の承認を受けて、入居者に対して少なくとも6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ます。 一 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、本物件を法第54条第1号に掲げる認可の基準等を勘案して適切な規模、構造および設備を有する賃貸住宅として維持し、または当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。 二 入居者が本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。ただし、入居者の病院への入院または心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に、入居者および事業者が本契約の解約について合意している場合に限り、				
解約予告期間	6 か月				
利用者からの解約・予告期間・連絡先					
<p>入居者は、自らの事由により本契約を解約する場合には、事業者に対して少なくとも1月前に、入居管理規程に規定する様式「契約解約届出書」により届け出ることで、本契約を解約することができます。</p> <p>1 前項による解約の場合にあつては、解約申入れの日から1か月分の賃料および共益費を事業者を支払うことにより解約申入れの日から起算して1月を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができます。</p> <p>2 入居者が第1項の解約の申入れをしないで本物件を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日をもって、本契約は解約されたものとみなします。</p> <p>3 入居者は、事業者が法第68条の規定による改善命令に違反した場合により本契約を解約する場合には、入居管理規程に規定する様式「契約解約届出書」により届け出ることで本物件の明け渡しと同時に解約ができるものとします。</p>					
契約解約時の連絡先	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>東急ウヰリナ旗の台</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>03-3784-3109</td> </tr> </table>	名称	東急ウヰリナ旗の台	電話番号	03-3784-3109
名称	東急ウヰリナ旗の台				
電話番号	03-3784-3109				

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	67戸(登録申請対象戸数) / 67人								
居住部分の規模	(最小)	37.56㎡	詳細については下記「設備の詳細」を参照						
	(最大)	52.58㎡							
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	構造	鉄筋コンクリート	階数	地上5階地下1階建	うち、サ付き分	全て			
竣工の年月日	平成24年10月1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
	Aタイプ	2, 3, 4, 5	1	44.50㎡	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	
	Ahタイプ	3, 4, 5, 6	1	44.50㎡	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	
	Ahtタイプ	2, 3	1	44.50㎡	2	<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	
	Arタイプ	4, 5, 6	1	47.35㎡	3	<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	
	Atタイプ	3, 4, 5, 6	1	44.50㎡	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	
	Asタイプ	3, 4	1	41.35㎡	2	<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	
	Astタイプ	5	1	44.03㎡	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	
	Ashtタイプ	3	1	41.38㎡	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	
	Ash1タイプ	3, 4, 5, 6	1	41.38㎡	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	
	Ash2タイプ	3, 4, 5	1	41.38㎡	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	
	Ash2rタイプ	6	1	44.03㎡	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	
	Ash2tタイプ	4	1	44.03㎡	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	
	Bタイプ	2, 4, 5, 6	1	52.58㎡	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	
Dタイプ	2, 4, 5, 6	1	45.32㎡	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		
Dhタイプ	2, 4, 5, 6	1	45.32㎡	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		

	Dt タイプ	4, 5, 6	1	46.64 m ²	3	<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			
	E タイプ	2	1	45.20 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			
	F タイプ	4, 5, 6	1	44.90 m ²	3	<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			
	G タイプ	3, 4, 5, 6	1	46.26 m ²	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			
	H タイプ	3, 4, 5, 6	1	52.09 m ²	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			
	I タイプ	3, 4, 5, 6	1	37.56 m ²	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			
一時介護室	階	定員	面積	戸数	備考						
	1	1	17.57 m ²	1							
便所	共同便所	7か所	うち男女別	2階（2か所）							
			うち、男女共用	1, 2, 3階（5か所（車いす等対応可能））							
浴室	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし									
	個別浴	3か所	場所	1階（2か所）, 3階（1か所）	面積	92.16 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	2か所	場所	1階	面積	104.69 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	共同浴室における介護浴槽	か所	場所	階	面積	m ²				
<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											
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	2階		面積	190.83 m ²						
	兼用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼用設備							
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし			他プライベートダイニング30, 73 m ² あり						
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		全戸キッチン設備有り								
フィットネスルーム (機能訓練室)	場所	2, 3階		面積	166.57 m ²						
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		兼用設備	2階サポートリビング						
	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	応接室、和室、ウェリナホール、健康相談室、ラウンジ、屋上庭園										
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
	台数	2基	定員	13・11人	ストレッチャー	救急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）		平成28年1月19日		(荏原消防署)				
	防火管理者		総務担当職員								
	避難訓練		消防署の指導のもと、年2回実施（うち1回は夜間想定）								

5. 従業者の勤務体制

従業者の人数										
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)		
		専従	非専従	専従	非専従					
管理者		1				1	1.0			
生活相談員		2				2	2.0			
看護職員(直接雇用)		4				4	4.0			
看護職員(派遣)						0				
介護職員(直接雇用)		18		2		20	19.6			
介護職員(派遣)						0				
機能訓練指導員		1		2		3	1.4			
計画作成担当者		1				1	1.0			
栄養士						0		外注委託		
調理員						0		外注委託		
事務員		5				5	5.0			
その他従業者						0				
1週間のうち、常勤職員が勤務すべき時間		40時間								
介護職員の資格										
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	備考		
		専従	非専従	専従	非専従					
社会福祉士						0				
介護福祉士		13		2		15	14.6			
実務者研修の修了者		6				6	6.0			
介護職員初任者研修の修了者		7				7	7.0			
介護支援専門員		2				2	2.0			
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		1				1	1.0			
作業療法士				1		1	0.2			
言語聴覚士				1		1	0.2			
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										
夜勤・宿直体制		時間帯				平均人数		最少時人数		備考
		夜勤		宿直		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	
		16:00	～	10:00		人	2人	人	2人	
			～			人	人	人	人	
看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数					2.5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(※)	<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								
	【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									
	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)	1.5 : 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		兼務する職種						
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資格等の名称		介護福祉士				
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	0人	0人	2人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	
前年度1年間の退職者数	0人	0人	2人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
業に 応じ た事 した 職員 の経 験年 数	1年未満	0人	0人	3人	0人	0人	0人	1人	2人	0人	0人
	1年以上 3年未満	0人	0人	8人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	0人
	3年以上 5年未満	1人	0人	4人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人
	5年以上 10年未満	3人	0人	4人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	10年以上	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
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>ご入居者が介護サービスを必要とする場合は、当施設と特定施設入居者生活介護利用契約および介護予防特定施設入居者生活介護利用契約締結することにより介護保険を利用した介護サービスを施設の介護職員等より直接受けることができます。</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）	<ul style="list-style-type: none"> 生活リズムセンサーによる安否確認（居室には生活リズムセンサーが設置されており、在宅中にも関わらず12時間以上水の使用がない場合、または2時間以上水を連続使用している場合は非常通報装置が作動します）を常時行うほか、共用部の利用・食事摂取の可否等により1日に1回以上の安否確認を行います。 また夜間時間帯や必要により日中での時間帯もご利用者様（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（※）	<ul style="list-style-type: none"> 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、施設職員がご相談をお受けします。また、看護職員による健康管理・健康相談、栄養士による食事管理および日常生活における相談等を行います。 	自ら実施
緊急時対応（※）	<ul style="list-style-type: none"> 24時間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居室天井に設置されたマイクとスピーカーで緊急時は職員と直接お話しいただけます。また、介護職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、居室に駆けつけ身体介助や必要によりご家族への連絡や救急車の手配等必要な措置を行います。 	自ら実施
食事介助	<ul style="list-style-type: none"> 必要によりダイニングまたはサポートリビングにおいて食事介助を行います。 	自ら実施
入浴介助	<ul style="list-style-type: none"> 週3回まで入浴介助を行います。 	自ら実施
排せつ介助	<ul style="list-style-type: none"> 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
居室清掃・洗濯等 家事援助	<ul style="list-style-type: none"> 居室を週1回基本清掃実施、週1回トイレ・洗面清掃、ゴミ捨て清掃を行います。（換気扇、エアコン等電子機器については、別途ご案内します。） 必要により洗濯等の援助を行います。 	自ら実施
健康管理（※）	<ul style="list-style-type: none"> 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。 年2回、協力医療機関において定期健康診断を実施します。 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	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。 	自ら実施
その他	<ul style="list-style-type: none"> 協力医療機関への送迎、入院の付き添い等を行います。詳しくは別添4「介護サービス等の一覧表」をご参照ください。 <p>（※）上記4つは介護保険対象サービスにかかわらず提供いたします。</p>	自ら実施
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<p>日常的な服薬管理および健康相談、協力医療機関への送迎等を行います。詳しくは別添4「介護サービス等の一覧表」＜健康管理サービス＞をご参照ください。</p>		

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 checked="" type="checkbox"/> あり		<input 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 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
A D L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 checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ）イ <input type="checkbox"/> （Ⅰ）ロ <input type="checkbox"/> （Ⅱ） <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅲ））		<input type="checkbox"/> なし
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅰ） <input type="checkbox"/> （Ⅱ） <input type="checkbox"/> （Ⅲ））		<input type="checkbox"/> なし
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> （Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> （Ⅱ））		<input type="checkbox"/> なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし
介護保険対象外サービス等			
人員配置が手厚い介護サービスの実施	<input 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	<p>ダイニングにおいて一日3食の食事の提供を行います。 メニューは原則2種類からその場でお選びいただけます。 通常食、治療食、介護食のキャンセル料はいただいております。 刻み食、低塩食、低たんぱく食等のご要望についてはご相談の上提供させていただきます。</p>		食事提供委託先 (株)スエヒロ
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	予約制にて対応 1, 650円（消費税込）／30分＋交通費実費		
個別的な買物等の代行	日用品等のご手配について定期的（原則週3回程度）に行います。		
週4回以上の入浴介助	予約制にて対応 1, 650円（消費税込）／回		

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 ()	
協力医療機関	医療機関 1	名称	東急株式会社 東急病院
		所在地	東京都大田区北千束3丁目27番2号 住宅からの距離:約2 [※] 。
		診療科目	内科 消化器・肝臓内科 腎臓・透析内科 糖尿病内科 循環器内科 呼吸器内科 外科(消化器外科・肝胆膵外科・肛門外科) 整形外科 リハビリテーション科 眼科 耳鼻いんこう科 泌尿器科 脳神経外科 婦人科 麻酔科 皮膚科 放射線科 心療内科 精神科
		協力内容	上記診療科における診療協力、定期健康診断(協力医療機関のいずれかで年2回)、緊急時の対応
	医療機関 2	名称	西川医院
		所在地	東京都品川区旗の台4丁目1番5号 住宅からの距離:約0.3 [※] 。
		診療科目	内科・消化器内科
		協力内容	上記診療科における診療協力、定期健康診断(協力医療機関のいずれかで年2回)
	医療機関 3	名称	医療法人社団 鳳優会 荏原ホームケアクリニック
		所在地	東京都品川区戸越5-14-24 ITOビル5階 住宅からの距離:約3.0 [※] 。
		診療科目	消化器内科、呼吸器科、神経内科、皮膚科
		協力内容	在宅療養支援診療所として外来受診ができない場合等の上記診療科目の診療、利用者の健康面について定期的な診察、健康管理、医療相談、生活指導、緊急時の往診、他医療機関への紹介等、定期健康診断(協力医療機関のいずれかで年2回)
	医療機関 4	名称	医療法人社団 健身会 さくら中央クリニック
		所在地	東京都世田谷区新町2-6-6 住宅からの距離:約4.5 [※] 。
		診療科目	外科、内科、脳神経外科、放射線科、神経内科、皮膚科
		協力内容	在宅療養支援診療所として外来受診ができない場合等の上記診療科目の診療、利用者の健康面について定期的な診察、健康管理、医療相談、生活指導、緊急時の往診、他医療機関への紹介等、定期健康診断(協力医療機関のいずれかで年2回)
	医療機関 5	名称	医療法人社団 七福会 ホリイマームクリニック旗の台
		所在地	東京都品川区旗の台2丁目1番22号 もとまる2号館3階 住宅からの距離:約0.3 [※] 。
		診療科目	内科、外科、神経内科、心療内科、リハビリテーション科
		協力内容	在宅療養支援診療所として外来受診ができない場合等の上記診療科目の診療、利用者の健康面について定期的な診察、健康管理、医療相談、生活指導、緊急時の往診、他医療機関への紹介等、定期健康診断(協力医療機関のいずれかで年2回)
	医療機関 6	名称	株式会社 東京調剤センター わかば薬局
		所在地	東京都品川区西中延2丁目15番23号 アネックス旗の台1階 住宅からの距離:約0.3 [※] 。
		診療科目	調剤薬局
		協力内容	処方薬に関する管理サービスの提供
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 桜宗会 デンタルオフィス桜新町	
	所在地	東京都世田谷区桜新町2丁目9番6号 blossom桜新町2階 住宅からの距離:約7 [※] 。	
	診療科目	歯科診療	
	協力内容	外来受診ができない場合等の歯科診療、口腔ケアの指導、緊急時の対応等	

7. 料金の請求及び支払方法

支払方式		<input type="checkbox"/> 月払い方式		<input type="checkbox"/> 全額前払い方式		<input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い方式		<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式		
		※選択方式の場合： (該当する方式全て選択)		<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		※前払金は、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	入居年齢別の想定居住期間により次の計算式で算出します。[1か月分の賃料(●●●, 000円) × 入居年齢別想定居住年数(●●, ●●年) × 1.2 × (100% - 入居年齢別割引率●●, ●●%) + 想定居住月数を超過して契約が継続する場合に備えて事業者が受領する金額の合計額から10万円未満を切り捨てた額]								
	(説明)	月額単価の内容	家賃・共益費	●●●, 000円・0円 ※共益費は月額単価に含みません。						
			サービス提供の対価	前払い無し						
			想定居住期間の算出根拠	厚生労働省発表の簡易生命表に基づき、平均余命を勘案した居住継続率を求め、入居年齢別の想定居住期間を設定しています。詳細は「別添5 前払金の考え方」をご参照ください。						
	支払日	●●月●●日	支払方法	事業者の指定する銀行口座に振り込む						
	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	別添6のとおり	算定方法	年齢別想定居住期間満了日まで の間の契約の解除・解約または入居者の死亡の場合 [1か月分の賃料(●●●, 000円) × (100% - 入居年齢別割引率●●, ●●%) ÷ 30.4375日 × (入居年齢別想定居住日数 - 入居者の入居日から明渡しまでの日数)] により算出し返還。						
	短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	金額	別添6のとおり	期間	3か月		起算日	入居した日		
		算定方法	入居日から3か月以内の契約の解除・解約または入居者の死亡の場合・家賃の前払金全額 - (1か月分の賃料●●●, 000円 ÷ 30.4375日 × 入居者の入居日から明渡しまでの日数)							
	返還期限	契約の終了後、返還額が確定してから1か月以内にお支払いします。(契約書第33条)								
前払金の保全先	<input checked="" type="checkbox"/>	連帯保証を行う銀行等の名称	不動産信用保証株式会社との保証委託契約により家賃等の前払金の返還額の残高または500万円のどちらか少ない額を保全します。							
	<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 checked="" type="checkbox"/>	その他	上記の保全額を超えた返還額の残高について、東急株式会社が全額保証を行います。							

敷金		算定根拠					
金額	●●●, 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全額返還する。			
月額費用		算定根拠					
家賃	●●●, 000円	近傍同種の家賃相場を参考に設定 ※全額前払い方式の場合は、月ごとの支払はありません。					
共益費	88,550円	共用設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費					
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)			(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	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 ※処遇改善加算以外	c=(a+b)×加算率 小数点以下四捨五入	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	620	663	6,743	73,498	66,148	7,350
要支援2	9,330	620	1,084	11,034	120,270	108,243	12,027
要介護1	16,140	920	1,860	18,920	206,228	185,605	20,623
要介護2	18,120	920	2,075	21,115	230,153	207,137	23,016
要介護3	20,220	920	2,304	23,444	255,539	229,985	25,554
要介護4	22,140	920	2,514	25,574	278,756	250,880	27,876
要介護5	24,210	920	2,740	27,870	303,783	273,404	30,379
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ)		<input 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 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						
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 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/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 checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input checked="" 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						
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ) <input type="checkbox"/> Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅲ)		<input type="checkbox"/> なし				
	※加算Ⅰ…8.2%、加算Ⅱ…6.0%、加算Ⅲ…3.3%						
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ)		<input type="checkbox"/> なし				
	※加算Ⅰ…1.8%、加算Ⅱ…1.2%						
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	※加算…1.5%						

※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	22,000円	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	算定根拠：職員配置基準2.5:1と介護保険による基準値3:1との差による人件費相当分として
生活サービス費	88,000円	+	生活支援サービスの提供に必要なスタッフの人件費、消耗品費、諸経費等の費用です。生活支援サービスはそのサービスを行うため「サービス利用契約」を別途締結していただきます。生活サービス費のうち月額22,000円は、自立の場合は介護保険外の介護サービス等の費用として、要支援及び要介護の場合は、(介護予防)特定施設入居者生活介護の上乗せ介護費(介護保険外の人員配置が手厚い場合の介護サービス費用)としてその費用を頂きます。上記の費用の総額が110,000円となります。
(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	110,000円	円	別添4「介護サービス等の一覧表」とおり
			食事基本料(厨房運営費) 22,000円
			食費 70,200円

料金構造

食費	92,200円	上記は（1日3食（セットメニュー）30日分）を全て食べた場合の目安です。食事の提供に関しては、生活支援サービスを行うための「サービス利用契約」を別途締結していただきます。 （各喫食利用料は、朝食569円、昼食696円、夕食1,075円ですが、消費税軽減税率制度における算出は食事基本料（厨房運営費等）を含めて算出します。）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、夕食のほかに、サイドメニューとしてコーヒー、紅茶単品など（127円）、ビール、ジュース類など（380円）などをお好みに応じてご注文いただけますが、朝食・昼食・夕食及びサイドメニューは軽減税率の対象外となります。あらかじめご了承ください。 ※金額は全て税込で表記しています。
	光熱水費	15,000円 電気・ガス・水道の夏季冷房・冬季暖房を使用した場合の目安として
	その他	円 別添4「介護サービス等の一覧表」のとおり
	合計	●●●●●●●●円
支払日・支払方法	ご入居後は、毎月27日に右記のとおり口座振替にてお支払いいただきます。	前々月の介護保険自己負担分 前月の個別サービス利用料および食事等実費分 翌月の家賃（月払いの場合）、共益費、生活サービス費、食事基本料

入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い

入院等の不在による減額は、介護保険の自己負担金以外はございません。

料金改定の条件及び手続き

- ・次の各号のいずれかに該当する場合には、協議の上、賃料を改定することができます。
 - 一 土地または建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合
 - 二 土地または建物の価格の上昇または低下その他の経済事情の変動により不相当となった場合
 - 三 近傍同種の建物の賃料に比較して不相当となった場合
- ・維持管理費の増減により共益費が不相当となったときは、協議の上、共益費を改定することができます。

料金プラン（代表的なプランを2例）

		プラン1月払（405）	プラン2前払（405）
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	80歳	85歳
居室の状況	床面積	44.50㎡	44.50㎡
	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	0円	41,200,000円
	敷金	1,035,000円	1,035,000円
月額費用の合計		658,100円	351,057円
家賃		345,000円	0円
共益費		88,550円	88,550円
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	7,350円	45,307円
	上乗せ介護費用(※2)	22,000円	22,000円
	介護費用(選択サービス)	88,000円	88,000円
	食費	92,200円	92,200円
	光熱水費	15,000円	15,000円
その他		0円	0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		89.3 歳		入居者数合計		49 人			
介護度別・年齢別入居者数	年齢／介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	65歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0
	65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0
	75歳以上85歳未満	7	2	0	1	0	0	0	0
	85歳以上	15	7	8	3	2	2	1	1
合計		22	9	8	4	2	2	1	1
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	4	2	16	20	7	0	49	
男女別入居者数		男性： 12 人			女性： 37 人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）		73% （定員に対する入居者数）							
直近一年間に退去した者の人数と理由		退去者数の合計			10 人（下記理由ごとの人数を合計したものと一致させる）				
		理由			人数(人)	理由			人数(人)
		自宅・家族同居				他のサービス付き高齢者向け住宅への転居			
		介護老人福祉施設（特養等）へ転居				その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			
		介護老人保健施設へ転居				医療機関（入院）			
		介護療養型医療施設へ転居				死亡			2
		有料老人ホーム（サ付き除く）への転居			8	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	東急ウェリナ旗の台 フロント・ご意見箱 （常時設置）					
電話番号	03-3784-3109					
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	東急ウェルネス株式会社本社事務所					
電話番号	03-5797-9109					
対応している時間	平日	9時	30分	～	17時	30分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土日・祝日および12/30～1/3					
窓口の名称	品川区福祉部高齢者福祉課					
電話番号	03-5742-6927					
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 介護サービス苦情相談窓口					
電話番号	03-6238-0177					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜、日曜、祝日					

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	事故発生時には、速やかにご家族等にご連絡するほか、管轄区(品川区)、介護保険者、感染症等については保健所、および重要案件については東京都住宅政策本部等必要箇所に報告を行います。
--------	--

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：総合賠償責任保険（ 損害保険ジャパン株式会社 ）	<input type="checkbox"/> なし
--	---------------------------------------	-----------------------------

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等		ご入居者の身体状況の許される範囲かつ安全が確保される限り、外出・帰宅・訪問等について施設が入居者に対し制限をすることはありません。		
共用設備の利用について				
応接室・和室・プライベートダイニング	ご予約にて、ご利用頂けます。詳細は入居管理規程をご参照ください。なお、ご利用の希望が重複した場合は、抽選を行うことが有ります。			
屋上庭園・中庭・ラウンジ・ウェリナスパ	ご利用時間の制限を設けております。詳細は入居管理規程をご参照ください。			
個浴（機械浴）	身体状況に合わせケアプランを作成し、入浴の介助を行います。			
<ul style="list-style-type: none"> ・入居者、同居者、来訪者の他、体験入居者、見学、地域交流、研修、ウェリナクラブ会員向けイベント等を目的として、事前に本施設の許可を得たものが、当施設の共用部を利用する場合があります。 				
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き				
<p>例外3原則（切迫性・非代替性・一時性）に反し、身体拘束を行うことはありませんが、止むを得ず身体拘束を行った場合は以下の3項目により行動します。</p> <p>①身体拘束廃止委員会を開催する。（廃止に向けた検討をし、必ず記録に残す）</p> <p>②本人や家族に、目的、理由、時間、期間を説明し、同意を得る。</p> <p>③要件に該当しなくなった場合は速やかに拘束を解除する。</p>				
入居希望者への事前の情報開示				
入居契約書のひな形	<input 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 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 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 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）	共用部・居室内の清掃業務および設備管理業務		
	管理業務の委託先	商号・名称又は氏名	フリガナ トウキョウプロパティマネジメントカブシキカイシャ 東急プロパティマネジメント株式会社	
		住所（事務所所在地）	〒 158-8539	東京都世田谷区用賀4-10-2 世田谷ビジネススクエア・ヒルズ1
	修繕計画	計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	大規模修繕の実施予定	2024年頃実施予定		
	その他計画的な修繕予定	軽微な修繕に関しては、逐次これを行います。		
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり（開催頻度： 年 2 回）	(開催内容等) ご入居者の状況、サービス提供の状況および管理費等の収支の内容等を報告・説明するとともに、ご入居者のご要望、ご意見をお伺いし運営に反映させる。	
		<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	意見箱については随時 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		<input type="checkbox"/> なし	利用者アンケート調査は年2回実施し、運営懇談会において報告している。	
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	本住宅は、お一人暮らしの方を対象としたもので、基本方針および高齢者居住安定確保計画に照らして適切である住宅です。			

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
おおとも たかひさ 大友 教央	代表取締役
やたべ みつる 谷田部 充	取締役
つちや かつま 土屋 克磨	取締役
こうのいけ かずや 鴻池 一哉	監査役
以下余白	

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	有り	3	オハナ池尻大橋	東京都目黒区大橋1-8-3
通所リハビリテーション				
短期入所生活介護				
短期入所療養介護				
特定施設入居者生活介護	有り	5	東急ウエルナ大岡山	東京都大田区北千束1-45-6
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				
小規模多機能型居宅介護				
認知症対応型共同生活介護				
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				
居宅介護支援				
<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				
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	5	東急ウエルナ大岡山	東京都大田区北千束1-45-6
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				
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				
介護予防支援				
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設				
介護老人保健施設				
介護療養型医療施設				
介護医療院				

別添4
「介護サービス等の一覧表」

認定基準	自立		要支援Ⅰ～Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴ区分	
サービス項目	月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
○巡回				
・昼間 07～21時 ・夜間 21～07時	—	—	必要に応じて、随時実施	—
■食事関連			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
・主な場所	ダイニングまたはサポートリビング		ダイニングまたはサポートリビング	
・飲食形態(介護食)	—	—	必要に応じて対応	—
・治療食	必要に応じて献立 (食事代は実費)	—	必要に応じて献立 (食事代は実費)	—
・食事介助	—	—	サポートリビングにおいては 必要に応じて対応	—
・居室配膳	体調不良時は必要に応じて提供 (看護師の判断)	左記以外 330円(消費税込)／1食	体調不良時は必要に応じて提供 (看護師の判断)	左記以外 330円(消費税込)／1食
・おやつ	ダイニングまたはサポートリビングに おいて必要に応じて提供	—	ダイニングまたはサポートリビングに おいて必要に応じて提供	—
■排泄関連			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
・排泄介助	—	—	必要に応じて対応	—
・おむつ代	—	実費負担	—	実費負担
■衛生関連			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
○入浴				
・主な場所	居室内浴室または機械浴室		居室内浴室または機械浴室	
・入浴介助・見守り	体調不良時は必要に応じて提供 (看護師の判断) 居室内浴室では見守り・一部介助	週4回以上実費: 1,650円(消費税込)／回	必要に応じて、居室内浴室では見守り ・一部介助	週4回以上実費: 1,650円(消費税込)／回
・入浴不可の場合、全身清拭等	必要に応じて対応	週4回以上実費: 1,650円(消費税込)／回	必要に応じて対応	週4回以上実費: 1,650円(消費税込)／回
○身だしなみ介助(整髪・化粧含む)	—	—	必要に応じて対応	—
○清潔保持(洗面・髭剃り等)	—	—	必要に応じて対応	—
○起床・就寝時介助(更衣)	—	—	必要に応じて対応	—
○口腔ケア	—	—	必要に応じて対応	—
○身辺介助				
・体位変換	—	—	必要に応じて対応	—
・衣類の着脱	—	—	必要に応じて対応	—
○機能訓練 ・介護予防 ・生活リハビリ	—	—	必要に応じて対応	—
○通院介助				
・協力医療機関	—	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費	必要に応じて対応	—
・協力医療機関以外	—	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費	徒歩で通院可能で施設の指定した 医療機関への付き添い	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費
・緊急受診介助	必要に応じて対応	交通費実費	必要に応じて対応	交通費実費
○緊急時対応				
・生活リズムセンサー	24時間随時対応	—	24時間随時対応	—
・緊急コール	24時間随時対応	—	24時間随時対応	—
・ナースコール	24時間随時対応	—	24時間随時対応	—

認定基準	自立		要支援Ⅰ～Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴ区分	
<生活サービス>			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
○生活相談	必要に応じて随時	—	必要に応じて随時	—
○居室清掃	月2回基本清掃実施	左記以外実費有料	週1回基本清掃実施 週1回トイレ・洗面清掃、ゴミ捨て	左記以外実費有料
○ゴミ回収	基本清掃時は業者回収 クリーンルームにて回収	粗大ゴミ実費	週2回業者回収 クリーンルームにて回収	粗大ゴミ実費
○リネン交換	—	550円(消費税込)／1回 リネン代実費負担	必要に応じて、週1回実施	—
○日常の洗濯	—	クリーニング対応(実費)	必要に応じて実施	クリーニング対応(実費)
○理美容	—	実費	—	実費
○買物代行 (事業者の指定する店舗)	日程・範囲を決めて 定期的に対応	—	日程・範囲を決めて 定期的に対応	—
○買物代行 (上記以外の区域)	—	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費	—	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費
○外出時の付き添いサービス	—	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費	—	予約制にて対応 1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費
○役所手続き代行	—	1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費	—	1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費
○郵便物関係	・メールボックス利用 ・不在時フロント預かり(宅配便等) ・着払いを除く	—	・メールボックス利用 ・不在時フロント預かり(宅配便等) ・着払いを除く	—
※上記以外の生活サービスは全て有料サービスとなります			※上記以外の生活サービスは必要に応じて実施。(一部有料サービスあり)	
<健康管理サービス>			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
○定期健康診断	年2回実施	左記以外 別途保険診療	年2回実施	左記以外 別途保険診療
○健康相談	随時実施(予約)	—	随時実施(予約) 往診医をご紹介致します	—
○服薬介助	—	—	ダイニングまたはサポートリビングに おいて必要に応じて提供	—
<入退院時、入院中のサービス>			※自立支援を目的としケアプランを作成します。 ケアプランに基づいて必要なサービスを実施します。	
○入退院時の同行(協力医療機関)	必要に応じて対応	—	必要に応じて対応	—
○入退院時の同行(上記以外) ※緊急対応は除く	—	1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費	—	1,650円(消費税込)／30分 +交通費実費
○入院中の見舞い訪問 (洗濯物交換・買物含む)	・協力医療機関は週2回程度 ・協力医療機関以外は週1回程度 ・交通費は毎回実費	・協力医療機関は週3回以上、 協力医療機関以外で週2回以上の場合は、 1,650円(消費税込)／30分 ・交通費は毎回実費	・協力医療機関は週2回程度 ・協力医療機関以外は週1回程度 ・交通費は毎回実費	・協力医療機関は週3回以上、 協力医療機関以外で週2回以上の場合は、 1,650円(消費税込)／30分 ・交通費は毎回実費