

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 タムサクラレジデンスシノザキ タムサくらレジデンス篠崎			
住宅の所在地	〒 133 - 0061 東京都江戸川区篠崎町4丁目21-10			
住宅へのアクセス	最寄駅	都営新宿線 篠崎駅 徒歩15分		
	交通手段と所要時間	篠崎駅からバスで10分 降車後徒歩2分		
住宅の連絡先	電話番号	03-6231-8980		
	FAX番号	03-6231-8960		
	ホームページアドレス	https://mbs-tokyo.com/sakura-residence/		
権原等	敷地	所有関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 地上権 <input type="checkbox"/> 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	2016 年 5 月 1 日 から 2036 年 4 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	909.73 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	2016 年 5 月 1 日 から 2036 年 4 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	第一種高層住宅専用敷地	耐火構造
	延床面積	1,249.64 m ²	うち、サ付き分	1,249.64 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 type="checkbox"/> 使用貸借による権利	
		期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
		抵当権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
施設名称		提供されるサービスの種類	事業所の場所	
			<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
			<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地	
		<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
		<input type="checkbox"/> 同一建物内 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
介護保険事業所番号（特定施設）	1372309623			
指定した自治体名	東京都			
指定年月日（初回）	2018 年 7 月 1 日			
指定有効期限	2030 年 6 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	藍澤大輔	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)	2016 年 6 月 1 日			

2. 事業主体

事業主体の名称	フリガナ カブシキガイシャ エムビーエス 株式会社 MBS		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 106 - 0047 東京都港区南麻布5丁目3-39		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5879-7733	
	FAX番号	03-5879-7625	
	ホームページアドレス	https://mbs-tokyo.com/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	小松原 弘史	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	2010年11月19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 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					
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17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3か月以上滞納し、相当の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					
普通建物賃貸借契約書 第11条のとおり					
契約解約時の連絡先	名称	タムスくらレジデンス篠崎 相談窓口			
	電話番号	03-6231-8980			

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	29 戸（登録申請対象戸数）		／		32 人
居住部分の規模	（最小）	25.05 m ²		詳細については下記「設備の詳細」を参照	
	（最大）	40.63 m ²			
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	構造	鉄骨造	階数	地上3階	うち、サ付き分
竣工の年月日	2016年4月28日				
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している				
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている				
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている				

設備の詳細

	階	定員	面積	戸数	浴室の有無	台所の有無	収納の有無	備考
介護居室	タイプ1	1, 2, 3	1 25.05㎡	5	<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	1, 2, 3	1 25.06㎡	19	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	タイプ3	2, 3	1 25.53㎡	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	
	タイプ4	1	2 40.11㎡	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	2, 3	2 40.63㎡	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	
	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	1 か所	うち男女別	階 (か所)				
			うち、男女共用	1階 (1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						
	個浴	か所	場所	階 (か所), 階 (か所)		面積	㎡	
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
	大浴槽	か所	場所	階		面積	㎡	
		併設施設との共用の有無		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
	共同浴室	共同浴室における介護浴槽	1 か所	場所	1 階		面積	13.55 ㎡
<input checked="" type="checkbox"/> 1 チェア浴 <input type="checkbox"/> 2 リフト浴 <input type="checkbox"/> 3 ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()								
併設施設との共用の有無			<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
食堂	場所	1 階		面積	53.00 ㎡			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		兼機能訓練室			
	併設施設との共用	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし						
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
機能訓練室	場所	1階		面積	53.00 ㎡			
	兼用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	兼用設備		兼食堂			
	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	9	ストレッチャー	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)		2023年4月1日	(小岩消防署)			
	防火管理者	藍澤 大輔						
	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	0	0	0	1	1		
生活相談員		1	0	0	0	1	1		
看護職員(直接雇用)		1	0	1	0	2	1.8		
看護職員(派遣)		0	0	0	0	0	0		
介護職員(直接雇用)		8	0	2	0	10	9.2		
介護職員(派遣)		0	0	0	0	0	0		
機能訓練指導員		1	0	0	0	1	1		
計画作成担当者		1	0	0	0	1	1		
栄養士		0	0	0	0	0	0		
調理員		2	0	7	0	9	3.7		
事務員		0	0	1	0	1	0.4		
その他従業員		0	0	1	0	1	0.8		
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	0	0	0	0			
介護福祉士		6	0	1	0	7	6.8		
実務者研修の修了者		2	0	0	0	2	2		
介護職員初任者研修の修了者		0	0	1	0	1	0.4		
介護支援専門員		0	0	0	0	0			
たん吸引等研修(不特定)		0	0	0	0	0			
たん吸引等研修(特定)		0	0	0	0	0			
資格なし		0	0	0	0	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		
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									
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	1 人		人	人	
宿直	~	人	人	人	人				
看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数					3人				
(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供体制									
(介護予防) 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(外部サービス利用型特定施設の場合、記入不要)	契約上の職員配置比率(※) 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3 : 1 以上							
	※広告・パンフレット等における記載内容に合致するものを選択								
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								

職員の状態 (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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
業務に応じた 従事した 職員の 経年 経験 年数	1年未満	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	5	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
	5年以上 10年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
	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
ご利用者が安心して日常生活をおくることができるよう、以下のサービスを提供致します。 ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう、医療機関と連携を図ります。 なお、医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外の医療機関サービスを自由に選択することができます。

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)	・毎日午前10時頃に各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。 (食事の声掛け、ごみ収集で訪問した際に安否確認をさせていただきます。) ・上記以外の時間帯もご利用者様(ご家族様)とご相談のうえ必要に応じて行います。	自ら実施
生活相談	・日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、生活相談員がご相談をお受け致します。	自ら実施
緊急時対応	・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、介護職員が駆けつけ必要な対応を行います。	自ら実施
食事介助	・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回入浴または清拭介助を行います。	自ら実施
排せつ介助	・利用者の状況に応じた適切な排せつ介助を行います。 ・排せつの自立に向けた援助を行います。	自ら実施
身辺介助	・利用者の状況に応じた適切な体位交換を行います。 ・衣類の着脱等、身だしなみの援助を行います。 ・介助が必要な利用者に対し、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。	自ら実施
居室清掃・洗濯等 家事援助	・週1回居室内の清掃を行います(換気扇、エアコン等については、別途業者を案内します)。 ・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)。 ・週1回シーツ交換を行います。	自ら実施
健康管理	・看護職員等により、血圧・脈拍・体温等の測定による健康状態の確認を行います。 ・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。※費用は実費をご負担いただきます。 ・看護職員等により、健康相談をお受けします。	自ら実施
機能訓練	・必要に応じて薬の管理、服薬介助を行います。	自ら実施
服薬管理	・提携医療機関(タムスさくら病院江戸川等)へ通院時及び入退院時付添いを行います。	自ら実施
通院介助・入退院時 同行サービス	・提携医療機関(タムスさくら病院江戸川等)へ通院時及び入退院時付添いを行います。	自ら実施

住宅で対応できる医療的ケアの内容

- ・健康管理、服薬支援、治療支援(協力医療機関との調整等)
- ・医師の指示に基づく在宅酸素、人工肛門、インシュリン、膀胱カテーテル

介護給付費算定に係る体制等（加算等）の種類

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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))	<input type="checkbox"/> なし
A D L維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))	<input 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 checked="" 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 type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))	<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
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 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) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ))	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) <input type="checkbox"/> (Ⅳ) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(1) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(2) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(3) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(4) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(5) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(6)	<input type="checkbox"/> なし
	<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)	
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 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	<ul style="list-style-type: none"> ・軽減税率の適用範囲内となります。 ・朝、昼、夜、希望者に提供します。 ・朝食は7時～9時まで、昼食は12時～14時まで、夕食は17時～19時まで。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理致します。 ・キャンセル、変更等は提供される日の5日前、午前10時までにお知らせください。 ・それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してまいりますので、お気をつけ下さい。 ・食費は月単位での請求となります。食費：月額31,840円（30日の場合）【朝食465円、昼食572円、夕食691円】※税込価格となります。 		(提供者が委託先等の場合、委託先を記入)
その他利用者の個別的な選択によるサービス提供			
個別的な外出介助	あり		
個別的な買い物等の代行	あり		
週3回以上の入浴介助	なし		

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 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	タムスさくら病院江戸川
		所在地	東京都江戸川区東篠崎1-11-1 住宅からの距離：約1.3*
		診療科目	内科、リハビリ科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介
	医療機関 2	名称	タムス瑞江病院
		所在地	東京都江戸川区南篠崎町3-25-13 住宅からの距離：約 1.4*
		診療科目	内科、整形外科
		協力内容	健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介
協力歯科医療機関	名称	六町駅歯科クリニック	
	所在地	東京都足立区六町4-2-27 住宅からの距離：約13.8*	
	診療科目	歯科	
	協力内容	訪問診療	

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	金額		180,000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	金額		90,000円	算定根拠						
家賃	金額		40,000円	算定根拠						
共益費	金額		1ヶ月 30日の場合	※地域単価		10.9円	※給付率 90%			
介護費用 (介護保険)	(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 <small>※処遇改善加算以外</small>	c = (a+b) × 加算率 <small>小数点以下四捨五入</small>	d = a+b+c	e = d × 地域単価 <small>小数点以下四捨五入</small>	f = e × 給付率 <small>小数点以下四捨五入</small>	g = e - f		
要支援1		5,490	403	719	6,612	72,070	64,863	7,207		
要支援2		9,390	533	1,211	11,134	121,356	109,221	12,136		
要介護1		16,260	762	2,077	19,099	208,176	187,358	20,818		
要介護2		18,270	829	2,330	21,429	233,577	210,219	23,358		
要介護3		20,370	899	2,595	23,864	260,116	234,104	26,012		
要介護4		22,320	964	2,841	26,125	284,759	256,283	28,476		
要介護5		24,390	1,033	3,102	28,525	310,918	279,826	31,092		
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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input checked="" type="checkbox"/> (II))						<input type="checkbox"/> なし			
※加算Ⅰ…12単位/日、加算Ⅱ…20単位/月										
ADL維持等加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input type="checkbox"/> なし			
※加算Ⅰ…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										
若年性認知症患者受入加算(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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II))						<input 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			

料金構造	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input type="checkbox"/> (Ⅱ))	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ))	<input type="checkbox"/> なし	
	※加算Ⅰ…22単位/日、加算Ⅱ…18単位/日、加算Ⅲ…6単位/日		
介護職員等処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ) <input type="checkbox"/> (Ⅲ) <input type="checkbox"/> (Ⅳ) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(1) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(2) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(3) <input type="checkbox"/> (Ⅴ)(4))		
	<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	6,378 円	利用料の算出方法
(介護保険外) 人員配置が手厚い場合の介護サービス費用	円	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	算定根拠:
(介護保険外) 利用者の個別的な選択による介護サービス費用			
食費	51,840円 (消費税込)		<ul style="list-style-type: none"> 食費は月単位での請求となります。食費：月額51,840円(30日の場合) 【朝食465円、昼食572円、夕食691円】 朝食は7時～9時まで、昼食は12時～14時まで、夕食は17時～19時まで キャンセル、変更等は提供される日の5日前、午前10時前までにお知らせください。それ以降のキャンセル料(実費)をご負担していただきます。
光熱水費	円	共益費に含む	
その他	10,000 円	フロントサービス費：宅配の預り、来訪者管理、タクシー手配等を代行致します。	
合計	191,840 円		
支払日・支払方法	<ul style="list-style-type: none"> 翌月20日までに当月の請求書を発行し、入居者様乃至はご家族様に送付します。(振込手数料はご入居者様負担となります。) 翌月末日までに口座振替の方法でお支払いいただきます。 		
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い			
<ul style="list-style-type: none"> 入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費・フロントサービス費はお支払いいただきます。 サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行いお支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。 			
料金改定の条件及び手続き			
<ul style="list-style-type: none"> 入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費・フロントサービス費はお支払いいただきます。 サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行いお支払いいただきます(入院中の利用がない分はお支払いいただきません)。 			

料金プラン（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	3		3	
	自己負担割合	1割		2割	
	年齢	82歳		82歳	
居室の状況	床面積	25.05㎡		25.05㎡	
	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		0円	
	敷金	180,000円		180,000円	
月額費用の合計		218,640円		245,440円	
家賃		90,000円		90,000円	
共益費		40,000円		40,000円	
サービス費用 (※3)	特定施設入居者生活介護の費用(※1)	26,800円		53,600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	51,840円		51,840円	
	光熱水費	0円		0円	
その他		10,000円		10,000円	

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

8. 入居者の状況

入居者の状況（冒頭に記した記入日現在）

平均年齢	88.2歳	入居者数合計		30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				1				
	65歳以上75歳未満								
	75歳以上85歳未満	1							2
	85歳以上		3	2	2	7	3	5	2
	合計	1	3	2	3	7	3	5	4
入居継続期間別入居者数	入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計	
	入居者数	2	7	13	8			30	
男女別入居者数	男性:	9人			女性:	21人			
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)	93.75% (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	11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				2	
	介護老人福祉施設(特養等)へ転居			4		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居		1	
	介護老人保健施設へ転居					医療機関(入院)		3	
	介護療養型医療施設へ転居			1		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) タムスさくらレジデンス篠崎 苦情相談窓口					
電話番号	03-6231-8980					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	9時	00分	～	17時	00分
	日曜	9時	00分	～	17時	00分
	祝日	9時	00分	～	17時	00分
定休日						
窓口の名称	(法人) 株式会社MBS 苦情相談窓口					
電話番号	03-5879-7733					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土・日・祝日・年末年始					
窓口の名称	(区市町村) 江戸川区介護保険課 事業者調整係					
電話番号	03-5662-0032					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土・日・祝日・年末年始					
窓口の名称	東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課					
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約に基づき、介護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・救急車の呼出等）を行います。 ・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部及び江戸川区介護保険課に報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組みを実施します。 					
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： _____) <input type="checkbox"/> なし						

10. その他の留意事項

外出・帰宅・訪問等	
外出・帰宅時間及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出・帰宅の際や外泊時は、事前に住宅職員にご連絡ください。	
共用設備の利用について	
浴室	利用に関しては、公序良俗に反しないようお使いください。
共用キッチン	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き	
<ul style="list-style-type: none"> ・入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等はいりません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者又は他の入居者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い ②身体拘束等以外に代替する介護方法がない ③身体拘束等が一時的なもの 以上、要件全てを満たしている場合に限ります。 ・身体拘束等を行う場合は、入居者又はご家族に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで同意書を交わし、実施します。 ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。 	
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
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
事業収支計画書 (※前払金を受領する 場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場 に記載)
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場 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 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) ・設備管理・電気設備保安・空調設備管理・給排水槽管理・昇降機搬送設備管理・建築物環境衛生管理・建築物検査
	管理業務の 委託先 商号・名称又 は氏名 フリガナ スターツファシリティサービスカブシキガイシャ スターツファシリティサービス株式会社
	住所(事務所 所在地) 〒103-0027 東京都中央区日本橋三丁目1番8号 スターツ日本橋ビル7F
運営懇談会	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 2026年6月頃実施予定
	その他計画的な修繕予定
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 <input type="checkbox"/> なし 実施日 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 実施日 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	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び都が策定する高齢者の居住安定確保プランに基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。

説明年月日

令和 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 MBS

所在地 東京都港区南麻布5丁目3番39号

代表者名 代表取締役 小松原弘史

印

説明者氏名

印

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

署名

印