

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | カーサプラチナ花小金井 |
| 定員・室数 | 86 人 ・ 82 室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|------------|------------------|
| 類 型 | 介護付（一般型） |
| サ付登録の有無 | 無 |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 |
| 利用料の支払方式 | 前払金方式 |
| 入居時の要件 | 混合型（自立含む） |
| 介護保険の利用 | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居室区分 | 定員1～2人（親族のみ対象） |
| 介護に関わる職員体制 | 2.5:1以上 |

1 事業主体

| | | | |
|------------|---|-------------------|----------|
| 名 称 | 法人等の種別 営利法人 | | |
| | フリカ`ナ | カ`シカ`イ`ハ`ト`フル`ケ`ア | |
| 名称 | 株式会社ハートフルケア | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 141-0022 | | |
| | 東京都品川区東品川五丁目25番19号 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5475-7558 | |
| | ファックス番号 | 03-5475-5077 | |
| ホームページ | http://platinum-care.jp/ | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 森永 晃夫 |
| 設 立 年 月 日 | 2000年10月12日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホームの運営、訪問介護事業、居宅介護支援事業、 認知症対応型共同生活介護、訪問看護事業等 | | |

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

| 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 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 | カーサプラチナ花小金井 | 東京都小平市鈴木町一丁目209-1 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |

| | | | |
|------------------------|----|-------------|-------------------|
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | カーサプラチナ花小金井 | 東京都小平市鈴木町一丁目209-1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| ＜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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | |
|---------------------|---|
| 名 称 | フリカ ^ナ カーサ ^{ラチナ} 花 ^コ 井 ^ネ |
| | 名 称 カーサプラチナ花小金井 |
| 所 在 地 | 〒 187-0011 |
| | 東京都小平市鈴木町一丁目209-1 |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 042-349-0355 |
| | ファックス番号 042-349-0356 |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://platinum-care.jp/hanakoganei/ |
| 介護保険事業所番号 | 第1374302162号 |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 施設長 氏名 井野 陽平 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 2012 年 10 月 1 日 |
| 届 出 年 月 日 | 2012 年 8 月 1 日 |
| 届出上の開設年月日 | 2012 年 10 月 1 日 |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） 2012 年 10 月 1 日 |
| | 指定の有効期間 2024 年 9 月 30 日 まで |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） 2012 年 10 月 1 日 |
| | 指定の有効期間 2024 年 9 月 30 日 まで |
| 事業所へのアクセス | 西武新宿線「花小金井駅」徒歩20分（1,600m） |
| 施設・設備等の状況 | |
| 敷 地 | 権利形態 - 抵当権 あり |
| | 面 積 1847.48 m ² |

| | | | | | |
|----------|---------------------|--|-----------|---|----|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 3387.21 m ² うち有料老人ホーム分 3387.21 m ² | | | |
| | 竣工日 | 2012年7月31日 | | | |
| | 階 数 | 地上 5 階 地下 0 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 5 階 地下 0 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 有料老人ホーム | |
| | 併設施設等 | なし () | | | |
| 賃貸借契約の概要 | | 建物 | 契約期間 | 2012年7月31日 ~ 2037年10月31日 | |
| | | | 自動更新 | あり | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 1人 | 24 | 18.13 m ² ~ 18.13 m ² | |
| | 2階 | 2人 | 1 | 28.5 m ² ~ 28.5 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 24 | 18.13 m ² ~ 18.13 m ² | |
| | 3階 | 2人 | 1 | 28.5 m ² ~ 28.5 m ² | |
| | 4階 | 1人 | 18 | 18.13 m ² ~ 18.13 m ² | |
| | 4階 | 2人 | 1 | 28.5 m ² ~ 28.5 m ² | |
| | 5階 | 1人 | 12 | 18.13 m ² ~ 18.13 m ² | |
| | 5階 | 2人 | 1 | 28.5 m ² ~ 28.5 m ² | |
| | 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 7 箇所 (男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：2 大浴槽：1 機械浴：1 | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| 食 堂 | 兼用 | | なし () | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| その他の共用施設 | あり (リハビリルーム・ラウンジ) | | | | |
| エレベーター | あり 2 基 | | | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備：あり | | 火災通報装置：あり | スプリンクラー：あり | |
| 緊急呼出装置 | 居室：あり | 便所：あり | 浴室：あり | 脱衣室：あり | |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|--------|-----------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況等 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者(施設長) | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 介護支援専門員兼務 |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 介護職が兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | 2 | | | 2 | | 4人 | 2.9 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 12 | 2 | | 16 | 2 | 32人 | 27.5 | 生活相談員兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | 4 | | 4人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | 作業療法士 |
| 計画作成担当者 | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 管理者が兼務 |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | 業務委託 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 業務委託 |
| 事務員 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| その他従業者 | | | | 4 | | 4人 | 1.8 | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 時間 | | |

| ③-1 介護職員の資格 | | | | | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | | 7 | 2 | 6 | 1 |
| 実務者研修 | | 1 | | 2 | |
| 介護職員初任者研修 | | 4 | | 9 | |
| 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 | | | | 3 | 1 |

| ③-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | |
|----------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | | |
| 作業療法士 | | 1 | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | |

| ③-3 管理者（施設長）の資格 | | 介護福祉士 介護支援専門員 | |
|-----------------|--|-------------------|------------|
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | 18 時 0 分～ 8 時 0 分 | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | 介護職員 1 人以上 | 看護職員 0 人以上 |

| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 | | | | | ①と同じのため記入省略 | | | |
|-----------------------|-----|----|-----|-----|-------------|----|------------|------|
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 | 兼務状況 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 生活相談員 | | | | | | 0人 | | |
| 看護職員 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | |

| ⑤-1 介護職員の資格 | | | | | | ③-1と同じのため記入省略 | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|---------------|--|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 介護福祉士 | | | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |

| ⑤-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | ③-2 と同じのため記入省略 | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------|----|-----|-----|----------------|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数 | | | | | | 2.4 | 人 | | | | | | | | |

| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 勤続 年数 | 職種 | 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 |
| 1年未満 | | 2 | 1 | 2 | 6 | 1 | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 1 | 2 | 6 | 1 | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 4 | 6 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 6 | 4 | | | 1 | | 1 | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 2 | 2 | 14 | 22 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |

4 サービスの内容

| 提供するサービス | | |
|-----------------------|---|--|
| 食事の提供サービス | あり（委託） | |
| 食事介助サービス | あり | |
| 入浴介助サービス | あり | |
| 排せつ介助サービス | あり | |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり | |
| 相談対応サービス | あり | |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり | |
| 服薬管理サービス | あり | |
| 金銭管理サービス | なし | |
| 定期的な安否確認の方法 | 介護職員の巡回（プライバシーの関係上、巡回の必要性があると判断する場合又は巡回による安否確認をご希望される売位に事業者及び入居者との相互確認のもと実施いたします。） | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 早期・夜間帯においても処置を必要とする医療ケア以外は原則対応（病状によってはお受けできないものもありますので、入居前面談等により判断いたします。）ホームの看護職員による健康管理・相談を行います。 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 国分寺ホームクリニック |
| | 所在地 | 東京都国分寺市南町3-7-8（ホームまでの距離4.3km） |
| | 協力の内容 | 診療科目：内科 協力内容：ホーム入居者への訪問診療の実施（別途医療機関との契約が必要です。）＜医療費は実費＞ |
| 協力医療機関(2) | 名称 | コンパステナルクリニック立川 |
| | 所在地 | 東京都立川市柏町4-62-4（ホームまでの距離8.6km） |
| | 協力の内容 | 診療科目：歯科 協力内容：ホーム入居者への訪問診療の実施（別途医療機関との契約が必要です。）＜医療費は実費＞ |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | パークサイド歯科クリニック |
| | 所在地 | 東京都練馬区関町北3-22-17（ホームまでの距離8.7km） |
| | 協力の内容 | 診療科目：歯科全般・小児歯科・入れ歯治療・訪問診察・予防歯科 協力内容：ホーム入居者への訪問診療の実施（別途医療機関との契約が必要です。）＜医療費は実費＞ |

| 介護保険加算サービス等 | | |
|-----------------------------|---|---|
| 個別機能訓練加算 | あり | |
| 夜間看護体制加算 | あり | |
| 看取り介護加算 | あり | |
| 医療機関連携加算 | あり | |
| 認知症専門ケア加算 | なし | |
| サービス提供体制強化加算 | なし | |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(I) | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | あり(II) | |
| 入居継続支援加算 | なし | |
| 生活機能向上連携加算 | なし | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | なし | |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 栄養スクリーニング加算 | なし | |
| 退院・退所時連携加算 | あり | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | なし | |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | 不可 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | あり | |
| 運営懇談会の開催 | あり (年 2 回予定) | |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | | |
| 自費によるショートステイ事業 | なし | |
| 入居に当たっての留意事項 | | |
| 入居の条件 | 年齢 | 65歳以上 |
| | 要介護度 | 要支援～要介護5まで入居可能 |
| | 医療的ケア | 早朝・夜間帯に及ぶ医療処置を必要性がある方はご入居いただけない場合があります。 |
| | 認知症 | 他の入居者に暴力等の危害が及ばない認知症の方であれば入居可能 |
| | その他 | 他の入居者に感染する恐れのある感染症の方はご入居いただけません。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について入居者と連帯して履行の責を負います。また、死亡退去時の身柄を引き取っていただきます。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 7泊を限度といたします。 |
| | 利用料金 | 1泊2日 11,000円(宿泊費、食費、サービス費含む) |
| | その他 | 体験入居においても事前の健康診断の提示が必要となります。 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中も居室の利用権は存続し、施設の都合で使用することはありません。入院期間中は、月額利用料のうち、管理費、家賃相当がkは居室を利用したとみなし定額でお支払いいただきます。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | やむを得ず身体拘束を行う場合は、「非代替性」・「一時性」・「切迫性」の3点を満たした場合であってご本人及びご家族等の同意を得たうえで行います。身体拘束を行う場合は、その態様及び利用者の心身の状況等を書面にて記録します。また身体拘束は一時的な措置として期間を定め、期間中又は期間満了時にカンファレンスを行い身体拘束解除に努めて参ります。 | |
| 事業者からの契約解除 | 事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の声明に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における通常の介護方法及び接遇ではこれを防止することができないとき | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| 一時介護室への移動 | なし | |
| 判断基準・手続 | | |
| 利用料金の変更 | | |
| 前払金の調整 | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|----|
| その他の居室への移動 | | あり | |
| 判断基準・手続 | 【適切なサービス提供の為、事業者側から居室を変更していただく場合】 一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いたうえで、介護居室を変更していただく場合があります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意のうえで住み替えていただきます。尚、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更になります。 【入居者都合の居室変更の場合】 入居契約を一旦退去のうえ、新規契約扱いとなります。 | | |
| 利用料金の変更 | 適切なサービス提供に伴う事業者側からの居室移動の場合、2人部屋から1人部屋へ移動となる場合については、変更後の家賃相当額へ変更となります。 | | |
| 前払金の調整 | 適切なサービス提供に伴う事業者側からの居室移動の場合、受領済みの前払金と移動先の前払金設定に相違がある場合は、下記前払金調整を行います。 【従前居室より前払金設定が高い場合】 従前居室より異動後居室の前払金が高い場合は、追加費用を必要とせずに従来の前払金償却にて対応いたします。 【従前居室より前払金設定が低い場合】 従前居室より移動後居室の前払金が高い場合は、差額を返金し、移動後居室設定の前払金償却がなされるよう調整いたします。 | | |
| 従前居室との仕様の変更 | 適切なサービス提供に伴う事業者側からの居室移動の場合、当施設が指定する居室への変更をお願いいたします。居室の階層や方角、居室面積に変更が生じる場合がございます。 | | |
| 提携ホーム等への転居 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 1 | 施設苦情相談窓口（施設長） | | |
| 電話番号 | 042-349-0355 | | |
| 対応時間 | 9:00 ～ 18:00 （年中無休（日曜日～月曜日）） | | |
| 窓口の名称 2 | 本社 苦情相談窓口 | | |
| 電話番号 | 03-5475-7558 | | |
| 対応時間 | 9:00 ～ 18:00 （月曜日～金曜日の平日、土日祝日は除く） | | |
| 窓口の名称 3 | 小平市 042-341-1211 | | |
| 電話番号 | 042-341-1211 | | |
| 対応時間 | 8:30 ～ 17:00 （月曜日～金曜日の平日、土日祝日は除く） | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおいニッセイ同和損害保険株式会社） | | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| 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 | あり | | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

| | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|--------------|--------------|---------------|----------------|-------|-------|-------|
| 介護度別・年齢別入居者数 | 平均年齢： | 90.7 歳 | 入居者数合計： | 80 人 | | | | |
| 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 |
| 6 5 歳未満 | | | | | | | | |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | | | | | 1 | | 1 | |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 |
| 8 5 歳以上 | | 7 | 4 | 14 | 14 | 15 | 13 | 7 |
| 合計 | 0 | 8 | 4 | 15 | 15 | 15 | 15 | 8 |
| 入居継続期間別入居者数 | | | | | | | | |
| 入居期間 | 6月未満 | 6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 | 11 | 3 | 41 | 25 | | | 80 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 22 人 | | 女性： 58 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 93 % （定員に対する入居者数） | | | | | | | |

| 直近1年間に退去した者の人数と理由 | | | |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 理由 | 人数 | 理由 | 人数 |
| 自宅・家族同居 | 1 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 1 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | | 医療機関への入院 | 3 |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 11 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | | その他 | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | 退去者数合計 | 16 |

6 利用料金

| 入居準備費用 | | なし | | 円 | | | |
|----------------|---|--|---------|---------|------|---------|------|
| 明内細訳 | | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | | | | | | | |
| 解約時の返還 | | | | | | | |
| 敷金 | | なし | | | | | |
| 金額 | 円 ※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。 | | | | | | |
| 家賃及びサービスの対価 | | | | | | | |
| プランの名称 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) | | | | |
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| 基本プラン（1名入居） | 312万円～900万円 | 249,840円 | 55,000 | 143,000 | 0 | 51,840 | 実費 |
| らくらくプラン（1名入居） | 462万円～1,275万円 | 224,840円 | 30,000 | 143,000 | 0 | 51,840 | 実費 |
| ゆうゆうプラン（1名入居） | 642万円～1,725万円 | 194,840円 | 0 | 143,000 | 0 | 51,840 | 実費 |
| 基本プラン（2名入居） | 456万円～1,260万円 | 403,180円 | 85,000 | 214,500 | 0 | 103,680 | 実費 |
| らくらくプラン（2名入居） | 786万円～2,085万円 | 348,180円 | 30,000 | 214,500 | 0 | 103,680 | 実費 |
| ゆうゆうプラン（2名入居） | 966万円～2,535万円 | 318,180円 | 0 | 214,500 | 0 | 103,680 | 実費 |
| 月払いプラン（1名入居1例） | 83.46万円～131.82万円 | 337,840円 | 143,000 | 143,000 | 0 | 51,840 | 実費 |
| 前払金 | 月額単価（円）×想定居住期間（月）＋想定居住期間を超えて契約が継続することに備えて事業者が受領する額により算出 （例）基本プラン 80歳～85歳で3・4階南向きの一人部屋の場合 55,000円（月額単価）×84か月（想定居住期間）＋1,155,000円（想定居住期間を超えて契約が継続することに備えた金額） （例）らくらくプラン 80歳～85歳で3・4階南向きの一人部屋の場合 80,000円（月額単価）×84か月（想定居住期間）＋1,680,000円（想定居住期間を超えて契約が継続することに備えた金額） （例）ゆうゆうプラン 80歳～85歳で3・4階南向きの一人部屋の場合 143,000円（月額単価）×6か月 | | | | | | |
| | 月払いプランについては、月々の家賃相当額の6ヶ月分を敷金として受領いたします。 （例）月払いプラン 3・4階南向きの一人部屋の場合 143,000円（月額単価）×6か月 | | | | | | |
| | （月額単価の説明） 家賃相当額の一部（基本プラン・らくらくプラン・月払いプラン）又は全部（ゆうゆうプラン）。居室の広さ・方角・階層により前払いの基礎となる家賃は異なります。 ※前払いの基礎家賃は別紙を参照ください。 | | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | （想定居住期間の説明） 公益社団法人全国有料老人ホーム協会入居者生活保証制度加入者データより要支援以上の方の平均余命試算に基づき想定居住期間を定めています。 各年齢別想定居住期間は下記のとおりです。 65歳以上70歳未満の場合は、120ヶ月（10年） 70歳以上75歳未満の場合は、108ヶ月（9年） 75歳以上80歳未満の場合は、96ヶ月（8年） 80歳以上85歳未満の場合は、84ヶ月（7年） 85歳以上90歳未満の場合は、72ヶ月（6年） 90歳以上95歳未満の場合は、60ヶ月（5年） 95歳以上の場合は、48ヶ月（4年） （想定居住期間を超えて契約が継続することに備えて事業者が受領する額の説明） 公益社団法人全国有料老人ホーム協会入居者生活保証制度加入者データにより、前払金の20%と定めています。 | | | | | | |
| | 家賃 | 1人部屋：107,000円～149,500円、2人部屋：161,000円～219,700円 ※上記家賃総額から前払い充当分の家賃を差し引いた額を月払いにより受領します。ゆうゆうプランにおいては、全額前払金として受領しますので、月払い家賃相当額は0円となります | | | | | |

| | |
|------|--|
| 管理費 | 143,000円（税込）／1人、214,500円（税込）／2人 用途：事務管理部門の person 費・事務費、日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の維持管理費 |
| 介護費用 | — ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 食費 | 朝食 464 円・昼食 616 円・夕食 648 円 間食 0 円 1 日当たり 1,728 円 × 30 日で積算 厨房管理運営費 — 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 食費については喫食分（朝食・昼食・夕食別）を末締め翌月末支払いにていただきます。前日までにキャンセルのお申し出があったものは食費を徴収いたしません。 |
| 光熱水費 | 居室内電気代は個別メーターにより実費 |

| 前払金の取扱い | | |
|--|---|--|
| 支払日・支払方法 | 入居前までに当社指定口座へ原則一括振込にてお願いします。 | |
| 償却開始日 | 入居日の翌日 | |
| 返還対象としない額 | あり | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当該施設が受領する額として公益社団法人全国有料老人ホーム協会入居者生活保証制度加入データにより、前払金の20%を非返還額と定めます。具体的な算定方法は別紙「前払金算出根拠資料」で示します。 ・非返還額の事業者への帰属時期は、入居日の翌日とします。 ・当該非返還額は、老人福祉法第29条第6項で受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。 |
| | 位置づけ | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | <p>(入居者が1人の場合であって契約が終了した場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居一時金償却期間内の場合 (入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合) $\text{入居一時金} \times 80\% (\text{償却期間の償却率}) \div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$ <p>※償却期間は、下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> 65歳以上70歳未満の場合は、120ヶ月 (10年) 70歳以上75歳未満の場合は、108ヶ月 (9年) 75歳以上80歳未満の場合は、96ヶ月 (8年) 80歳以上85歳未満の場合は、84ヶ月 (7年) 85歳以上90歳未満の場合は、72ヶ月 (6年) 90歳以上95歳未満の場合は、60ヶ月 (5年) 95歳以上の場合は、48ヶ月 (4年) <ul style="list-style-type: none"> ・2人入居の場合 2人のうち1人退去の場合、返還金はありません。 ・入居金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。 | |
| 短期解約 (死亡退去含む) の返還金の算定方式 | 期間：3か月 | 起算日：入居した日 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、老人福祉法第29条第8項及び施行規則第21条第1項第1号の定めに従い、本契約第44条に短期解約特例を定め、入居者の入居後3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により契約が終了する場合に対応します。 ・本特例は受領済みの入居一時金 (非返還部分の額を含む) を全額返金扱いとしますが、入居日数に応じて1日当たりの利用料を下記算式に従いお支払いただきます。 $\text{【入居一時金-非返還部分の額】} \div \text{償却期間月数} \div 30$ | |
| 返還期限 | 契約終了日から 60 日以内 | |
| 保全措置 | あり 保全先：公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度に加入 | |
| その他留意事項 | 当社倒産等により施設全入居者が退去せざる得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高 (保証金額を限度)」が入居契約者へ支払われる。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担。 | |
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 毎月末締め翌月27日に口座引落としさせていただきます。請求書は利用月の翌月10日前後に発行いたします。 | |
| その他留意事項 | 特になし | |
| 介護保険サービスの自己負担額 ※要介護度に応じて利用料の1割 (一定以上所得の場合2割・3割) を負担する。 | | |
| (30日換算・自己負担1割の場合) 単位：円 | | |
| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
| 要支援1 | 63,724 | 6,373 |
| 要支援2 | 105,737 | 10,574 |
| 要介護1 | 182,605 | 18,261 |
| 要介護2 | 204,096 | 20,410 |
| 要介護3 | 226,567 | 22,657 |
| 要介護4 | 247,415 | 24,742 |
| 要介護5 | 269,887 | 26,989 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|---------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | あり | |
| 夜間看護体制加算 | あり | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり | 対象者のみ |
| 医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 認知症専門ケア加算 | なし | |
| サービス提供体制強化加算 | なし | |
| 入居継続支援加算 | なし | 要介護のみ |
| 生活機能向上連携加算 | なし | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | なし | 対象者のみ |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 栄養スクリーニング加算 | なし | 対象者のみ |
| 退院・退所時連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(Ⅰ) | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | あり(Ⅱ) | |

| | |
|--|-------------------------|
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり） |
| 料金改定の手続 | |
| ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴き同意を得たうえで改定します。 | |

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------|---------|
| プランの名称 | 基本プラン（80歳～85歳で3・4階南向きの一人部屋の場合） | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 5,775,000 | 249,840 |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |

7 入居希望者等への事前の情報開示

| | | | |
|----------|----------|---------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 | その他開示情報 | なし |

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| |
|--|
| <p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____ 印 _____</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名 _____</p> <p>職 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____</p> |
|--|

介護サービス等の一覧表(参考様式)

| 区分 | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|------------------|--|--|--|---|
| | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料を含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| サービス | | | 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○ 必要に応じ随時 | - | ■ 必要に応じ随時 | - |
| 巡回 夜間 | ○ 必要に応じ随時 | - | ■ 必要に応じ随時 | - |
| 食事介助 | - | - | ■ | - |
| 排泄介助 | - | - | ■ | - |
| おむつ交換 | - | - | ■ | - |
| おむつ代 | - | 実費 | - | 実費 |
| 入浴(一般浴)介助 | - | ご希望の場合、1回 4,307円+税 | ■ 週2回の入浴時介助 | 左記以上のご希望の場合 |
| 清拭 | - | ご希望の場合、1回 2,720円+税 | ■ 身体状況により週2回 の入浴が困難な場合 週2回 | 左記以上のご希望の場合 1回2,720円+税 |
| 特浴介助 | - | ご希望の場合、1回 4,307円+税 | ■ 週2回の入浴時介助 | 左記以上のご希望の場合 |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | - | - | ■ | - |
| ・居室からの移動 | - | - | ■ | - |
| ・衣類の着脱 | - | - | ■ | - |
| ・身だしなみ介助 | - | - | ■ | - |
| 機能訓練 | ○ グループリハビリの実施 | 20分 800円+税 30分 1,200円+税 40分 1,600円+税 | ■※1 グループリハビリ、個別リハビリの計画作成及び実施 | - |
| 通院介助 (協力医療機関) | ○ | - | ■ | - |
| 通院介助 (上記以外) | ○ 施設から概ね3km圏内の近隣病院は送迎無料。但し、付添同行は30分毎に1,800円+税 | 左記以外の送迎対応30分毎に1,800円+税。付添同行は30分毎に1,800円+税 | ○ 施設から概ね3km圏内の近隣病院は送迎無料。但し、付添同行は30分毎に1,800円+税 | 左記以外の送迎対応30分毎に1,800円+税。付添同行は30分毎に1,800円+税 |
| 緊急時対応 | ○ 24時間対応 | - | ○ 24時間対応 | - |
| コール対応 | ○ 24時間対応 | - | ○ 24時間対応 | - |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | - | ご希望の場合 1回2,000円+税 | ■ 週1回 | 左記以上をご希望の場合 1回2,000円+税 |
| リネン交換 | ○ 週1回リネンの提供 | 左記以上をご希望の場合は、1回2,000円 | ■ 週1回リネンの提供及び交換 | 左記以上をご希望の場合 1回2,000円+税 |

| 区分 | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|------------------|--|---|--|---|
| | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料を含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| サービス | | | 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| 日常の洗濯 | - | ご希望の場合1回 2,000円+税 | ■ 週2回 | 左記以上をご希望の場合 1回2,000円+税 |
| 居室配膳・下膳 | ○ 体調不良等により食堂でお食事ができない場合対応 | 左記以外の場合 1回450円+税 | ■ 体調不良等により食堂でお食事ができない場合対応 | 左記以外の場合 1回450円+税 |
| 嗜好に応じた特別食 | - | - | - | - |
| おやつ | ○ 毎日1回 | - | ○ 毎日1回 | - |
| 理美容 | - | 実費 | - | 実費 |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○ 週1回指定日 | 買い物代金実費 | ○ 週1回指定日 | 買い物代金実費 |
| 買物代行(上記以外の区域) | - | 買い物代行に要す時間30分につき1,800円+税及び買い物代金実費 | - | 買い物代行に要す時間30分につき1,800円+税及び買い物代金実費 |
| 役所手続き代行 | ○ 介護保険関連手続き | 買い物代行に要す時間30分につき1,800円+税及び買い物代金実費 | ○ 介護保険関連手続き | 買い物代行に要す時間30分につき1,800円+税及び買い物代金実費 |
| 金銭管理サービス | - | - | - | - |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | 年2回の定期健康診断機会提供 | 定期健康診断費用は実費 | 年2回の定期健康診断機会提供 | 定期健康診断費用は実費 |
| 健康相談 | ○ 看護職員による健康相談適宜対応 | - | ■ 看護職員による健康相談適宜対応 | - |
| 生活指導・栄養指導 | ○ 適宜対応 | - | ■ 適宜対応 | - |
| 服薬支援 | ○ 適宜対応 | - | ■ 適宜対応 | - |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | ○ 適宜対応 | - | ■ 適宜対応 | - |
| 医師の訪問診療 | - | 実費 | - | 実費 |
| 医師の往診 | - | 実費 | - | 実費 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | ○ 施設から概ね3km圏内の近隣病院は送迎無料。但し、付添同行は30分毎に1,800円+税 | 左記以外は送迎対応30分毎に1,800円+税。付添同行30分毎に1,800円+税 ※救急搬送については付き添い料はいただきません。ただし、職員の帰りに要した交通費は実費でいただきます。 | ○ 施設から概ね3km圏内の近隣病院は送迎無料。但し、付添同行は30分毎に1,800円+税 | 左記以外は送迎対応30分毎に1,800円+税。付添同行30分毎に1,800円+税 ※救急搬送については付き添い料はいただきません。ただし、職員の帰りに要した交通費は実費でいただきます。 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | | | | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | ※協力医療機関の場合は必要時実施 | | ※協力医療機関の場合は必要時実施 | |
| <その他サービス> | | | | |

施設名:カーサプラチナ花小金井

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------|--|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 | 根抵当権設定あり。但し、有料老人ホーム建設費に関わる借入設定であることを土地・建物オーナーより確認済。 |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 | グループ企業株式会社ツツイより株式会社ハートフルケアへの転貸借契約による。 |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 | |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 | |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 | |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 | |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 | |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 | |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 | |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 | |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 | 保全先:公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度に加入 |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。) | ○ 適合 | 初期償却率: % 入居日の翌日に20%(3か月以内の契約解除の場合は除く)。厚生労働省通知に示された想定居住期間を超えることに備えた額として受領する額 |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 | |

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。