

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 施設名 | スマイリングホームメディス足立 |
| 定員・室数 | 82 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 | 月払い方式 |
| 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人 |
| 介護に関わる職員体制 | 3：1以上 |

1 事業主体

| | | | |
|-------------|--|--|----------|
| 名 称 | 法人等の種別 営利法人 | | |
| | フリカ ^ナ | グリーンライフが ^ン ホ ^ン カ ^フ シ ^カ イン ^ヤ | |
| | 名 称 | グリーンライフ東日本株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 103-0028 | |
| | 東京都中央区八重洲1丁目4番16号 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5255-3338 | |
| | ファックス番号 | 03-5200-1177 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.greenoife-inc.co.jp | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 沖本 浩一 |
| 設 立 年 月 日 | 平成15年7月23日 | | |
| 主 な 事 業 等 | (予防)特定施設入居者生活介護、(予防)訪問看護、(予防)訪問介護、(予防)通所介護、居宅介護支援事業所 | | |

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 | スマイリングホームメディス足立 | 足立区南花畑3丁目35番10号 |
| 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 | 2 | はびね中野坂上 | 中野区中央1丁目11番8号 |
| 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 | スマイリングホームメディス足立 | 足立区南花畑3丁目35番10号 |
| 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 | 2 | はびね中野坂上 | 中野区中央1丁目11番8号 |
| 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 | スマイリングホームメディス足立 | | |
| | 名 称 | スマイリングホームメディス足立 | | |
| 所 在 地 | 〒 | 121-0062 | 東京都足立区南花畑3-35-10 | |
| | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5851-3800 | | |
| | ファックス番号 | 03-5851-3802 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.greenlife-inc.co.jp/facility/medis_adachi/ | | | |
| 介護保険事業所番号 | 東京都指定 第1372109460号 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 岡田 桐子 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 25 年 5 月 1 日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 25 年 3 月 28 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 25 年 5 月 1 日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） | 平成 25 年 5 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 7 年 4 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） | 平成 25 年 5 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 7 年 4 月 30 日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | つくばエクスプレス「六町」駅から1.2km、徒歩20分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし |
| | 面 積 | 2116.93 m ² | | |

| | | | | | |
|-----------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 4055.35 m ² | うち有料老人ホーム分 | 3653.25 m ² | |
| | 竣工日 | 平成17年11月25日 | | | |
| | 階 数 | 地上 4 階 地下 0 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 4 階 地下 0 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 老人・身体障害者福祉ホーム等 | |
| 併設施設等 | あり (医療法人宏愛会 宏愛クリニック) | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成17年11月25日 ~ 令和7年11月24日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 1名 | 30 | 18 m ² ~ 19.3 m ² | |
| | 3階 | 1名 | 30 | 18 m ² ~ 19.3 m ² | |
| | 4階 | 1名 | 22 | 18 m ² ~ 19.3 m ² | |
| | | | | m ² ~ 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 | 5 箇所 (一部男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：5 大浴槽：0 機械浴：2 | |
| | 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 (健康管理室、理美容室、機能訓練室) | | | | |
| 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 | 1.0 | |
| 生活相談員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 4 | | | 5 | | 9人 | 8.0 | |
| 看護職員：派遣 | | | | 3 | | 3人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 21 | | | 5 | | 26人 | 24.5 | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | 3 | | | | | 3人 | 3.0 | |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | 委託 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 委託 |
| 事務員 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| その他従業者 | | | | 2 | | 2人 | 1.2 | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 37.5 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 | 13 | | | 1 | |
| 実務者研修 | 2 | | | 1 | |
| 介護職員初任者研修 | 6 | | | 1 | |
| 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 | | | | 2 | |

| 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 | 1 | | | | |
| 作業療法士 | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | |
| 柔道整復師 | 1 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 1 | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | |

③-3 管理者（施設長）の資格 管理栄養士

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 19 時 0 分～ 7 時 30 分

上記時間帯の職員配置数 介護職員 3 人以上 看護職員 1 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 | | | | | 3.0 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 | | 1 | 3 | 1 | 2 | | | 1 | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 1 | 9 | 2 | 1 | | 1 | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | 2 | 1 | 8 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | 1 | 3 | 3 | 1 | | | 1 | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 4 | 8 | 21 | 5 | 1 | 0 | 3 | 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 | 介護職員による巡回は原則として3時間に1回行います。 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 施設の看護師による在宅酸素管理、経管栄養対応が可能。 他）：インシュリン、IVH、人工肛門、尿道カテーテル、褥瘡、人工呼吸器の管理、喀痰吸引、見取り等の対応可能 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団寿英会 内田病院 |
| | 所在地 | 足立区千住2-39（電話）03-3888-7321 |
| | 協力の内容 | 施設から約6キロ。車で15分の緊急時の搬入受入。入院治療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、健康診断の実施。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団けいせい会 東京北部病院 |
| | 所在地 | 足立区江北6-24-6（電話）03-3854-3181 |
| | 協力の内容 | 施設から約6キロ。車で15分の緊急時の搬入受入。入院治療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、健康診断の実施。 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 谷塚歯科クリニック |
| | 所在地 | 埼玉県草加市瀬崎3-41-28メゾンフジ1階（電話）048-920-6660 |
| | 協力の内容 | 施設から約3キロ。車で10分 定期的な外来診療の受入、必要に応じ月1・2回の口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施 |

| 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 | あり(I)□ |
| 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 | 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 | あり |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|-------------------|---|--------------------------|
| 入居の条件 | 年齢 | 年齢制限はありません |
| | 要介護度 | 制限なし（自立者を含む） |
| | 医療的ケア | 「施設対応できる医療的ケア内容」に準じる |
| | 認知症 | 特になし |
| | その他 | 特になし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人は入居者以外で、入居者の事業者に対する債務について入居者と連携して履行の責を負うものとします。身元引受人は、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の受け取りを行うこととします。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 利用の上限6泊7日まで |
| | 利用料金 | 利用料金：1泊2日11,000円 |
| | その他 | その他費用（おむつ等）については、実費とします。 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中、食事代はかかりませんが、室料・管理費は全額ご負担いただきます。添付3「重度化した場合における対応に係る指針」参照 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 身体拘束は基本的に行いません。然しながら、利用者様の安全性の確保が保証できない場合に限り、利用者様、ご家族様との十分な話し合いを行い、同意書を作成し同意いただいた上で身体拘束を行います。但し介助することを目標に検討を行うことを約束します。 | |
| 事業者からの契約解除 | 事業者から90日の予告期間（②は30日の予告期間）をおいて次の場合に契約を解除することがあります。①不正手段により入居したとき②他の利用者や従業員に危害を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法でこれを防げないと判断したとき | |

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 | 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 | | | |
| 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 | 施設窓口担当（施設長）岡田 桐子 | | |
| 電話番号 | 03-5851-3800 | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:00 （施設長公休日は計画作成担当者） | | |
| 窓口の名称 2 | 権利擁護センター足立 | | |
| 電話番号 | 03-5813-3551 | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:00 （土・日曜日・祝日を除く） | | |
| 窓口の名称 3 | 東京都国保連合会（介護サービス苦情相談窓口） | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 （土・日曜日・祝日を除く） | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：三井住友海上 福祉事業者総合賠償責任担当 | | |
| 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、意見箱等利用者等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 | |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | |

5 入居者

| | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|----------|----------|-----------|------------|-------|-------|-------|
| 介護度別・年齢別入居者数 | 平均年齢： | 83.6 歳 | 入居者数合計： | 76 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 |
| 65歳未満 | | | | | | | 1 | 5 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | 3 | 4 |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 9 | 13 |
| 85歳以上 | | | 1 | 6 | 3 | 2 | 11 | 10 |
| 合計 | 0 | 1 | 2 | 8 | 5 | 4 | 24 | 32 |
| 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 | 16 | 9 | 42 | 4 | 5 | 0 | 76 | |
| 男女別入居者数 | 男性：34 人 | | | 女性：42 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 | 6 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 0 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 3 | 医療機関への入院 | 3 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 1 | 死亡 | 37 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 0 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 7 | 退去者数合計 | 57 |

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 | | | |
| | | | 月額方式 | 0円 | 404,980円 | 219,000 | 113,740 | 0 | 72,240 | 管理費に含む |
| | | | | | 0円 | | | | | |
| | | | | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 前払い金なし (月額単価の説明) (想定居住期間の説明) | | | | | | | | |
| | 家賃 | 月額方式 219,000円/月（非課税） 1日当たり7,300円×30日で積算 近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定 | | | | | | | | |
| | 管理費 | 113,740円/月（税込） 1日当たり3,791円×30日で積算 共用施設設備の維持管理費、居室光熱水費用、事務管理費 | | | | | | | | |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 566 円・昼食 869 円・夕食 869 円 間食 104 円 1日当たり 2,408 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) スタッフへ3日前までにキャンセルの申し出をいただき、その分の食費請求は発生いたしません。 | | | | | | | | |
| 光熱水費 | 管理費に含まれます。 | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 前払金の取扱い | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | | | | | | |
| 償却開始日 | | | | | | |
| 返還対象としない額 | | | | | | |
| | 位置づけ | | | | | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | | | | | | |
| 返還期限 | 契約終了日から 日以内 | | | | | |
| 保全措置 | 保全先： | | | | | |
| その他留意事項 | | | | | | |
| 月額利用料の取扱い | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | ご請求書様へ費用項目とその明細をつけ毎月15日までに請求書を送ります。ホームはこれに基づき原則としてその金額を郵便もしくは銀行貯金口座から自動引き落としします。入居者は、郵便もしくは銀行貯金口座を設け、その口座から郵便貯金の場合は毎月20日銀行貯金の場合は毎月26日に毎月分を自動振替の方法により、お支払いいただきます。 | | | | | |
| その他留意事項 | 室料管理費は前払いとなり、食費・介護保険・おむつ等は実費分だけ後払い、医療費に関しては2か月遅れとなります。 | | | | | |
| 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)を負担する。 | | | | | | |
| (30日換算・自己負担1割の場合) | | | | | | |
| 介護度 | 基本単位 a | 加算 b | 処遇改善加算 c=(a+b)×d 小数点以下 四捨五入 | 総単位数 e=a+b+c | 介護報酬 f=e×地域別単価 小数点以下 切捨て | 自己負担額 g=f×0.1 小数点以下 切上げ |
| 要支援1 | 5,430 | 750 | 581 | 6,761 | 73,694円 | 7,370円 |
| 要支援2 | 9,300 | 750 | 945 | 10,995 | 119,845円 | 11,985円 |
| 要介護1 | 16,080 | 1,050 | 1,611 | 18,741 | 204,276円 | 20,428円 |
| 要介護2 | 18,060 | 1,050 | 1,796 | 20,906 | 227,875円 | 22,788円 |
| 要介護3 | 20,130 | 1,050 | 1,991 | 23,171 | 252,563円 | 25,257円 |
| 要介護4 | 22,050 | 1,050 | 2,171 | 25,271 | 275,453円 | 27,546円 |
| 要介護5 | 24,120 | 1,050 | 2,366 | 27,536 | 300,142円 | 30,015円 |
| b | 加算の種類 | | 単位・割合 | 算定 | 備考 | |
| | 個別機能訓練加算 | | 12/日 | あり | | |
| | 夜間看護体制加算 | | 10/日 | あり | 要介護のみ | |
| | 看取り介護加算 | | 144～1,280/日 | あり | 対象者のみ | |
| | 医療機関連携加算 | | 80/月 | あり | 対象者のみ | |
| | 認知症専門ケア加算 | | 0/日 | なし | | |
| | サービス提供体制強化加算 | | 12/日 | あり(I)口 | | |
| | 入居継続支援加算 | | 0/日 | なし | 要介護のみ | |
| | 生活機能向上連携加算 | | 0/月 | なし | | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 0/日 | なし | 対象者のみ | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | | 30/月 | あり | | |
| | 栄養スクリーニング加算 | | - | なし | 対象者のみ | |
| d | 退院・退所時連携加算 | | 30/日(上限30日) | あり | 対象者のみ | |
| | 介護職員処遇改善加算 | | 8.20% | あり(I) | | |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | | 1.20% | あり(II) | | |
| 当ホームの地域別単価は10.9です。(足立区) 看取り介護加算を算定した月においては自己負担額が変動します。 | | | | | | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | | 無料 | | |
| 料金改定の手続 | | | | | | |
| 料金が改定する場合、運営懇談会にて説明し参加されない方は議事録にてお伝えいたします。 | | | | | | |

【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 | 月額方式 | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 0 | 404,980 |
| ※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 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 | 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

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。

_____年 月 日

署名 _____ 印 _____

説明年月日
_____年 月 日

説明者職・氏名

職

氏名 _____ 印 _____

介護サービス等の一覧表(参考様式)

| 区分 サービス | (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) |
| | | | 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 | | | 3時間毎に巡視 | |
| 巡回 夜間 | 必要に応じて | | 3時間毎に巡視 | |
| 食事介助 | | | 食事の都度一部介助 | |
| 排泄介助 | | | トイレでの排泄の都度一部介助 | |
| おむつ交換 | | | 就寝時に装着し起床時着脱 | |
| おむつ代 | | | | 実費徴収 |
| 入浴(一般浴)介助 | | | 週3回入浴時介助 | |
| 清拭 | | | 入浴困難な時に随時タオルで清拭 | |
| 特浴介助 | | | | |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | | | | |
| ・居室からの移動 | | | 杖又は歩行器で移動を介助 | |
| ・衣類の着脱 | | | 毎日朝・夜及び入浴時一時介助 | |
| ・身だしなみ介助 | | | 毎日朝・夜及び入浴時一時介助 | |
| 機能訓練 | | | 週3回身体状況に応じた訓練 | |
| 通院介助 (協力医療機関) | | | 随時 | |
| 通院介助 (上記以外) | | 1時間につき4,400円 | | 1時間につき4,400円 |
| 緊急時対応 | 24時間対応 | | 24時間対応 | |
| オンコール対応 | | | | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | 週3回 | | 週3回 | |
| リネン交換 | あり | | あり | |
| 日常の洗濯 | 週3回 | | 週3回 | |
| 居室配膳・下膳 | 必要に応じて | | 必要に応じて | |
| 嗜好に応じた特別食 | | | | |
| おやつ | | 104円(食費を含む) | | 104円(食費を含む) |
| 理美容 | | 外部業者にて実費徴収 | | 外部業者にて実費徴収 |
| 買物代行(通常の利用区域) | | 1回3,300円 | | 1回3,300円 |
| 買物代行(上記以外の区域) | | 1回3,300円 | | 1回3,300円 |
| 役所手続き代行 | | 1回3,300円 | | 1回3,300円 |
| 金銭管理サービス | | 立替払い制 | | 立替払い制 |

| 区分 サービス | (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に含む)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 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に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) 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▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | あり(年2回実費) | | あり(年2回実費) |
| 健康相談 | 随時 | 看護師による | 随時 | 看護師による |
| 生活指導・栄養指導 | | | | |
| 服薬支援 | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | | | | |
| 医師の訪問診療 | | 2回/月 | | 2回/月 |
| 医師の往診 | | 適宜 | | 適宜 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | 指定移送事業者でないため実施していない | | 指定移送事業者でないため実施していない |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | 随時 | | 随時 | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 1時間につき4,400円 | | 1時間につき4,400円 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | ¥~^0 |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | |
| <その他サービス> | | | | |

施設名:スマイリングホームメディス足立

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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 非該当 | |
| 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 . 不適合 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 非該当 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 | |
| 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 . 不適合 ○ 非該当 | 保全先: |
| 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 . 不適合 ○ 非該当 | 初期償却率: % |
| 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 . 不適合 ○ 非該当 | |

※ 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。