

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 施設名   | ホームステーションらいふ梅屋敷 |
| 定員・室数 | 45 人 ・ 45 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（自立除く）        |
| 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                       | カ`シカ`イヤライ    |         |
|             | 名 称                         | 株式会社らいふ      |         |
| 主たる事務所の所在地  | 〒                           | 140-0002     |         |
|             | 東京都品川区東品川2-2-24             |              |         |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号                     | 03-5769-7268 |         |
|             | ファックス番号                     | 03-5769-7269 |         |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.life-silver.com/ |              |         |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                         | 代表取締役社長      | 氏名 熊谷 敬 |
| 設 立 年 月 日   | 1995年11月9日                  |              |         |
| 主 な 事 業 等   | 介護サービス事業                    |              |         |

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           | 5   | らいふホームヘルプサービス  | 東京都品川区東品川2-2-24 |
| 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    | 14  | ホームステーションらいふ蒲田 | 東京都大田区東矢口3-6-23 |
| 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所者生活介護   | なし |                 |                 |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） |    |                 |                 |
| 居宅介護支援                 | 5  | らいふ指定居宅介護支援事業所  | 東京都品川区東品川2-2-24 |
| ＜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        | 8  | ホームステーションらいふ成城西 | 東京都狛江市岩戸4-2-36  |
| 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                  | フリカシナ                       | ホームステーションライフウヤシキ      |                   |            |
|                     | 名称                          | ホームステーションらいふ梅屋敷       |                   |            |
| 所在地                 | 〒                           | 143-0014              | 東京都大田区大森中3丁目16番2号 |            |
|                     |                             |                       |                   |            |
| 連絡先                 | 電話番号                        | 03-6756-0550          |                   |            |
|                     | ファックス番号                     | 03-6756-0551          |                   |            |
| ホームページ              | http://www.life-silver.com/ |                       |                   |            |
| 介護保険事業所番号           | 第1371110444号                |                       |                   |            |
| 管理者職氏名              | 役職名                         | 管理者                   | 氏名                | 森中 務       |
| 事業開始年月日             | 2015年3月1日                   |                       |                   |            |
| 届出年月日               | 2014年8月22日                  |                       |                   |            |
| 届出上の開設年月日           | 2015年3月1日                   |                       |                   |            |
| 特定施設入居者生活介護         | 新規指定年月日（初回）                 | 2015年3月1日             |                   |            |
|                     | 指定の有効期間                     | 2021年2月28日 まで         |                   |            |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回）                 | 2014年6月1日 ##          |                   |            |
|                     | 指定の有効期間                     | 2020年5月31日 まで         |                   |            |
| 事業所へのアクセス           | 京浜急行「梅屋敷」駅より徒歩7分（距離560m）    |                       |                   |            |
| 施設・設備等の状況           |                             |                       |                   |            |
| 敷地                  | 権利形態                        | —                     | 抵当権               | あり いままでは無し |
|                     | 面積                          | 944.17 m <sup>2</sup> |                   |            |

|           |                 |                          |                                   |   |  |
|-----------|-----------------|--------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 建 物       | 権利形態            | 賃貸借                      | 抵当権                               | あり                                      |  |
|           | 延床面積            | 1686.44 m <sup>2</sup>   | うち有料老人ホーム分 1686.44 m <sup>2</sup> |   |  |
|           | 竣工日             | 2016 年 2 月 28 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                           | 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                     | 2015年3月1日 ~ 2050年2月28日            |   |  |
|           |                 | 自動更新                     | あり                                |   |  |
| 居 室       | 階               | 定員                       | 室数                                | 面積                                      |  |
|           | 1階              | 1人                       | 7                                 | 18 m <sup>2</sup> ~ 18 m <sup>2</sup>   |  |
|           | 2階              | 1人                       | 16                                | 18 m <sup>2</sup> ~ 18.6 m <sup>2</sup> |  |
|           | 3階              | 1人                       | 13                                | 18 m <sup>2</sup> ~ 18.6 m <sup>2</sup> |  |
|           | 4階              | 1人                       | 9                                 | 18 m <sup>2</sup> ~ 18 m <sup>2</sup>   |  |
| 一 時 介 護 室 | 階               | 定員                       | 室数                                | 面積                                      |  |
|           |                 |                          |                                   | m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>         |  |
|           |                 |                          |                                   | m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>         |  |
| 便 所       | 居室              | 全室設置                     | 共同便所                              | 5 箇所 ( 男女共用 )                           |  |
| 浴 室       | 居室              | 設置なし                     | 共同浴室                              | 個浴：0 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        |                          | あり ( 機能訓練室 )                      |   |  |
| その他の共用施設  | あり ( 談話室 2,3階 ) |                          |                                   |   |  |
| エレベーター    | あり 1 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              | 2   |    |     | 1   |     | 3人  | 2.5    |        |
| 看護職員：派遣                |     |    |     |     |     | 0人  |        |        |
| 介護職員：直接雇用              | 2   |    |     | 27  |     | 29人 | 15.2   |        |
| 介護職員：派遣                |     |    |     |     |     | 0人  |        |        |
| 機能訓練指導員                |     |    |     | 1   |     | 1人  | 0.1    |        |
| 計画作成担当者                | 1   |    |     |     |     | 1人  | 1.0    |        |
| 栄養士                    |     |    |     |     |     | 0人  |        |        |
| 調理員                    |     |    |     |     |     | 0人  |        |        |
| 事務員                    |     |    |     |     |     | 0人  |        |        |

|                          |  |  |  |  |       |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|-------|--|--|
| その他従業者                   |  |  |  |  | 0人    |  |  |
| 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<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|              |          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 介護福祉士        |          | 1  |     | 5   |     |
| 実務者研修        |          |    |     | 2   |     |
| 介護職員初任者研修    |          | 1  |     | 8   |     |
| 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         |          |    |     | 12  |     |

| ③-2 機能訓練指導員の資格 |          |    |     |     |     |
|----------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格             | 延べ<br>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    |          |    |     | 1   |     |
| 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

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 19 時 30 分～ 7 時 30 分

上記時間帯の職員配置数 介護職員 2 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<br>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<br>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 |      |                |     |     | 2.5 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    | 1   | 1    | 27  | 1     |     |         | 1   | 1       |     |
| 1年以上3年未満  |    | 1    |     | 1    |     |       |     |         |     |         |     |
| 3年以上5年未満  |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 5年以上10年未満 |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上     |    |      |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 合計        |    | 2    | 1   | 2    | 27  | 1     | 0   | 0       | 1   | 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           | ・昼間 9時～17時 1時間毎に巡回<br>・夜間 17時～9時 2時間毎に巡回<br>・緊急時対応：ナースコール：24時間対応 |                     |
| 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胃ろう、バルーン、ストマ、在宅酸素、インシュリン対応可                             |                     |
| 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 至高会 たかせクリニック |
|                       | 所在地  | 東京都大田区下丸子1-16-6     |
|                       | 協力の内容  | 内科、健康管理、緊急対応        |
| 協力医療機関(2)             | 名称   |                     |
|                       | 所在地  |                     |

|            |       |                       |
|------------|-------|-----------------------|
| 協力の医療機関(名) | 協力の内容 |                       |
| 協力歯科医療機関   | 名称    | 医療法人社団 高輪会            |
|            | 所在地   | 東京都港区高輪3-25-33 長田ビル4F |
|            | 協力の内容 | 歯科往診、口腔ケア             |



介護保険加算サービス等

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| 個別機能訓練加算                    | なし           |
| 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                 | あり           |
| 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  | 概ね65歳以上                     |
|               | 要介護度  | 要支援、要介護                     |
|               | 医療的ケア   | 胃ろう、バルーン、ストマ、在宅酸素、インシュリン対応可 |
|               | 認知症   | 対応可能                        |
|               | その他   | 個別ケースについて相談可能               |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <ol style="list-style-type: none"> <li>当ホームの利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証</li> <li>利用契約終了時の利用者の身柄引取り</li> <li>介護サービス提供計画者（生活プラン）への同意</li> <li>利用者の治療、入院に関する手配の協力</li> <li>利用契約終了時に利用者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定</li> </ol> |                             |
| 体験入居          | 利用期間  | 6泊7日まで                      |
|               | 利用料金  | 1泊 5,500円（宿泊費・介護サービス料・食費込み） |
|               | その他   | 介護保険は適用外になります。              |
| 入院時の契約の取扱い    | 入院による不在時の家賃・管理費<br>・1日 4,734円<br>（キープ料＝家賃相当額（109,000円）＋管理費（33,000円）÷30日）<br>※但し退院時の病状、ADL状態によってはお戻りになれない場合がありますのでご承知置き下さい。  |                             |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <p>やむを得ず身体拘束を行う場合の手続</p>     | <p>サービスの提供にあたり、利用者または他の入居者等の生命または身体を保護する為の緊急をやむを得ない場合のみ、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。<br/> <b>【緊急やむを得ない場合の判断基準】</b><br/> A、入居者（利用者）本人又は他の入居者（利用者）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。<br/> B、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。<br/> C、身体拘束その他の行動制限が一時的である。<br/> <b>【やむを得ず身体拘束を行う場合の手続】</b><br/> I 内容をご家族に説明の上、同意を頂く。必要書類「緊急をやむを得ない身体拘束に関する説明書」①<br/> A、B、Cを全て満たしている場合のみ、緊急やむを得ず、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。②解除することを目標に検討することを約束する。③上記書類の解除予定日またはモニタリング・カンファレンスにおいて、状況の変化がみられ解除あるいは時間や拘束方法の変更が必要となった場合、書類を新たに作成し家族へ再度説明・同意を得る。<br/> II 日々の記録①「身体拘束の記録」 a. 拘束の必要な理由・期間・時間帯を明記 b. 1P 4日分 内容と時間帯を表に記入。拘束中の観察記録・一時解除の状況などを特記事項に記入。記入者はサイン又は捺印する。 c. 身体拘束委員による確認印 d. 身体拘束委員長による確認印・施設長による確認印②「介護・看護記録」<br/> III 会議・勉強会「身体拘束禁止委員会・高齢者虐待防止委員会」①対象者がいる場合は毎月行う。いない場合は2ヶ月に一度、委員会による話し合い、勉強会を設ける。②経過観察・再検討記録を記録する。</p> |
| <p>事業者からの契約解除</p>            | <p>(事業者からの解約)<br/> 1. 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。<br/> 一 入居申込書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。<br/> 二 月額の利用料その他の支払いを2ヶ月以上遅延したとき。<br/> 三 入居契約書第20条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。<br/> 四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。<br/> 五 入居者の健康状態が悪化し施設での生活を継続することは困難であり、医師（主治医等）が医療機関等での治療・療養が必要であると判断したとき。また、この指示を拒否したとき。<br/> 2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。<br/> 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく。<br/> 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。<br/> 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。<br/> 3. 前項1の四によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。<br/> 一 医師の意見を聴く。<br/> 二 一定の観察期間をおく。</p>   |
| <p>要介護時における居室の住み替えに関する事項</p> |   |
| <p>一時介護室への移動</p>             | <p>なし</p>   |
| <p>判断基準・手続</p>               |   |
| <p>利用料金の変更</p>               |   |
| <p>前払金の調整</p>                |   |
| <p>従前居室との仕様の変更</p>           |   |

|                 |   |             |
|-----------------|---|-------------|
| その他の居室への移動      |   | あり          |
| 判断基準・手続         | 入居者の身体状況により居室を変更する場合があります。<br>①緊急をやむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設けます。<br>②事業所の指定する医師の意見を聴きます。<br>③入居者の意見を確認し、同意を得ます。<br>④入居者の身元引受人等の意見を聴き、同意を得ます。<br>⑤変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行います。 |             |
| 利用料金の変更         | なし  |             |
| 前払金の調整          | なし  |             |
| 従前居室との仕様の<br>変更 | あり※居室面積変更の可能性あり   |             |
| 提携ホーム等への転居      | あり  | ご入居者のご希望による |
| 判断基準・手続         | ご入居者様のご希望により、らいふの他施設へ移る場合があります。   |             |
| 利用料金の変更         | あり※移動先のホームによる   |             |
| 前払金の調整          | あり※移動先の施設の前払金に差額がある場合100%支払う  |             |
| 従前居室との仕様の<br>変更 | あり※移動先のホームによる   |             |

#### 苦情対応窓口

|         |                              |  |
|---------|------------------------------|--|
| 窓口の名称 1 | ホームステーションらいふ梅屋敷 苦情・相談窓口（施設長） |  |
| 電話番号    | 03-6756-0550                 |  |
| 対応時間    | 9:00 ～ 17:00 （ 年中無休 ）        |  |
| 窓口の名称 2 | 本社 施設事業部                     |  |
| 電話番号    | 03-5769-7268                 |  |
| 対応時間    | 9:00 ～ 17:00 （ 土日祝日を除く月～金曜 ） |  |
| 窓口の名称 3 | 東京都国民健康保険団体連合会（苦情対応係）        |  |
| 電話番号    | 03-6238-0177                 |  |
| 対応時間    | 9:00 ～ 17:00 （ 土日祝日を除く月～金曜 ） |  |

#### 賠償責任保険の加入

あり 保険の名称： 三井住友海上火災保険株式会社

#### 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 |  |
| 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： 88.0 歳 入居者数合計： 45 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      |    |       |       |       |       |       |       |       |
| 65歳以上75歳未満 |    | 1     |       |       | 1     |       |       |       |
| 75歳以上85歳未満 |    |       |       | 3     | 4     | 3     | 3     | 1     |
| 85歳以上      |    | 1     | 1     | 7     | 6     | 5     | 5     | 4     |
| 合計         | 0  | 2     | 1     | 10    | 11    | 8     | 8     | 5     |

#### 入居継続期間別入居者数

| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 | 合計 |
|------|------|--------------|--------------|---------------|----------------|-------|----|
| 入居者数 | 10   | 31           | 4            |               |                |       | 45 |

|                        |                   |          |
|------------------------|-------------------|----------|
| 男女別入居者数                | 男性： 12 人          | 女性： 33 人 |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 100 %（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                |    | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 |    |
| 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           |    |
| 介護老人保健施設へ転居            |    | 死亡                 |    |
| 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             | 0  |

## 6 利用料金

|          |                                  |     |
|----------|----------------------------------|-----|
| 入居準備費用   | なし                               | 0 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   |
| 標準     | 0円  | 241,000円 | 109,000 | 33,000 | 0    | 66,000 | 33,000 |
|        |     | 0円       |         |        |      |        |        |
|        |     | 0円       |         |        |      |        |        |
|        |     | 0円       |         |        |      |        |        |

|           |      |   |
|-----------|------|---|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金  | 月額単価（ 円）× 想定居住期間（ 月） により算出<br>（月額単価の説明）<br>（想定居住期間の説明）  |
|           | 家賃   | 建物賃貸借支払家賃より算定   |
|           | 管理費  | 事務・管理等に係る人件費、共用施設等の維持・管理、備品・消耗品費  |
|           | 介護費用 | なし<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。   |
|           | 食費   | 朝食 708 円・昼食 708 円・夕食 709 円 間食 75 円<br>1日当たり 2,200 円 × 30日で積算<br>厨房管理運営費 円など<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて） |

|       |      |   |
|-------|------|---|
|       |      | 1日（朝食、昼食、夕食、おやつ）の喫食がない時のみ日額料金を返金します。<br>※原則としてキャンセル申し出は前日までにお願い致します。      |
|       | 光熱水費 | 当社実績値より算出<br>水道・電気・給湯・冷暖房等の使用料、居室にかかわる料金も含む。                              |
| 退去清掃料 |      | 49,500円（原則、滞在期間1ヶ月以上入居の場合）  |
|       | 清掃内容 | 室内清掃、滅菌消毒、壁拭き上げ、換気扇のクリーニング、窓ガラス洗浄、エアコンの<br>内部洗浄(室外機含む)、空間消臭除菌作業（ペポパ等） 一式。 |

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             | なし      |           |
|                       | 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 | 入居者宛てに費用項目の明細を付し毎月10日過ぎに請求書を発行する。利用者は20日までに翌月の利用料を支払う。支払い方法は原則、入居者名義の郵便預金口座からの引き落としとする。 |
| その他留意事項  |   |

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割または3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<br>a | 加算<br>b | 処遇改善加算<br>c=(a+b)×d<br>小数点以下四捨五入 | 総単位数<br>e=a+b+c | 介護報酬<br>f=e×地域別単価<br>小数点以下切捨て | 自己負担額<br>g=f×0.1<br>小数点以下切上げ |
|------|-----------|---------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------|------------------------------|
| 要支援1 | 5,430     | 110     | 520                              | 6,060           | 66,054円                       | 6,606円                       |
| 要支援2 | 9,300     | 110     | 885                              | 10,295          | 112,215円                      | 11,222円                      |
| 要介護1 | 16,080    | 410     | 1,550                            | 18,040          | 196,636円                      | 19,664円                      |
| 要介護2 | 18,060    | 410     | 1,737                            | 20,207          | 220,256円                      | 22,026円                      |
| 要介護3 | 20,130    | 410     | 1,930                            | 22,470          | 244,923円                      | 24,493円                      |
| 要介護4 | 22,050    | 410     | 2,112                            | 24,572          | 267,834円                      | 26,784円                      |
| 要介護5 | 24,120    | 410     | 2,305                            | 26,835          | 292,501円                      | 29,251円                      |

|               | 加算の種類         | 単位・割合       | 算定     | 備考    |
|---------------|---------------|-------------|--------|-------|
| b             | 個別機能訓練加算      | 0/日         | なし     |       |
|               | 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  | 0/日         | なし     |       |
|               | 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   | 5/1回        | あり     | 対象者のみ |
|               | 退院・退所時連携加算    | 30/日(上限30日) | あり     | 対象者のみ |
|               | d             | 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。(大田区)

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 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

- 1、月額施設利用料については、当ホームの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、公共料金などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会意見を聞いて、改定する場合があります。
- 2 介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。



【料金プランの一例】

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  | 標準 |     |         | 単位：円 |
| 入居準備費用  | 敷金 | 前払金 | 月額利用料   |      |
| 0   | 0  | 0   | 241,000 |      |
| ※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 | 公開していない |
| 管理規程     | 入居希望者に交付 | 財務諸表の原本 | 公開していない |
| 事業収支計画書  | 公開していない  | 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

(ホームステーションらいる梅屋敷)

特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の指定(○有・無)

| 区分                      | 自立        |               |              | 要支援1~2                                       |   |  | 要介護1~5                    |   |            |
|-------------------------|-----------|---------------|--------------|--|---|--|---------------------------|---|------------|
|                         | 提供サービスの別  | 利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス | 介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス                            | 特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス | その都度徴収するサービス              | 提供方法(回数等)                               | 金額(単価)     |
| サービスの提供内容等              | 提供方法(回数等) | 提供方法(回数等)     | 金額(単価)       | 提供方法(回数等)                                    | 提供方法(回数等)                               | 金額(単価)                                   | 提供方法(回数等)                 | 提供方法(回数等)                               | 金額(単価)     |
| <b>1. 介護サービス</b>        |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ①巡回                     |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・日中 9時~17時              | 有         |               |              | 1時間毎に巡回                                      | —                                       |  | 1時間毎に巡回                   | —                                       |            |
| ・夜間 17時~9時              | 有         |               |              | 2時間毎に巡回                                      | —                                       |  | 2時間毎に巡回                   | —                                       |            |
| ②食事介助                   | 有         |               |              | 計画に基づき随時。必要に応じて、見守りまたは介助                     | —                                       |  | 計画に基づき随時。必要に応じて、見守りまたは介助  | —                                       |            |
| ③排泄                     |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・排泄介助                   | 有         |               |              | 計画に基づき随時。必要に応じて、見守りまたは介助                     | —                                       |  | 計画に基づき随時。必要に応じて、見守りまたは介助  | —                                       |            |
| ・おむつ交換                  | 有         |               |              | 計画に基づき随時。必要に応じて、見守りまたは介助                     | —                                       |  | 計画に基づき随時。必要に応じて、見守りまたは介助  | —                                       |            |
| ・おむつ代                   | 有         |               |              | —  | —                                       | 実費                                       | —                         | —                                       | 実費         |
| ④入浴等                    |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・清拭                     | 有         |               |              | 必要に応じて随時                                     | —                                       |  | 必要に応じて随時                  | —                                       |            |
| ・一般浴介助                  | 有         |               |              | 原則週2回1階浴室にて入浴時見守りまたは介助                       | 原則週3回以降は1回につき4,400円(ただし介護上必要とみなした場合は無料) |  | 原則週2回1階浴室にて入浴時見守りまたは介助    | 原則週3回以降は1回につき4,400円(ただし介護上必要とみなした場合は無料) |            |
| ・特浴介助                   | 有         |               |              | 身体的状況により週2回特浴介助                              | —                                       |  | 身体的状況により週2回特浴介助           | —                                       |            |
| ⑤身辺介助                   |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・体位交換                   | 有         |               |              | —  | —                                       |  | 2時間おき及び随時のオムツ交換時車椅子での移動介助 | —                                       |            |
| ・居室からの移動                | 有         |               |              | 杖 歩行器で介助                                     | —                                       |  | —                         | —                                       |            |
| ・衣類の着脱                  | 有         |               |              | 毎朝・夜および入浴時他、適宜                               | —                                       |  | 毎朝・夜および入浴時他、適宜            | —                                       |            |
| ・身だしなみ介助                | 有         |               |              | 毎朝・夜および入浴時他、適宜                               | —                                       |  | 毎朝・夜および入浴時他、適宜            | —                                       |            |
| ⑥機能訓練                   | 有         |               |              | 計画に基づき随時                                     | —                                       |  | 計画に基づき随時                  | —                                       |            |
| ⑦通院の介助                  | 有         |               |              | 提携医療機関への通院付添い無料                              | 提携医以外                                   | 1,650円/30分                               | 提携医療機関への通院付添い無料           | 提携医以外                                   | 1,650円/30分 |
| ⑧緊急時対応                  |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・ナースコール                 | 有         |               |              | 24時間対応                                       | —                                       |  | 24時間対応                    | —                                       |            |
| <b>2. 生活サービス</b>        |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ①家事                     |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・清掃                     | 有         |               |              | 原則週1回、介護上必要な場合は必要回数                          | 個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介         |  | 原則週1回、介護上必要な場合は必要回数       | 個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介         |            |
| ・洗濯                     | 有         |               |              | 原則週2回、介護上必要な場合は必要回数                          | 個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介         |  | 原則週2回、介護上必要な場合は必要回数       | 個人的な要請があった場合は、1,650円/30分または業者紹介         |            |
| ・リネン交換                  | 有         |               |              | 原則週1回  | —                                       |  | 原則週1回                     | —                                       |            |
| ②居室配膳・下膳                | 有         |               |              | 身体的状況により随時                                   | —                                       |  | 身体的状況により随時                | —                                       |            |
| ③理美容                    | 有         |               |              | —  | 訪問理容師対応                                 | 実費                                       | —                         | 訪問理容師対応                                 | 実費         |
| ④代行等                    |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・買物                     | 有         |               |              | 週1回  | —                                       |  | 週1回                       | —                                       |            |
| ・個人的な希望による買物等           | 有         |               |              | 週1回  | 希望時                                     | 1,650円/30分                               | 週1回                       | 希望時                                     | 1,650円/30分 |
| <b>3. 健康管理サービス</b>      |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・健康診断                   | 有         |               |              | 年2回の機会提供                                     | —                                       | 実費                                       | 年2回の機会提供                  | —                                       | 実費         |
| ・健康相談                   | 有         |               |              | 都度   | —                                       |  | 都度                        | —                                       |            |
| ・生活指導                   | 有         |               |              | 月1回、必要に応じて随時                                 | —                                       |  | 月1回、必要に応じて随時              | —                                       |            |
| ・医師の往診                  | 有         |               |              | —  | —                                       | 医療保険適用(実費)                               | —                         | —                                       | 医療保険適用(実費) |
| <b>4. 入退院時、入院中のサービス</b> |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・医療費                    | 無         |               |              | —  | —                                       | 医療保険適用(実費)                               | —                         | —                                       | 医療保険適用(実費) |
| ・移送サービス                 | 有         |               |              | 提携医療機関への通院付添い無料                              | 提携医以外                                   | 1,650円/30分                               | 提携医療機関への通院付添い無料           | 提携医以外                                   | 1,650円/30分 |
| <b>5. その他サービス</b>       |           |               |              |  |   |  |                           |   |            |
| ・レクリエーション               | 有         |               |              | —  | 週2回または随時                                | 材料費等は実費                                  | —                         | 週2回または随時                                | 材料費等は実費    |
| ・特別食                    | 有         |               |              | —  | 行事ごとのお祝い会で提供                            | 通常食との差額                                  | —                         | 行事ごとのお祝い会で提供                            | 通常食との差額    |

注1) 自立・要支援1~2・要介護1~5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。  
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。  
 注3) 各サービスごとに提供方法(回数等)及び金額(費用負担等)を明示すること。  
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じて、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。  
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

施設名:ホームステーションらいふ梅屋敷

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       |
|--|---------------------|----------|
| <b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>                                       |                     |          |
| 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。                           | ○<br>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にものとするため、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。 | ○<br>適合 . 不適合 . 非該当 |          |
| <b>緊急時の安全確保のための項目</b>  |                     |          |
| 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。           | ○<br>適合 . 不適合       |          |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。   | ○<br>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。                     | ○<br>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。            | ○<br>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。                | ○<br>適合 . 不適合       |          |
| <b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>                                 |                     |          |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。   | ○<br>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。                                   | ○<br>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。                       | ○<br>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。                                  | ○<br>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。                      | ○<br>適合 . 不適合       |          |
| <b>入居者の財産を保全するための項目</b>  |                     |          |
| 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 . ○<br>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 . ○<br>非該当 | 初期償却率: % |
| 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含)   | ○                   |          |

|    |  |        |                  |                  |  |
|----|--|--------|------------------|------------------|--|
| 15 | 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<br>合 | ・<br>不<br>適<br>合 | ・<br>非<br>該<br>当 |  |
|----|--|--------|------------------|------------------|--|

- ※ 開設日前にあっ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。