

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | 応援家族成増 |
| 定員・室数 | 42 人 ・ 42 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 | 選択方式 |
| 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 | カ`シカ`イ`キ`シ`カ`カ`コ` | | |
| | 名 称 | 株式会社木下の介護 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 163-1308 | | |
| | 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー8階 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5908-1310 | | |
| | ファックス番号 | 03-5908-2382 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/ | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 佐久間 大介 |
| 設 立 年 月 日 | 1995年10月26日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホーム、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護の企画・開発・運営 | | | |

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 | 4 | プレール・ロヴェ豊洲ケアセンター | 江東区豊洲1-2-8 |
| 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 | 1 | 木下の介護 小平 | 小平市美園町2-10-9 |
| 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 | 34 | リアンレーヴ高田馬場 | 新宿区下落合1-6-9 |
| 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 | 1 | 木下の介護 高田馬場 | 新宿区下落合1-6-9 |
| 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 | 7 | 木下の介護 グループホーム千歳烏山 | 世田谷区北烏山3-16-10 |
| 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） | なし | | |
| 居宅介護支援 | 4 | プレール・ロヴェ豊洲ケアプランセンター | 江東区豊洲1-2-8 |
| ＜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 | 32 | リアンレーヴ高田馬場 | 新宿区下落合1-6-9 |
| 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 | 7 | 木下の介護 グループホーム千歳烏山 | 世田谷区北烏山3-16-10 |
| 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 | フリカマ | オウエンカゾク ナリマス | | |
| | 名称 | 応援家族 成増 | | |
| 所在地 | 〒 175-0094 | 東京都板橋区成増3丁目5番3号 | | |
| | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5383-0822 | | |
| | ファックス番号 | 03-5383-0823 | | |
| ホームページ | https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/support-family_narimasu.html | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371910553号 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 平川 文人 |
| 事業開始年月日 | 2017年4月1日 | | | |
| 届出年月日 | 2017年2月13日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 2017年4月1日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） | 2017年4月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 2023年3月31日 まで | | |
| 介護予防 | 新規指定年月日（初回） | 2017年4月1日 | | |

| | | | | | |
|-----------|---|--|--------------------------|---|------------------|
| 事業所へのアクセス | 東武東上線 【成増】 駅 下車北口より 250m 東京メトロ有楽町線 【地下鉄成増】 駅 下車北口より 430m | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし | |
| | 面積 | 1094.95 m ² | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 1897.67 m ² うち有料老人ホーム分 1897.67 m ² | | | |
| | 竣工日 | 1991年1月21日 | | | |
| | 階数 | 地上 4 階 地下 - 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 1~4 階 地下 - 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 | 2005年11月1日 ~ 2035年10月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 1人 | 5 | 19.8 m ² ~ 19.8 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 14 | 19.8 m ² ~ 21.78 m ² | |
| | 4階 | 1人 | 13 | 19.48 m ² ~ 23.76 m ² | |
| | 5階 | 1人 | 10 | 18.92 m ² ~ 21.78 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 | 4 箇所 (一部男女共用) | |
| | 浴室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：1 大浴槽：1 機械浴：1 |
| 併設施設との共用 | | なし () | | | |
| 食堂 | 兼用 | あり | (レクリエーションルームとして使用) | | |
| | 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・ヘルパーステーション・エレベーター・ロビー・サロン・相談室・ライブラリー・テラス・デイルーム・多目的室(カラオケルーム・シネマルーム・レクリエーション・機能訓練室として使用)・集中管理システム・スプリンクラー・駐車場・駐輪場・喫煙所(1Fロビー)・ランドリー(有料)・理・美容室(外部サービスにより有料) | | | |
| 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 | | 2 | | | | 2人 | 2.0 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | 12 | | 9 | | 21人 | 16.2 | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | 1 | | | | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | | 1 | | | | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | 業務委託（グラン・グルメ株式会社） |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 業務委託（グラン・グルメ株式会社） |
| 事務員 | | | | | | 0人 | | |
| その他従業者 | | | | 7 | | 7人 | 1.4 | |

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 | | 3 | | 1 | |
| 実務者研修 | | 2 | | 1 | |
| 介護職員初任者研修 | | 7 | | 6 | |
| 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 | | | | 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| はり師又はきゆう師 | | | | | |

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 | 0 時 30 分～ 4 時 00 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 |

| 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 | | | | | |
| はり師又はきゆう師 | | | | | |

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

1.8 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 | 3 | | | | | 1 | |
| 1年以上3年未満 | | | | 2 | 5 | | | 1 | | | |
| 3年以上5年未満 | | 2 | | 8 | 1 | 1 | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 2 | 0 | 12 | 9 | 1 | 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 |
| 排泄介助サービス | 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・夜間3時間に1回、介護職員等が巡回 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 配置されている看護職員及び協力医療機関による定期的な訪問診療による通常の治療の範囲になります。詳細は利用前の入居希望者の状態を確認させて頂き、ご相談とさせていただきます。入居後に常時医療行為が必要となり、通常の介護で対応できないと判断された場合は、身元引受人等に相談の上、契約解除になる場合があります。 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 八木内科（施設から100m） |
| | 所在地 | 東京都板橋区成増3丁目3番地5号 |
| | 協力の内容 | 診療科目：内科・人工透析・レントゲン科 月2回の訪問による健康相談 年2回の内科医師による健康診断の提供 緊急時対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 東京白報会（施設から12km） |
| | 所在地 | 東京都江東区2丁目31番地10号 |
| | 協力の内容 | 診療科目：内科・精神科・皮膚科・眼科 月4回の訪問診療・入居者への受診、治療の協力 緊急時対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 康寧会 立川歯科医院（ホームから6,900m） |
| | 所在地 | 埼玉県戸田市本町2-16-10 |
| | 協力の内容 | 診療科目：訪問歯科 月4回の歯科訪問診療 緊急時対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| 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 | なし | |
| 看取り介護加算 | なし | |
| 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 | なし |
| 栄養スクリーニング加算 | なし |

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 退院・退所時連携加算 | なし |
| 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 | 原則として65歳以上 |
| | 要介護度 | 自立、要支援、要介護 |
| | 医療的ケア | 当施設は主に介護を目的とした有料老人ホームであるため、基本的に医療的ケアには制限があります。医師の指示のもとで、当施設の看護職員が対応できる範囲の医療的ケアが条件となりますので、常時医療的ケアが必要な場合は、ご相談の上、当社の別の施設等をご案内します。 |
| | 認知症 | 基本的に認知症の受入れは可能ですが、共同生活になりますので、認知症により、他のお客様に迷惑の掛かる行為等がある場合、他のお客様・職員等の生命の危険が及ぶ暴力行為等がある場合は入居をご遠慮頂きます。 |
| | その他 | 共同生活になりますので、他のお客様に迷惑の掛かる行為等がある場合、他のお客様・職員等の生命の危険が及ぶ暴力行為等がある場合は入居をご遠慮頂きます。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <p>【連帯保証人】 入居者は連帯保証人を定めるものとします。 ・連帯保証人は、入居契約の履行及び入居契約書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うものとします。 ・連帯保証人の負担は、入居契約書の主表に記載する極度額を限度とします。 ・連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者が死亡したときに確定するものとします。ただし事業者は、当該確定前であっても債務の支払いを求めることができます。</p> <p>【身元引受人】 入居者は身元引受人を定めるものとします。 ・身元引受人は、事業者と相談の上、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 ・事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。 ・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 (上記は主な内容であるため、詳細は入居契約書第40条「連帯保証人」及び第41条「身元引受人」を参照下さい)</p> | |
| 体験入居 | 利用期間 | 7泊8日以上2週間まで |
| | 利用料金 | 1泊2日 14,400円 ※夕・朝食付き (2泊以上の利用で昼食無料) |
| | その他 | なし |

| | |
|-------------------|---|
| 入院時の契約の取扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及び身元引受人の意思を確認します。 ・ 入院に関わる費用は入居者の負担となります。 ・ 月額料金については管理共益費、施設利用費を通常通りお支払頂きます。 ・ 前払金の償却は通常通り、当該月の居室の施設利用費として事業者が取得します。 ・ 入院中も居室利用権は継続します。 |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合には、身元引受人等に説明し同意を書面で得た上で実施します。尚、実施中の経過の記録をし、再検討をして早期の拘束解除を目指します。</p> |
| 事業者からの契約解除 | <p>事業者は、入居者が以下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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき ・ 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき ・ 事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・ 入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき (上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書33条「事業者からの契約解除」を参照下さい) |

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 | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="159 1198 199 1243">判断基準・手続</td> <td data-bbox="199 1198 494 1243"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="159 1243 199 1288">利用料金の変更</td> <td data-bbox="199 1243 494 1288"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="159 1288 199 1332">前払金の調整</td> <td data-bbox="199 1288 494 1332"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="159 1332 199 1433">従前居室との仕様の 変更</td> <td data-bbox="199 1332 494 1433"></td> </tr> </table> | 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 | | |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護状態が高く常に見守りが必要で、契約居室で生活に復することが難しいと判断された場合には、より適切な介護等を提供するために本契約第12条3項に基づくサービスの提供の場所を変更する場合があります。契約居室以外において介護等を行う場合は、次の手続を取るものとします。 <ol style="list-style-type: none"> 一 事業者の指定する医師の意見を聴く 二 入居者の意思を確認する 三 入居者の身元引受人等の意見を聴く 四 一定期間の観察期間を設ける 五 入居者の同意を得る ・ それぞれの手続きは書面で確認し、再度、入居者、身元引受人等の意見を聴いた上で居室の住み替えを致します。 | | | | | | | | |
| 利用料金の変更 | あり | | | | | | | | |
| 前払金の調整 | なし | | | | | | | | |

| | |
|-------------|--|
| 従前居室との仕様の変更 | 施設により、広さ・レイアウト・トイレ、浴室、キッチン等の設備の有無が変更になる可能性があります。 *介護等の状態により、標準装備品の撤去を行う事があります。 |
| 提携ホーム等への転居 | あり 木下の介護が運営するライフコミュニケーション、リアン、応援家族ブランドの施設 |
| 判断基準・手続 | 他の施設へ住み替える場合の判断基準及び手続は、当初以外の居室へ住み替える場合と同様となります。判断基準は建物の老朽化その他のやむを得ない理由が発生した場合も含まれます。 |
| 利用料金の変更 | あり |
| 前払金の調整 | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | 住み替える施設・居室によっては個室（トイレ等の位置等）の他、相部屋になる場合があります。詳細は転居先の施設の重要事項説明で説明致します。 |

苦情対応窓口

| | |
|--------|------------------------------------|
| 窓口の名称1 | 応援家族 成増 (施設長 平川 文人) |
| 電話番号 | 03-6904-1088 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (曜日 日~土) |
| 窓口の名称2 | 株式会社木下の介護 介護ご意見110番 |
| 電話番号 | 0120-100-537 |
| 対応時間 | 10:00 ~ 18:00 (曜日 月~金) 祝日・年末年始除く |
| 窓口の名称3 | 板橋区 介護保険苦情相談室 |
| 電話番号 | 03-5970-1202 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (曜日 月~金) 祝日・年末年始除く |
| 窓口の名称4 | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-6238-0177 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (曜日 月~金) 祝日・年末年始除く |
| 窓口の名称5 | 東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課有料老人ホーム担当 |
| 電話番号 | 03-5320-4296 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (曜日 月~金) 祝日・年末年始除く |

賠償責任保険の加入 あり 保険の名称：ウォームハート（損害保険ジャパン日本興亜）

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： 89.5 歳 | 入居者数合計： 36 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 | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 85歳以上 | | 3 | 1 | 8 | 4 | 6 | 4 | 2 |
| 合計 | 1 | 3 | 1 | 10 | 5 | 7 | 6 | 3 |

| 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 | 1 | 2 | 15 | 8 | 10 | | 36 |
| 男女別入居者数 | 男性： 6 人 | | 女性： 30 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 86 %（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 | 3 | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | 死亡 | 5 | | | |
| 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 | 1 | | 退去者数合計 | 9 | | | |

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 |
| 前払金0円プラン | 0円 | 296,000円 | 187,000 | 52,300 | 0 | 56,700 | 0 |
| 前払金プラン① | 3,000,000円 | 246,400円 | 137,400 | 52,300 | 0 | 56,700 | 0 |
| 前払金プラン② | 7,200,000円 | 196,400円 | 87,400 | 52,300 | 0 | 56,700 | 0 |
| | | 0円 | | | | | |
| 前払金 | <p>〈前払金の算定方法〉 前払金 = (一ヶ月分の家賃額の全部又は、一部) × (想定居住期間 * 1) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて「株式会社木下の介護」が受領する額 * 2) 例：Aタイプ、前払金プラン① 37,500円 (一ヶ月分の施設利用費) × 60ヶ月 (想定居住期間) + 750,000円 (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて「株式会社木下の介護」が受領する額) = 3,000,000円</p> | | | | | | |
| | <p>(月額単価の説明) 前払金は居室及び共用施設の家賃相当額の一部です。 *面積や設備・眺望等により施設利用費(家賃相当額)が異なる居室があります。</p> | | | | | | |
| | <p>*1 (想定居住期間の説明)</p> | | | | | | |

当社既存ホームの実績等を元に第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し、60ヶ月と設定しております。

| | | |
|-----------|------|---|
| 各料金の内訳・明細 | | *2 (想定居住期間を超えて契約が継続する場合にそなえて受領する額) 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額を公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し前払金の25%としております。 |
| | 家賃 | 【施設利用費】 建物所有者への支払家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋及び付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。 |
| | 管理費 | 共有設備などの維持管理費、事務費、生活サービスに係る人件費、居室内の水道および光熱費 |
| | 介護費用 | 自立生活サポート費：198,000円/月 (自立者のみ) 巡回、健康管理、生活指導、服薬管理、夜間コール対応等 上記内訳には記載しておりません。※介護保険サービスの自己負担額は含まない ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | 朝食 594 円・昼食 648 円・夕食 648 円 間食 0 円 1日当たり 1,890 円 × 30日で積算 内食材費： 朝食 270円 昼食 324円 夕食 324円 厨房管理運営費 29,160 円 (食費より食材費を引いた金額・月30日計算) (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 基本的に3日前までに欠食届を提出 |
| | 光熱水費 | 施設全体の水道代、電気代、ガス代より算定。【管理共益費に含む】 |

前払金の取扱い

| | |
|-------------------------|---|
| 支払日・支払方法 | 入居する日の前日までに当社指定の金融機関口座へ一括して振込 |
| 償却開始日 | 入居日の翌日より起算いたします。 |
| 返還対象としない額 | あり 前払金の25% |
| | 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 | 償却期間満了前に契約が終了した場合、次の算式により返還金が発生致します。 返還金 = (前払金の75%) ÷ (償却期間) × (償却期間 - 経過月数) *入退去月は1ヶ月30日として日割計算し、日額は小数点以下を切り捨てします。 *前払金の25%は入居後三ヶ月を経過すると返還されません。 *支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。 |
| 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 |
| | 利用開始日から3ヶ月以内に契約が終了した場合は、契約書の定めに基づき前払金を返金いたします。 (この場合は、利用期間に応じた施設利用費を別途いただきます。) *当施設における、1日当たりの施設利用料 1,250円~3,000円 *月払いの利用料は別途日割にて精算致します。 *利用期間に応じた施設利用費の支払いは、前払金の返還と相殺して行います。 |
| 返還期限 | 契約終了日から 3ヶ月以内 |

| | |
|---------|--------------|
| 保全措置 | あり 保全先：りそな銀行 |
| その他留意事項 | なし |

月額利用料の取扱い

| | |
|----------|--|
| 支払日・支払方法 | 指定口座からの引き落としの場合、次月分の請求金額を当月27日(但し、休日の場合は翌営業日)に引落します。当社指定口座への振込の場合、次月分を当月25日(但し、休日の場合は翌営業日)までに次月分の請求金額を支払うものとします。 |
| その他留意事項 | 入居月及び退去月のみ日割り(30日)で徴収します。 |

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割又は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 | 59,187 | 5,919 |
| 要支援2 | 101,370 | 10,137 |
| 要介護1 | 175,272 | 17,528 |
| 要介護2 | 196,854 | 19,686 |
| 要介護3 | 219,417 | 21,942 |
| 要介護4 | 240,345 | 24,035 |
| 要介護5 | 262,908 | 26,291 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|---------------|--------|-------|
| 個別機能訓練加算 | なし | |
| 夜間看護体制加算 | なし | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | なし | 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 | なし | |
| 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 | なし | 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

公租公課の増加、その他著しい経済事情の変動、並びに介護保険制度等の見直しが生じた場合は、契約期間内であっても、運営懇談会の意見を聞くなどして、月額利用料の各費用及び入居者の希望等により提供する個別的なサービス費等の費用の額を改定する事ができるものとします。

【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 | 前払金プラン① | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 3,000,000 | 246,400 |
| ※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 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 | その他開示情報 | - |

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

施設名：応援家族 成増

| | 自立 | | 要支援 | | 要介護 | |
|---------------------|-------------------|--------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | | | | | |
| 1. 巡回 | | | | | | |
| ・昼間 9時～17時 | — | — | 3時間に1回 | — | 3時間に1回 | — |
| ・夜間 17時～9時 | 2回 | — | 3時間に1回 | — | 3時間に1回 | — |
| 2. 食事介助 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| 3. 排泄 | | | | | | |
| ・排泄介助 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・おむつ交換 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・おむつ代 | — | 実費負担 | — | 実費負担 | — | 実費負担 |
| 4. 入浴等 | | | | | | |
| ・清拭 ※1 | 体調不良時適宜 | — | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — |
| ・巡視（安全確認） | ○ | — | — | — | — | — |
| ・見守り入浴 | 必要時適宜 | — | 2回/週 身体状況等により 見守り又は一般浴 介助 | 週3回目以降 880円/回 | — | — |
| ・一般浴介助 | — | — | — | — | 2回/週 身体状況等により 一般浴又は特浴介 助 | 週3回目以降 1,650円/回 |
| ・特浴介助 | — | — | — | — | — | 週3回目以降 2,200円/回 |
| 5. 身辺介助 | | | | | | |
| ・体位交換 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・居室からの移動 | 体調不良時適宜 | — | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — |
| ・衣類の着脱 | — | — | — | — | 必要時適宜 | — |
| ・身だしなみ介助 | — | — | — | — | — | — |
| 6. 機能訓練 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| 7. 通院介助 | | | | | | |
| ・協力医療機関 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・協力医療機関以外 ※交通費実費 | — | 3,300円/30分 | — | 1,650円/30分 | — | 1,650円/30分 |
| 8. 緊急対応 | | | | | | |
| ・ナースコール | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・緊急搬送時対応 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |

※金額表記は全て（税込）表記です。

※1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

| | 自立 | | 要支援 | | 要介護 | |
|------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| 介護を行う場所 | 介護居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 生活サービス | | | | | | |
| 1. 家事 | | | | | | |
| ・清掃※2 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 |
| ・洗濯※3 | 1回/週 | 週2回目以降 1,320円/回 | 2回/週 | 週3回目以降 1,320円/回 | 2回/週 | 週3回目以降 1,320円/回 |
| ・クリーニング | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 |
| ・リネン交換※4 | 1回/週 | 1,320円/回 | 1回/週 | — | 1回/週 | — |
| ・寝具レンタル (布団・枕・ベッドパット) | — | 1,650円/月 | — | 1,650円/月 | — | 1,650円/月 |
| ・リネンレンタル (シーツ・布団カバー、枕カバー) | — | 1,100円/月 | — | 1,100円/月 | — | 1,100円/月 |
| ・ゴミ回収 | ○ | 粗大ごみ等実費 | ○ | 粗大ごみ等実費 | ○ | 粗大ごみ等実費 |
| 2. 居室配膳下膳 | 体調不良時適宜 | 330円/回 入居者様都合の場合 | 体調不良時適宜 | 330円/回 入居者様都合の場合 | 体調不良時適宜 | 330円/回 入居者様都合の場合 |
| 3. 理美容 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 |
| 4. 代行 | | | | | | |
| ・買物（施設指定）※5 | 1回/週 | — | 1回/週 | 週2回目以降 660円/回 | 1回/週 | 週2回目以降 660円/回 |
| ・買物（要予約）※6 | — | 1,650円/30分 | — | 1,650円/30分 | — | 1,650円/30分 |
| ・その他手続き | — | — | — | — | — | — |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| ・健康診断（機会の提供） | — | 年2回（実費） | — | 年2回（実費） | — | 年2回（実費） |
| ・健康相談 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・生活相談 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・医師の往診 | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 | — | 医療保険適用範囲外の費用は実費 |
| ・バイタルチェック | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — | 必要時適宜 | — |
| ・服薬管理 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| その他サービス | | | | | | |
| ・郵便物、宅配便 | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・クリーニング等の取次ぎ | ○ | — | ○ | — | ○ | — |
| ・送迎・移送 | — | — | — | — | — | — |
| ・外出介助※7 | — | — | — | 1,650円/30分 | — | 1,650円/30分 |
| ・レクリエーション | ○ | イベント費・材料費等実費 | ○ | イベント費・材料費等実費 | ○ | イベント費・材料費等実費 |

※金額表記は全て（税込）表記です。

※2 1回20分程度にて可能な範囲

※3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※5 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限りま。

※6 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

※7 交通費実費が別途かかります。

施設名：応援家族成増

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。 | ○ 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：りそな銀行 |
| 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：25% |
| 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。