

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | サニーパレス四谷壱番館 |
| 定員・室数 | 63 人 ・ 58 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 | サニペットカブシカイシャ | |
| | 名 称 | サニーペット株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 104-0033 | |
| | 東京都中央区新川2丁目12番地3号 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-3355-3284 | |
| | ファックス番号 | 03-3226-5004 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.sanypet.co.jp | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 岩崎峰雄 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和45年2月24日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 1. 寝具乾燥車及び乾燥機の製造及び販売ならびに施工 2. 入浴、寝具乾燥車、入浴車の販売及び販売 3. ハウスクリーニングに伴う業務 4. 老人福祉法に基づく老人ホームの運営及び経営 5. 介護保険法に基づく特定施設入居者生活介護、訪問介護事業の運営及び経営 | | |

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 | 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 | 2 | サニーパレス京橋 | 中央区新川2-12-3 |
| 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 | | |
| 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 | サニーパレス四谷壱番館 | 新宿区荒木町14番地 |
| 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 | サニーパレスヨツヤイハンカン | | |
| | 名 称 | サニーパレス四谷壱番館 | | |
| 所 在 地 | 〒 | 160-0007 | 東京都新宿区荒木町14番地 | |
| | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5368-6891 | | |
| | フ ァ ッ ク ス 番 号 | 03-5368-6892 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.sanypet.co.jp | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1370402610号 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 岩崎芳博 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 16 年 9 月 1 日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 16 年 9 月 1 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 16 年 9 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 16 年 9 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 34 年 8 月 31 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 16 年 9 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 36 年 3 月 31 日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | 東京メトロ丸の内線で四谷三丁目駅より徒歩5分、約500m 都営新宿線で曙橋駅より徒歩5分、約500m | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし |
| | 面 積 | 1229.97 ㎡ | | |

| | | | | | |
|-----------|--------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 建 物 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 3471.31 m ² | うち有料老人ホーム分 | 3471.31 m ² | |
| | 竣工日 | 平成16年9月1日 | | | |
| | 階 数 | 地上 7 階 地下 3 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 5 階 地下 1 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 | 平成16年3月15日 ~ 平成41年3月14日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 8 | 18.8 m ² | ~ 23.8 m ² |
| | 2階 | 1人 | 12 | 18.85 m ² | ~ 25.47 m ² |
| | | 2人 | 1 | 37.31 m ² | ~ m ² |
| | 3階 | 1人 | 11 | 19.25 m ² | ~ 26.45 m ² |
| | | 2人 | 2 | 38.62 m ² | ~ 44.85 m ² |
| | 4階 | 1人 | 12 | 18.85 m ² | ~ 25.68 m ² |
| | | 2人 | 1 | 34.1 m ² | ~ m ² |
| | 5階 | 1人 | 10 | 18.01 m ² | ~ 25.15 m ² |
| | | 2人 | 1 | 32.15 m ² | ~ m ² |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 4人 | 1 | 72.09 m ² | ~ 72.09 m ² |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 10 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：0 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 (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 | | | 2 | 1 | 7人 | 6.0 | なし |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 9 | | | | | 9人 | 10.0 | |
| 介護職員：派遣 | 1 | | | | | 1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 | | |
| 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 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | 2 | | | | |
| 実務者研修 | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 7 | | | 1 | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | |
| 資格なし | | | | | |

| 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 | 1 | | | | |
| 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 | 社会福祉主事・ヘルパー2級 |
|-----------------|---------------|
|-----------------|---------------|

| ④ 夜勤・宿直体制 | |
|----------------|---------------------|
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 17時0分～翌10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 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 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
| | | 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 | | | | | 1.6 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年以上3年未満 | | 1 | 1 | 5 | | | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | | 2 | 1 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | | |
| 合計 | | 4 | 3 | 10 | 0 | 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 | あり | |
| 定期的な安否確認の方法 | ①モーニングケア②朝食時③昼食時④バイタルチェック⑤夕食時⑥夜間⑦必要があれば戦さー等を使用⑧訪室での安否確認 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 在宅酸素の管理、経管栄養対応可、その他医療処置の必要な方については相談に応じ決めさせていただきます | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 藤本クリニック |
| | 所在地 | 東京都台東区上野桜木1-10-22 |
| | 協力の内容 | 往診 月2回・緊急時24時間対応可 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 四谷クリニック |
| | 所在地 | 新宿区四谷1-2-30 3F |
| | 協力の内容 | 往診 月2回・緊急時24時間対応可 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | コンバスデンタルクリニック |
| | 所在地 | 東京都北区志茂2-35-13-101 |
| | 協力の内容 | 虫歯の治療・義歯作成・口腔ケア |

| 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(Ⅲ) | |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(Ⅱ) | |
| 入居継続支援加算 | あり | |
| 生活機能向上連携加算 | あり | |
| 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 | あり | |
| 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 1 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 | 概ね、65歳以上 |
| | 要介護度 | 入居時自立・要支援・要介護 |
| | 医療的ケア | 要相談 |
| | 認知症 | 要相談 |
| | その他 | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人を2人以上定めて頂きます。身元引受人は、入居者及び事業者の相談を受けることが可能な方で、費用等の支払いについて、入居者と連携して責任を負うことになります。また、入居契約が解除された時に、入居者をお引き取り頂く事になります。但し、身元引受人を定めることが出来ない相当の理由がある場合は、ご相談に応じます。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 利用の上限：7泊8日まで |
| | 利用料金 | 1泊：22,000円（宿泊費、介護サービス料、食費込み） |
| | その他 | |
| 入院時の契約の取扱い | 30日以前の場合は、管理費・水道光熱費は通常料金。食費については血色届け出により1日につき683円減額になります。入院により31日以上不在の場合は、31日目から管理費が1日につき1,284円、水道光熱費が1日につき362円減額になります。入院が長期にわたった場合でも、契約は継続いたしますので、退院後は入院前の居室に戻る事が出来ます。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手续 | 本人又は、他の入居者の生命又は身体を保護する為の処置として、緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、以下の手順に従って実施します。①身体拘束の必要性についてカンファレンスの実施を行う。②入居者本人・家族・契約者・身元引受人に対し、身体拘束の方法・場所・時間帯・期間等を説明し同意を得た上で、身体拘束を行う。③日々の身体拘束の記録を行い、身体拘束の解除に向けたカンファレンスを実施し、解除に努めます。 | |
| 事業者からの契約解除 | 以下の場合には、30日の予告期間において、契約を解除する事があります。 ①入居契約に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ②管理費その他の費用の支払いをしばしば延滞する時 ③建物、付属部品または敷地を故意または、重大な過失により汚損、破損、または滅失した時 ④行動が他の入居者の生活または、健康に重大な影響を及ぼす時 ⑤6か月にわたり不在の時（除く入院） | |
| 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 | あり | |
| 判断基準・手続 | 入居者の心身状況、他の入居者への適応状況などにより必要となった場合には入居者及び身元引受人の意見を聴き、同意の上、一時介護室への移動をお願いする場合があります。 | |
| 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変更 | なし | |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------|--|
| 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 | サニーパレス四谷壱番館 | | |
| 電話番号 | 03-5368-6891 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 19:30 (平日・土日・祝日) | | |
| 窓口の名称 2 | 国保連合会苦情相談窓口 | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金) | | |
| 窓口の名称 3 | 新宿区介護保険課利用者支援係 | | |
| 電話番号 | 03-5273-3497 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称： 居宅介護事業者特約 | | |
| 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： | 87.3 歳 | 入居者数合計： | 30 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 | 1 | | | | 1 | | | |
| 75歳以上 85歳未満 | 1 | | | | 1 | | 1 | 1 |
| 85歳以上 | 1 | | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 8 |
| 合計 | 3 | 0 | 3 | 5 | 4 | 1 | 4 | 10 |
| 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 | 11 | 13 | 3 | 0 | 30 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 12 人 | | | 女性： 18 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 48 % （定員に対する入居者数） | | | | | | | |

| 前払金の取扱い | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 入居日までに全額を指定口座に振込み | | | | | |
| 償却開始日 | 入居日 | | | | | |
| 返還対象としない額 | あり 長期契約のみ入居一時金の30% 年契約では初期償却はなし | | | | | |
| | 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 | 【長期契約】 $[\text{入居一時金} - (\text{入居一時金} \times 30\%)] \times (1825 \text{日}(5\text{年}) - \text{入居日数}) / 1825 \text{日}(5\text{年})$ 【1年契約】 $(\text{入居一時金} \div 365 \text{日}) \times (365 \text{日} - \text{入居日数}) = \text{返還金}$ ・入居償却期間を超える場合、返還金は無い・入居金の追加徴収は行わない | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 下記算式により返還します。 返還金＝入居一時金－日額単価×入居日数 日額単価＝入居一時金の70%÷償却日数（長期契約：1825日） 日額単価＝入居一時金÷365日（1年契約：365日） ※入居契約書第41条に基づき、原状回復費として相殺する場合があります。 ※月払いの利用料については、別途日割りで清算します。 ※未払い費用がある場合は、返還金と相殺します。 | | | | | |
| 返還期限 | 契約終了日から 90日以内 | | | | | |
| 保全措置 | なし 保全先： | | | | | |
| その他留意事項 | 入居一時金は、家賃の前払い相当分です。長期契約は初期償却を除く70%を償却期間に応じて毎日均等に償却致します。解約の場合の未償却金残金は、居室明け渡しの日から起算して3か月後に返還します。1年契約は償却期間に応じて毎日均等に償却致します。解約の場合の未償却金残金は、居室の明け渡しの日から起算して3か月後に返還します。 | | | | | |
| 月額利用料の取扱い | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | 当月分を翌々月の5日に支払う | | | | | |
| 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）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 $c = (a+b) \times d$ 小数点以下四捨五入 | 総単位数 $e = a+b+c$ | 介護報酬 $f = a \times \text{地域別単価}$ 小数点以下切捨て | 自己負担額 $g = f \times 0.1$ 小数点以下切上げ |
| 要支援1 | 5,400 | 670 | 364 | 6,434 | 70,130円 | 7,013円 |
| 要支援2 | 9,270 | 670 | 596 | 10,536 | 114,842円 | 11,485円 |
| 要介護1 | 16,020 | 970 | 1,019 | 18,009 | 196,298円 | 19,630円 |
| 要介護2 | 17,970 | 970 | 1,136 | 20,076 | 218,828円 | 21,883円 |
| 要介護3 | 20,040 | 970 | 1,261 | 22,271 | 242,753円 | 24,276円 |
| 要介護4 | 21,960 | 970 | 1,376 | 24,306 | 264,935円 | 26,494円 |
| 要介護5 | 24,000 | 970 | 1,498 | 26,468 | 288,501円 | 28,851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 | | 6/日 | あり(Ⅲ) | | |
| | 入居継続支援加算 | | 0/日 | あり | 要介護のみ | |
| | 生活機能向上連携加算 | | 100/月 | あり | | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 0/月 | なし | 対象者のみ | |
| d | 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 | |
| | 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 | | 6.00% | あり(Ⅱ) | | |
| 当ホームの地域別単価は10.9です。(千代田区) 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 | | | | | | |
| 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の増加等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します。 | | | | | | |

【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 | 長期契約 | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 2,000万 | 269,850 |
| ※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 | 公開していない |
| 管 理 規 程 | 入居希望者に公開 | 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 | 公開していない |

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 | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○ | | ○ | |
| 巡回 夜間 | ○ | | ○ | |
| 食事介助 | ○ | | ○ | |
| 排泄介助 | ○ | | ○ | |
| おむつ交換 | ○ | | ○ | |
| おむつ代 | | ○ | | ○ |
| 入浴(一般浴)介助 | ○ | | ○ | |
| 清拭 | ○ | | ○ | |
| 特浴介助 | ○ | | ○ | |
| 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 | ○ | | ○ | |
| 通院介助 (協力医療機関) | ○ | | ○ | |
| 通院介助 (上記以外) | | ○ | | ○ |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ | |
| オンコール対応 | ○ | | ○ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○ | | ○ | |
| リネン交換 | ○ | | ○ | |
| 日常の洗濯 | ○ | | ○ | |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ○ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | ○ | | ○ |
| おやつ | ○ | | ○ | |
| 理美容 | | ○ | | ○ |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○ | | ○ | |
| 買物代行(上記以外の区域) | | ○ | | ○ |
| 役所手続き代行 | | ○ | | ○ |
| 金銭管理サービス | ○ | | ○ | |

| 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 | ○ | | ○ | |
| 健康相談 | ○ | | ○ | |
| 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 | ○ | | ○ | |
| 医師の往診 | ○ | | ○ | |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | ○ | | ○ |
| 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 | | ○ | | ○ |
| <その他サービス> | | | | |

施設名：サニーパレス四谷壺番館

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确实なものとするため、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。