

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|--------------------|
| 施設名 | 石神井クラシック・コミュニティそよ風 |
| 定員・室数 | 46 人 ・ 46 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`イヤ ユニマツ リタイメント・コミュニティ | |
| 名 称 | 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 107-0061 | |
| | 東京都港区北青山二丁目7番13号 プラセオ青山ビル | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5413-8228 | |
| | ファックス番号 | 03-5413-8227 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.unimat-rc.co.jp | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 中川 清彦 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和50年6月2日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 介護保険指定事業（通所介護、短期入所生活介護 他）等 | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------|-----|-----------------|----------------|
| < 居宅サービス > | | | |
| 訪問介護 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | 18 | 練馬ケアセンターそよ風 | 練馬区北町5-3-6 |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | 14 | 西東京ケアセンターそよ風 | 西東京市東伏見5-10-15 |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 9 | 八王子ケアコミュニティそよ風 | 八王子市小宮町1226-4 |
| 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 | 6 | そよ風定期巡回たいとう | 台東区松が谷4-26-11 |
| 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 | 8 | 東久留米グループホームそよ風 | 東久留米市前沢3-6-24 |
| 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 | 1 | 西東京市ケアコミュニティそよ風 | 西東京市東町3-1-13 |

| | | | |
|------------------|----|----------------|----------------|
| <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 | 14 | 西東京ケアセンターそよ風 | 西東京市東伏見5-10-15 |
| 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 | 9 | 八王子ケアコミュニティそよ風 | 八王子市小宮町1226-4 |
| 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 | 8 | 東久留米グループホームそよ風 | 東久留米市前沢3-6-24 |
| 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 | フリガナ 名 称 | シャクシ クラシック・コミュニティ所 石神井クラシック・コミュニティそよ風 | |
| 所 在 地 | 〒 177-0045 | 東京都練馬区石神井台7-16-11 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5927-5140 | |
| | ファックス番号 | 03-5927-5143 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.unimat-rc.co.jp | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1372005239号 | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 管理者 | 氏名 加藤 利幸 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 18 年 8 月 1 日 | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 17 年 5 月 24 日 | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 18 年 8 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 18 年 8 月 1 日 | |
| | 指定の有効期間 | 令和 6 年 7 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 18 年 8 月 1 日 | |
| | 指定の有効期間 | 令和 6 年 7 月 31 日 まで | |
| 事業所へのアクセス | 電車：西武新宿線「武蔵関駅」下車、北口徒歩7分 | | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|--|------------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし | | |
| | 面積 | 1768.3 m ² | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | | |
| | 延床面積 | 3538.33 m ² うち有料老人ホーム分 2194.31 m ² | | | | |
| | 竣工日 | 平成18年6月30日 | | | | |
| | 階数 | 地上 6 階 地下 0 階 | | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 3~6 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 | あり ((予防) 通所介護・(予防) 認知症状対応型共同生活介護) | | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成18年8月1日 ~ 令和18年7月31日 | | | |
| | | 自動更新 | あり | | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | |
| | 3階 | 1人 | 20 | 21.41 m ² | ~ | 21.52 m ² |
| | 4階 | 1人 | 13 | 21.41 m ² | ~ | 21.52 m ² |
| | 5階 | 1人 | 13 | 21.41 m ² | ~ | 21.52 m ² |
| | | | | | m ² | ~ |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | |
| | | | | m ² | ~ | m ² |
| 便所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 3 箇所 (男女共用) | | |
| | 浴室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：1 大浴槽：1 機械浴：1 | | |
| 食堂 | 兼用 | あり (機能訓練室) | | | | |
| | 併設施設との共用 | なし () | | | | |
| その他の共用施設 | あり (1階エントランス、6階ラウンジ) | | | | | |
| 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：なし | 脱衣室：あり | | |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|--------|--------------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況等 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者(施設長) | | | 1 | | | 1人 | 0.1 | 介護職員 |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 介護職員 |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | | | 3 | | 4人 | 2.7 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 7 | 3 | | 3 | | 13人 | 11.5 | 管理者 生活相談員 |
| 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 | 0.7 | |
| 栄養士 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| 調理員 | 2 | | | 4 | | 6人 | 4.3 | |
| 事務員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 他サービス |
| その他従業者 | 1 | | | 5 | | 6人 | 2.8 | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 時間 | | |

| ③-1 介護職員の資格 | | | | | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | | 2 | 2 | 1 | |
| 実務者研修 | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 5 | 1 | 3 | |
| 介護支援専門員 | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | |
| 資格なし | | | | | |

| ③-2 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 | | | | | |
| 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 | 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 | 19時0分～7時0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 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 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 3 | 1 | | | 1 | | | |
| 3年以上5年未満 | | | 2 | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | 1 | 1 | 6 | 1 | 2 | | | | | 1 |
| 10年以上 | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 合計 | | 1 | 3 | 10 | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

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（直営） | |
| 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 | 日中：随時及び10：00、16：00 計2回 夜間：4回（22：00、0：00、3：00、5：00）共用のトイレ及び各居室にナースコールの設置による随時対応 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 看護職員による経管栄養（胃ろう）対応、インシュリン対応、在宅酸素管理、ストマ対応、バルーンカテーテル対応 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団平郁会 府中みどりクリニック |
| | 所在地 | 東京都府中市片町2-20-3サンノブル1階103号 |
| | 協力の内容 | ①24時間緊急対応（オンコール体制）②訪問診療月2回による入居者の健康指導、診療及び治療③申し込みあり |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団アイディーエヌ じぶクリニック |
| | 所在地 | 東京都練馬区石神井台7-22-3 施設より200m（徒歩5分） |
| | 協力の内容 | ①医療相談②健康保険③申し込みなし |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団オーラルコミュニケーション くになち旭通り歯科 |
| | 所在地 | 東京都国立市東1-7-5 |
| | 協力の内容 | 週1回訪問診療による入居者への口腔ケア指導、診療及び治療 |

| 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 | なし |
| 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 | なし |
| 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 | おおむね65歳以上の方 |
| | 要介護度 | 自立もしくは要支援もしくは要介護 |
| | 医療的ケア | 受け入れ可能：経管栄養（胃瘻）・インシュリン・在宅酸素管理・ストマ・バルーンカテーテル 看護職員勤務時間（8:30～17:30）内の医療行為は可能 |
| | 認知症 | 受け入れ可能 |
| | その他 | 入居時、自立もしくは要支援もしくは要介護の認定を受けた方で、伝染病のないおおむね65歳以上の方 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 契約で規定する諸債務の連帯保証、および退去時の身上引き受けなど | |
| 体験入居 | 利用期間 | 7泊8日まで |
| | 利用料金 | 【宿泊費・サービス費】8,150円 【お食事代】1,850円（朝食:432円/昼食:648円/夕食:770円） 【合計】10,000円（消費税込） |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院が長期に渡った場合でも契約は存続しますので、退院後は居室に戻ることができます。（ひと月、15日以上入院による不在の場合は運営管理費のみ2分の1の金額となります） 家賃相当額につきましては通常通りお支払いいただきます。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | ①入居者本人または他の入居者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い ②身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護・看護方法がない ③身体拘束その他の行動制限が一時的である ①②③を前提に「個別の状況による拘束の必要な理由」「身体拘束の方法（場所・部位）」「拘束の時間帯及び時間」「特記すべき心身の状況」「拘束開始日」を管理者および計画作成担当者、介護職責任者において十分説明、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束し、確認書に署名・捺印を押ささせていただきます。拘束開始より解除に向け検討し、毎日記録をします。①②③のうちひとつでも脱した時は拘束解除可能と判断し、直ちに拘束を解除いたします。 | |
| 事業者からの契約解除 | 入院が長期に渡った場合でも契約は存続しますので、退院後は居室に戻ることができます。（ひと月、15日以上入院による不在の場合は運営管理費のみ2分の1の金額となります） 家賃相当額につきましては通常通りお支払いいただきます。 | |

| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------|--|--------------|---------------|----------------|----------------|------|------|------|
| 一時介護室への移動 | | なし | | | | | | | |
| 判断基準・手続 | | | | | | | | | |
| 利用料金の変更 | | | | | | | | | |
| 前払金の調整 | | | | | | | | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | | | | | | | | | |
| その他の居室への移動 | | あり | | | | | | | |
| 判断基準・手続 | | 緊急時ややむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設け、居室・介護の内容・権利変動について、事業者の指定する医師や入居者の身元引受人などの意見を聞き、入居者の同意を得る。 | | | | | | | |
| 利用料金の変更 | | 無し | | | | | | | |
| 前払金の調整 | | 無し | | | | | | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | | 306号室・408号室・508号室に関係する移動の場合 はあり（面積・内装の違いによる） | | | | | | | |
| 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 | | 石神井クラシック・コミュニティそよ風（担当：施設長 渡邊珠代） | | | | | | | |
| 電話番号 | | 03-5927-5140 | | | | | | | |
| 対応時間 | | 8:30 ～ 17:30 （ 日～土曜日 ） | | | | | | | |
| 窓口の名称 2 | | 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口 | | | | | | | |
| 電話番号 | | 電話 03-6692-9532 FAX 03-3403-3585 | | | | | | | |
| 対応時間 | | 9:00 ～ 18:00 （月～土曜日（但し、祝日、第1・第3・ 第4土曜日及び12月30日～1月3日を除く）） | | | | | | | |
| 窓口の名称 3 | | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 | | | | | | | |
| 電話番号 | | 03-3272-3781 | | | | | | | |
| 対応時間 | | 9:00 ～ 17:00 （月～金曜日（祝日及び年末年始を除く。）） | | | | | | | |
| 窓口の名称 4 | | 東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課 | | | | | | | |
| 電話番号 | | 03-6238-0177 | | | | | | | |
| 対応時間 | | 9:00 ～ 17:00 （月～金曜日（祝日及び年末年始を除く。）） | | | | | | | |
| 賠償責任保険の加入 | | あり 保険の名称：福祉事業者総合賠償責任保険（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 | とうきょう福祉ナビゲーション | | | |
| その他機関による第三者評価の実施 | | | | あり | 結果の公表 | 事業所内閲覧 | | | |
| 5 入居者 | | | | | | | | | |
| 介護度別・年齢別入居者数 | | | 平均年齢： 91.0 歳 | | | 入居者数合計： 43 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 | | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | 1 | | 1 | | 2 | 1 | |
| 85歳以上 | | | 10 | 1 | 10 | 6 | 3 | 5 | 2 |
| 合計 | | 1 | 11 | 1 | 11 | 6 | 5 | 6 | 2 |
| 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 | 7 | 0 | 22 | 9 | 5 | 0 | 43 | | |
| 男女別入居者数 | 男性： 5 人 | | 女性： 38 人 | | | | | | |

| | |
|------------------------|------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 93 %（定員に対する入居者数） |
|------------------------|------------------|

直近1年間に退去した者の人数と理由

| 理由 | 人数 | 理由 | 人数 |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 自宅・家族同居 | 1 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 1 | 医療機関への入院 | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 7 |
| 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 | 10 |

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 |
| 入居金軽減プラン | 3,000,000円 | 254,500円 | 144,000 | 55,000 | 0 | 55,500 | 管理費に含む |
| 基本プラン | 6,000,000円 | 219,500円 | 109,000 | 55,000 | 0 | 55,500 | 管理費に含む |
| 月額軽減プラン | 8,000,000円 | 196,167円 | 85,667 | 55,000 | 0 | 55,500 | 管理費に含む |
| 月額プラン | 0円 | 321,900円 | 211,400 | 55,000 | 0 | 55,500 | 管理費に含む |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 前払金＝（前払金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額）×（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当社が受領する額 ※2） ※1：当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者基金の統計データを元に算定し、60ヶ月と設定しております ※2：想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額として算定し、前払金額の30%としております。 【基本プラン】6,000,000円＝（前払金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額 4,200,000円）＋入居時償却 1,800,000円 （月額単価の説明） 前払金に含まれる家賃相当額÷想定居住期間60ヵ月 （想定居住期間の説明） 当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者基金の統計データを元に算定し、60ヶ月と設定しております | | | | | |
| | 家賃 | 居室及び共用施設等の家賃相当額です。一時金の場合は、その一部を前払金として受領しています。 | | | | | |
| | 管理費 | 共有施設等の維持管理費（共用施設、各居室の「光熱水費」を含む）、事務費、消耗品費、管理部門の人件費。 | | | | | |
| | 介護費用 | 生活サポート費（月額：22,000円）：要介護認定未申請、又は自立の方のみ対象。介護保険給付対象外の方にご負担いただく介護サービス（夜間巡回、入浴準備、ナースコール対応、病院通院同行、外出付添等）生活サービス（居室清掃、シーツ交換等）健康管理サービス（体温、血圧、脈拍チェック等）に関わる人件費です。申請中の場合は申請日にさかのぼり日割計算にて返金します。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 432 円・昼食 648 円・夕食 770 円 間食 0 円 1日当たり 1,850 円 × 30日で積算 (いずれも税込) 消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別640円以下で、その累計額が1日1,920円に達するまでの食費が該当し、軽減税率（8%）が適用されます。当施設では、朝食・昼食は軽減税率8%適用です。 （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 食事は召し上がった分の請求となります。 | | | | | |
| 光熱水費 | 管理費に含む | | | | | | |

| 前払金の取扱い | | |
|---|--|---|
| 支払日・支払方法 | 入居契約締結までに全額振り込んでいただきます。 | |
| 償却開始日 | 入居日の翌日 | |
| 返還対象としない額 | あり | 前払金の30%（入居時償却） |
| | 位置づけ | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | <p>【月額償却金額（総額）】：前払金の70%・・・A 【月額償却金額】：A÷想定居住期間（60ヶ月）・・・B ※但し、月途中に入居又は退居された場合の当該月における償却金額は、1ヶ月を30日とする日割り計算により算出します。 【入居月の償却金額】・・・C ・月初入居の場合：Bの額 ・月途中入居の場合：Bの額÷30日×入居月における入居日数（1円未満四捨五入） 【退居月の償却金額】・・・D ・月末退居の場合：Bの額 ・月途中退居の場合：Bの額÷30日×退居月における入居日数（1円未満四捨五入） 【償却期間最終月の償却金額】：Bの額。 但し、月途中入居の場合は、Bの額から「月途中入居の場合の入居月の償却金額」を引いた額とします。 【返還金】＝A－（B×入居月数（入居月及び退居月を除く））－C－D</p> | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 起算日：入居日の翌日 | |
| | 日割り計算に基づく費用を差し引いた上で、居室の明け渡しを受けた後3ヶ月以内にその差し引き残額を無利子で返還することとします。 【日割り計算】（前払金－入居時償却分）÷償却月数÷30日＝1日当たりの費用（1円未満四捨五入） 【返還金】＝前払金－入居日翌日から退居日までの日数×1日当たりの費用 | |
| 返還期限 | 契約終了日から 30日以内 | |
| 保全措置 | あり 保全先：公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 | |
| その他留意事項 | 契約日に居室引き渡しとなり、入居日の翌日から家賃が発生します。また、退居の際は居室を明け渡ししていただき鍵を返却した日までとします。月の途中での入退居の場合は日割り計算させていただきます。 （月額家賃相当額（基本プランの場合109,000円））÷30日×当該月の契約日数（1円未満四捨五入） | |
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 利用月の翌月27日に指定口座より引落とし | |
| その他留意事項 | 入退居月の家賃は日割り計算とする。 | |
| 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) 単位：円 | | |
| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
| 要支援1 | 59,187円 | 5,915円 |
| 要支援2 | 101,370円 | 10,137円 |
| 要介護1 | 175,272円 | 17,528円 |
| 要介護2 | 196,854円 | 19,686円 |
| 要介護3 | 219,417円 | 21,942円 |
| 要介護4 | 240,345円 | 24,035円 |
| 要介護5 | 262,908円 | 26,291円 |

| 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 | なし | 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

本施設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、また諸種の経済状況の変化、介護保険制度の改正等を勘案し、事業の安定的継続の観点から、運営懇談会の意見を聞いて、月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用を改訂することができます。また、厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬単価及び所在地域の地域単価等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費用を変更します。

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

| プランの名称 | 基本プラン | | |
|--------|-------|-----------|---------|
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 6,000,000 | 219,500 |

※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 | 重要事項説明書 |

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 | ○ (随 時及び10:00、16: | | ■ (随 時及び10:00、16: | |
| 巡回 夜間 | ○(22,0,3,5時) | | ■(22,0,3,5時) | |
| 食事介助 | | | ■ | |
| 排泄介助 | | | ■ | |
| おむつ交換 | | | ■ | |
| おむつ代 | | | | 実費 |
| 入浴(一般浴)介助 | ○(週3回) | | ■(週3回) | 左記回数以上1回1,980 円(税込) |
| 清拭 | | | ■ | |
| 特浴介助 | | | ■(週3回) | 左記回数以上1回1,980 円(税込) |
| 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) | ○(月1回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) | ■(月1回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) |
| 通院介助 (上記以外) | | 1時間 1,650円(税込) | | 1時間 1,650円(税込) |
| 緊急時対応 | ○ | | ■ | |
| オンコール対応 | ○ | | ■ | |

| 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 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○ | 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▲ |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○(週2回) | 左記回数以上1回 1,100円(税込) | ■(週2回) | 左記回数以上1回1,100円(税込) |
| リネン交換 | ○(週1回) | 左記回数以上1回 1,100円(税込) | ■(週1回) | 左記回数以上1回1,100円(税込) |
| 日常の洗濯 | | 1回5kg 550円(税込) | ■(週3回) | 左記回数以上1回5kg550円(税込) |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ○ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | 応相談 | | 応相談 |
| おやつ | ○ | | ○ | |
| 理美容 | | 実費 | | 実費 |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○(週1回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) | ○(週1回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) |
| 買物代行(上記以外の区域) | | 1時間 1,650円(税込) | | 1時間 1,650円(税込) |
| 役所手続き代行 | ○(月1回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) | ○(月1回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) |
| 金銭管理サービス | ○ | | ○ | |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | ○(年2回の機会を設ける) | 健康診断費用は実費 | ■(年2回の機会を設ける) | 健康診断費用は実費 |
| 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 | | 実費 | | 実費 |
| 医師の往診 | 緊急時 | 実費 | 緊急時 | 実費 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | 1時間 1,650円(税込) | | 1時間 1,650円(税込) |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | ○ | | ■ | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 1時間 1,650円(税込) | | 1時間 1,650円(税込) |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ○(週2回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) | ○(週2回) | 左記回数以上1時間 1,650円(税込) |
| 入院中の見舞い訪問 | ○ | | ■ | |
| <その他サービス> | | | | |

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 | 機械浴は、脱衣室のみナースコール設置のため |
| 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 | 保元元:公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 保全先:公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |
| 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: 30% |
| 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。