

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|---------------|
| 施設名 | 家族の家ひまわり聖蹟桜ヶ丘 |
| 定員・室数 | 40 人 ・ 40 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 | 専用型（要介護のみ） |
| 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 | 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 | カ`シカ`イヤ サ`エド`ウヨウジ` | |
| 名 称 | 株式会社 三英堂商事 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 150-0002 | 東京都渋谷区渋谷二丁目15番1号 | |
| | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5466-1571 | |
| | ファックス番号 | 03-5466-2837 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.saneido.co.jp | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 上村 岩男 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和53年11月15日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホーム・高齢者ホームの企画・運営、住宅賃貸管理業、社宅管理 | | |

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 | 6 | 家族の家ひまわり国分寺 | 東京都小平市上水南町3-9-8 |
| 福祉用具貸与 | 1 | 日本福氣手来手センター | 東京都渋谷区渋谷2-15-1 |
| 特定福祉用具販売 | 1 | 日本福氣手来手センター | 東京都渋谷区渋谷2-15-1 |
| <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 | 3 | 気手来手くんの家南砂町 | 東京都江東区北砂7-9-7 |
| 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 | 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 | 4 | 家族の家ひまわり国分寺 | 東京都小平市上水南町3-9-8 |
| 介護予防福祉用具貸与 | 1 | 日本福氣手来手センター | 東京都渋谷区渋谷2-15-1 |
| 介護予防特定福祉用具販売 | 1 | 日本福氣手来手センター | 東京都渋谷区渋谷2-15-1 |
| ＜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 | 3 | 気手来手くんの家南砂町 | 東京都江東区北砂7-9-7 |
| 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 | カクノイヒマワリセイヤカガカ | | |
| | 名 称 | 家族の家ひまわり聖蹟桜ヶ丘 | | |
| 所 在 地 | 〒 | 206-0021 | 東京都多摩市連光寺5-12-2 | |
| | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 042-357-1600 | | |
| | ファックス番号 | 042-357-1602 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.saneido.co.jp/kaigo/ | | | |
| 介護保険事業所番号 | 1375001086 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 原田 卓郎 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 21 年 7 月 1 日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 21 年 2 月 20 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 21 年 7 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 21 年 7 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 33 年 6 月 30 日 まで | | |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） | - | | |
| | 指定の有効期間 | - まで | | |
| 事業所へのアクセス | 京王線「聖蹟桜ヶ丘駅」又は京王相模原線「京王永山駅」・小田急多摩線「小田急永山駅」よりバス便（聖蹟桜ヶ丘⇄永山駅）、「東部団地」下車180m | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり |
| | 面 積 | 2650.01 m ² | | |

| | | | | | |
|-------------|----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 1673.02 m ² | うち有料老人ホーム分 | 1673.02 m ² | |
| | 竣工日 | 平成 21 年 5 月 14 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 | | 3 階 | 地下 0 階 |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 | | 3 階 | 地下 0 階 |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 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21年6月1日 ~ 平成41年7月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 1人 | 20 | 18 m ² | ~ 24.9 m ² |
| | 3階 | 1人 | 20 | 18 m ² | ~ 24.9 m ² |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 6 箇所 (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 (機能訓練室 (食事時間以外)) | | |
| | 併設施設との共用 | | | なし () | |
| その他の共用施設 | あり (談話室、相談室、脱衣室、洗面所、駐車場) | | | | |
| 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 | 0.1 | 生活相談員・事務員 |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 施設長・事務員 計画作成担当者 |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | | | 3 | | 4人 | 2.8 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 8 | | | 8 | | 16人 | 12.6 | 生活相談員 |
| 介護職員：派遣 | | | | 2 | | 2人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | | | 1 | | | 1人 | 0.1 | 生活相談員 |
| 栄養士 | | | 1 | | | 1人 | | 外部委託 |
| 調理員 | | | 1 | 3 | | 4人 | | 外部委託 |
| 事務員 | | | 1 | | | 1人 | 0.1 | 施設長・生活相談員 |
| 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 | 4 | | | 2 | |
| 実務者研修 | 1 | | | 1 | |
| 介護職員初任者研修 | 3 | | | 4 | |
| 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 | | | | | |
| 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 なし

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 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 | | | | | 1.9 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 | | | | 3 | 2 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 1 | 2 | 1 | 2 | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | 1 | 2 | 3 | 5 | | | 1 | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | 1 | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 1 | 3 | 8 | 9 | 2 | 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 | なし | |
| 定期的な安否確認の方法 | 日中（8：00、11：30、15：00、17：30） 夜間（21：00、23：00、1：00、3：00、5：00）の巡回時 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 経管栄養（胃ろう）、持続導尿（バルン留置）、人工肛門（ストマ）、インシュリン注射（ペンフィルタイプ・1日2回まで）、在宅酸素（応相談） 当施設の看護師（9：00～18：00勤務）が対応致します。 病状等により、受け入れが出来ない場合もございますので、上記のケアが必要な方も、事前に必ずご相談ください。 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団三医会 鶴川厚生病院 |
| | 所在地 | 東京都町田市三輪町1129番地（7.5km 施設より車で15分） |
| | 協力の内容 | 一般診療・緊急時対応・健康診断・訪問診療・訪問看護・薬剤指導・栄養指導・入院受入等・内科、リハビリテーション科 |

| | | |
|-----------|-------|--|
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団林悟会 りんごクリニック |
| | 所在地 | 東京都杉並区上高井戸1丁目8番8号 (14.2km 施設より車で30分) |
| | 協力の内容 | 内科、訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人ユリノキ会 ユリノキクリニック歯科 |
| | 所在地 | 東京都杉並区上高井戸1-14-2 集成第一マンション1F (14.2km 施設より車で29分) |
| | 協力の内容 | 訪問歯科診療 |

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 | 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(Ⅱ) |
| 入居継続支援加算 | なし |
| 生活機能向上連携加算 | 不可 |
| 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 | 概ね60歳以上 |
| | 要介護度 | 要介護1~5 |
| | 医療的ケア | 応相談 |
| | 認知症 | 問わない |
| | その他 | - |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人は連帯保証人を兼ねるものとし、この契約により入居者が負担すべき一切の債務を保証し、入居者と連携してその履行の責に任ずるものとします。尚、いかなる場合も利用者の身元引き受けを拒むことはできないこととします。 | |

| | | |
|-------------------|--|---|
| 体験入居 | 利用期間 1ヶ月まで 利用料金 その他 | 1ヶ月まで 1日当り10,800円 内訳：居室使用料 5,400円 (水道光熱費、リネン管理費、事務手数料含む) 食費 2,160円 介護サービス費 3,240円 ●別途徴収料金(ご利用の場合) ○介護(生活)支援費 買物 1回につき 1,080円 通院 1回につき 5,400円 ○備品レンタル代(1日当たり) 車椅子 70円、センサーマット 140円、エアマット 140円 ○オムツ代(1セット当たり)、消耗品代 パンツオムツ 5,054円 オープンオムツ 2,592円 尿取りパッドレギュラー 1,145円 尿取りパッドスーパー 1,543円 フラットオムツ 2,074円 ティッシュペーパー 108円/箱 入れ歯洗浄剤 50円(1日当たり) |
| 入院時の契約の取扱い | 入院期間中の食費・光熱水費は、日割り計算をしてご返還いたします。 住居費・施設運営費は不在時も必要となります。 入院が長期に渡った場合でも、入居契約は存続しますので、 退院後は入院前の居室に戻ることができます。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束委員会の開催を実施し、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件を満たし、「止むを得ない」と判断された場合は、施設長により下記の手続きに基づきます。 ・家族又は代理人等に連絡し、面接を行ない「緊急止むを得ない身体拘束に関する説明書」に基づいて計画作成担当者が詳細な説明を行ないます。(医療に係る場合は看護師も同席します) ・家族等に十分な理解と同意を得るものとします。 ・「緊急止むを得ない身体拘束に関する説明書」に署名捺印を求めます。 ・実際に身体拘束を行なう場合は、態様、時間、心身の状況等を詳細に記録します。 ・身体拘束、行動制限が行なわれている場合は、解除する事を目標に身体拘束廃止委員会において継続的カンファレンスを行い検討します。 | |
| 事業者からの契約解除 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用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、かつ通常の介護方法ではこれを防止することが出来ず、本契約を将来にわたって継続する事が社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、契約を解除することがあります。 2. 1の場合、次の手続きを行ないます。 <ol style="list-style-type: none"> ①一定の観察期間をおく。 ②医師の意見を聴く。 ③契約解除の通告について3ヶ月の予告期間をおく。 ④③の通告に先立ち、利用者本人の意思を確認するとともに、連帯保証人(兼身元保証人)等の意見を聴く。 3. 事業者は、本契約に基づくサービス利用料金の支払いにつき、利用者がしばしば遅延し、その支払いがない場合など、本契約における甲と乙の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合には、3ヶ月の予告期間において、本契約を解除することがあります。その場合、2-④の規定を準用します。 | |

| 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 | 介護居室利用者の心身に著しい変化が合った場合 ・医師の意見を聞く事 ・本人または身元引受人の同意を得る事 ・一定の観察期間を設ける事 以上三点の手続きを踏み、移動します。 | | |
| | 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 | 移動先の居室によって、居室面積の増減がある場合があります。 | | |
| 提携ホーム等への転居 | | あり 家族の家ひまわり | | |
| | 判断基準・手続 | 自立・または要支援に認定された場合。 移動先の施設については、相談の上決定いたします。 | | |
| | 利用料金の変更 | 移動先の施設により、あり。 | | |
| | 前払金の調整 | なし | | |
| | 従前居室との仕様の 変更 | あり（移動先の施設により、異なります） | | |
| 苦情対応窓口 | | | | |
| 窓口の名称 1 | | 家族の家ひまわり聖蹟桜ヶ丘 | | |
| | 電話番号 | 042-357-1600 | | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (365日対応) | | |
| 窓口の名称 2 | | 株式会社 三英堂商事 シルバー事業部 | | |
| | 電話番号 | 03-5466-1571 | | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日) | | |
| 窓口の名称 3 | | 東京都国民健康保険団体連合会 窓口 | | |
| | 電話番号 | 03-6238-017 | | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) | | |
| 賠償責任保険の加入 | | あり 保険の名称：日本興亜損保 普通傷害保険・総合賠償責任保険 | | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | | |
| アンケート調査、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組 | | | あり | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

| 介護度別・年齢別入居者数 | | 平均年齢： 83.8 歳 | | | 入居者数合計： 38 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 | | | | | 2 | | | 1 | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | 6 | 5 | 2 | | |
| 85歳以上 | | | | | 3 | 6 | 4 | 4 | 3 |
| 合計 | | 0 | 0 | 0 | 11 | 11 | 6 | 6 | 4 |

| 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 | 8 | 7 | 17 | 6 | | | 38 |
| 男女別入居者数 | 男性： 10 人 | | 女性： 28 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 95 %（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 | 1 | | 医療機関への入院 | | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | 死亡 | 6 | | | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 4 | | その他 | | | | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | | 退去者数合計 | 11 | | | |

6 利用料金

| | | |
|----------|---|-----------|
| 入居準備費用 | あり | 324,000 円 |
| 明内細訳 | <p>入居に係る事務手数料</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事前面談調査料（162,000円）……ケアマネージャー、生活相談員、看護職員による面談調査3回人件費、交通費、通信費、相当 ・ 契約書類作成費（75,600円）……入居契約書等の作成事務及び発行事務手数料、印刷製本作成手数料等 ・ 利用者基礎データ作成（32,400円）……PCへの入力 ・ 環境整備費（54,000円）……入居前居室クリーニング、整備点検費等 | |
| 支払日・支払方法 | ご入居後1カ月以内に、月額利用料と併せて請求書をお送りします。請求書記載の支払日までに、指定口座への振込・又は銀行引き落としでお支払い頂きます。 | |
| 解約時の返還 | なし | |
| 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 |
| 居室タイプS | 700,000円 | 202,289円 | 80,000 | 34,971 | 0 | 64,800 | 22,518 |
| 居室タイプP | 700,000円 | 212,289円 | 90,000 | 34,971 | 0 | 64,800 | 22,518 |
| 居室タイプV | 700,000円 | 215,289円 | 93,000 | 34,971 | 0 | 64,800 | 22,518 |
| | | 0円 | | | | | |

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価（20,000円）× 想定居住期間（35ヶ月） により算出 （月額単価の説明） 近傍家賃を参照した補填分、家賃相当額の一部 （想定居住期間の説明） 当社運営施設の平均入居期間を勘案した期間 | |
| | 家賃 | 居室タイプS…80,000円、居室タイプP…90,000円、居室タイプV…93,000円 近傍同種の家賃相当額と比較し、妥当な額として設定。 | |
| | 管理費 | 34,971円 名称：施設運営費 建物の維持管理、運営事務費、イベント運営管理等 | |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | |
| | 食費 | 朝食 486 円・昼食 648 円・夕食 864 円 間食 162 円 1日当たり 2,160 円 × 30日で積算 毎食の食費に、厨房管理運営費を含みます。 （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 食事のキャンセルは前日までにお申し出下さい。 食費の返還は日割り計算にて行ないます。食費（64,800円）をその月の日数で除した金額を1日分とし、不在日数分をご返還致します。 例：4月に2日間不在の場合。 64,800円÷30日間=2,160円 2,160円×2日分=4,320円 返還額：4,320円 | |
| | 光熱水費 | 22,518円 名称：水道光熱費 居室利用電気代、共用部電気代、水道代 | |
| 前払金の取扱い | | | |
| 支払日・支払方法 | ご入居後1カ月以内に、月額利用料と併せて請求書をお送りします。 請求書記載の支払日までに、指定口座への振込・又は銀行引き落としでお支払い頂きます。 | | |
| 償却開始日 | 入居した日 | | |
| 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 | 入居日より35ヶ月以内にご退去された場合、利用日数に応じて日割計算とし、残額を返還致します。 ※但し、専用居室の原状回復のための、実費を差し引く事があります。 ※月の途中解約の場合は、日割計算となります。（日額670円） | | |
| 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 | | |
| | 返還金額＝前払金－（20,000円×入居月数） 但し、月額基本料金並びに「別表（個別対応）」の月額利用について、月の途中解約の場合は、日割計算となります。（日額670円）。また、利用者の負担に帰する債務、その他、利用者の居室の原状回復費用等、利用者の責に帰する債務がある場合がある場合は控除し、残額を返還します。（「有料老人ホーム入居契約書」参照） ※入居準備費用の返還はございません。 | | |

| | |
|---------|------------------------------|
| 返還期限 | 契約終了日から 90 日以内 |
| 保全措置 | あり 保全先：株式会社朝日信託「入居一時金保全信託」利用 |
| その他留意事項 | - |

月額利用料の取扱い

| | |
|----------|---|
| 支払日・支払方法 | 毎月15日までに送付する請求書に基づき、指定する期日までに指定の銀行口座への振り込み、または銀行引落にてお支払いいただきます。 |
| 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)×d 小数点以下 四捨五入 | 総単位数 e=a+b+c | 介護報酬 f=e×地域別単価 小数点以下 切捨て | 自己負担額 g=f×0.1 小数点以下 切上げ |
|------|-----------|---------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 要支援1 | 0 | - | - | - | - | - |
| 要支援2 | 0 | - | - | - | - | - |
| 要介護1 | 16,020 | 460 | 989 | 17,469 | 187,267円 | 18,727円 |
| 要介護2 | 17,970 | 460 | 1,106 | 19,536 | 209,425円 | 20,943円 |
| 要介護3 | 20,040 | 460 | 1,230 | 21,730 | 232,945円 | 23,295円 |
| 要介護4 | 21,960 | 460 | 1,345 | 23,765 | 254,760円 | 25,476円 |
| 要介護5 | 24,000 | 460 | 1,468 | 25,928 | 277,948円 | 27,795円 |

| | 加算の種類 | 単位・割合 | 算定 | 備考 |
|---|---------------|-------|-------|-------|
| b | 個別機能訓練加算 | 12/日 | あり | |
| | 夜間看護体制加算 | 0/日 | なし | 要介護のみ |
| | 看取り介護加算 | 0/日 | なし | 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 | 100/月 | 不可 | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 0/月 | なし | 対象者のみ |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 0/月 | 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 | 0/月 | なし | 対象者のみ |
| d | 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10.72です。(多摩市)

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

運営懇談会を実施の上、検討します。

【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 | 居室Sタイプ | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 324,000 | 0 | 700,000 | 202,289 |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |

7 入居希望者等への事前の情報開示

| | | | |
|----------|----------|---------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 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 | なし |

添付書類： 介護サービス等の一覧表
 東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

_____年 月 日

署名 _____ 印 _____

説明年月日
 _____年 月 日

説明者職・氏名

職

氏名 _____ 印 _____

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分 | （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） |
| サービス | | | 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 | ○ | | ■ | |
| 巡回 夜間 | | | ■3時間毎に巡視 | |
| 食事介助 | ○ | 治療食 1ヶ月 16,200円 | ■ | 治療食 1ヶ月 16,200円 |
| 排泄介助 | | | ■ | |
| おむつ交換 | | | ■ | |
| おむつ代 | | 実費 パンツおむつ 1パック5,054円 オープンおむつ 1パック2,592円 尿取りパッド （レギュラー） 1パック1,145円 尿取りパッド （スーパー） 1パック1,543円 フラットおむつ 1パック2,074円 | | 実費 パンツおむつ 1パック5,054円 オープンおむつ 1パック2,592円 尿取りパッド（レギュラー） 1パック1,145円 尿取りパッド（スーパー） 1パック1,543円 フラットおむつ 1パック2,074円 |
| 入浴（一般浴）介助 | | 週3回以上希望の場合 1回 540円 | ■一部もしくは全介助（週2回） 入浴不可の場合及び入浴日以外で | 週3回以上希望の場合1回 1,080円 |
| 清拭 | | | | |
| 特浴介助 | | 週3回以上希望の場合 1回 540円 | ■一部もしくは全介助（週2回） | 週3回以上希望の場合1回 1,080円 |
| 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 | ○ | 他者利用は実費 | ■ | 他者利用は実費 |
| 通院介助 （協力医療機関） | ○ | | ■ | |
| 通院介助 （上記以外） | | 1回5,400円 | | 1回5,400円 |
| 緊急時対応 | | | | |
| オンコール対応 | ○ | | ■ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○週1回（サポート生活費を含む） | | ■週1回 | |
| リネン交換 | ○週1回（サポート生活費を含む） | | ■週1回 | |
| 日常の洗濯 | ○ | | ■ | |
| 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 |

| 区分 | (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) |
| サービス | | | 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▲ |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○ | | ○ | |
| 買物代行(上記以外の区域) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設から往復50km迄・・・1,080円 ・施設から往復50を超え60km迄(基本料金)・・・2,160円 ・60kmを超え10kmを増す毎に、基本料金 2,160円に・・・540円加算 | | | |
| 役所手続き代行 | ○ | 書類発行料 | ■ | 書類発行料 |
| 金銭管理サービス | | | | |

| 区分 | (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) |
| サービス | | | 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▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | 年2回(実費) | 年2回 | |
| 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(医療費等) | | 実費(医療費等) |
| 医師の往診 | | | | |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | ○ | 提携病院以外の場合 1回5,400円 | ■ | 提携病院以外の場合 1回5,400円 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | ○ | | ■ | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 片道5,400円 | | 片道5,400円 |
| 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> | | 応相談 | | 応相談 |

施設名：家族の家ひまわり聖蹟桜ヶ丘

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------------------|---------------------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】 消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | 保全先：株式会社朝日信託「入居一時金保全信託」利用 |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。) | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | 初期償却率： % |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | |

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。