

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 施設名 | 住宅型有料老人ホームさんぽみち |
| 定員・室数 | 6 人 ・ 5 室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|-----------------|------------|
| 類 型 | 住宅型 |
| 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 | 専用型（要介護のみ） |
| 介 護 保 険 の 利 用 | 居宅サービス利用可 |
| 居 室 区 分 | 相部屋あり |
| 介護に関わる職員体制 | - |

1 事業主体

| | | | |
|-------------|------------------------------|--|----------|
| 名 称 | 法人等の種別 営利法人 | | |
| | フリカミナ 名 称 | ユウゲンガイシャグループホームさんぽみち 有限会社グループホームさんぽみち | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 182-0006 | 東京都調布市西つつじヶ丘2-30-3 | |
| | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5384-0897 | |
| | ファックス番号 | 03-5384-0897 | |
| ホームページ | 無し | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 小原 久子 |
| 設 立 年 月 日 | 平成6年10月1日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 訪問介護・認知症対応型共同生活介護・住宅型有料老人ホーム | | |

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 | 1 | さんぽみちサービス | 調布市西つつじヶ丘2-30-4 |
| 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 | なし | | |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | なし | | |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | 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 | なし | | |
| 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 | | |
| 介護予防地域密着型通所介護 | 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 | | |

2 事業所概要

| | | | | |
|---------------------|--|-----------------------|--------------------|--------|
| 名 称 | フリカミナ ジュウタカタウリョウジンホームサンボミチ 住宅型有料老人ホームさんぽみち | | | |
| 所 在 地 | 〒 182-0006 | | 東京都調布市西つつじヶ丘2-30-3 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5384-0897 | | |
| | ファックス番号 | 03-5384-0897 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | 無し | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 管理者 | 氏名 | 桜田 伊都代 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 6 年 10 月 1 日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 21 年 12 月 7 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 22 年 2 月 1 日 | | | |
| 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 | |
| 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 | 京王線つつじヶ丘駅から徒歩12分又は深大寺行きバス。西つつじヶ丘1丁目バス停から3分。杏林大学病院行き中西交差点バス停より1分。 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり |
| | 面積 | 324.85 m ² | | |

| | | | | | |
|-------------|-------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 174.87 m ² | うち有料老人ホーム分 | 151.72 m ² | |
| | 竣工日 | 昭和 46 年 4 月 1 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 2 階 | | 地下 0 階 | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 2 階 | | 地下 0 階 | |
| | 構造 | その他 | 建築物用途区分 | 住宅 | |
| | 併設施設等 | あり | (法人事務所) | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成12年2月1日 ~ 平成32年1月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 2 | 13.2 m ² | ~ 15.6 m ² |
| | 1階 | 2人 | 1 | 23.1 m ² | ~ 23.1 m ² |
| | 2階 | 1人 | 2 | 11.55 m ² | ~ 13.2 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 | 設置なし | 共同便所 | 3 箇所 (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：0 | |
| | 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 | なし () | | | | |
| エレベーター | なし 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：なし | 浴室：なし | 脱衣室：なし | |

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 | 0.4 | 訪問介護管理者兼 |
| 生活相談員 | | | | | 1 | 1人 | 0.4 | 介護職員・事務員・調理員 |
| 看護職員：直接雇用 | | | | | | 0人 | | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | | 1 | | 8 | 9人 | 2.2 | 1名は相談員、事務員、調理員を。訪問介護さんほみちサービスを兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | 1 | | 8 | 9人 | 2.2 | 介護職員と訪問介護さんほみちサービス兼務 |
| 事務員 | | | | | 1 | 1人 | 0.2 | 介護職員を兼務 |
| その他従業者 | | | | | 1 | 1人 | 0.2 | 事務員と兼務 |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 32 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 | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | 2 |
| 介護職員初任者研修 | | | 1 | | 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 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師又は准看護師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |

③-3 管理者（施設長）の資格 ヘルパー2級、サービス提供責任者研修受講

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 0人以上

⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等

| 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 | | | | | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 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 | | | | | |
|----------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 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 | | | | | |

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 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年以上5年未満 | | | | | 3 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 10年以上 | | | | 1 | 3 | | 1 | | | | |
| 合計 | | 0 | 0 | 2 | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 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（直営） | |
| 食事介助サービス | なし | |
| 入浴介助サービス | なし | |
| 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 洗濯は有料 | |
| 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 | 日中だけでなく夜間も2～3回は必ず確認する。 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 主治医の指示のもと服薬支援 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 木内クリニック |
| | 所在地 | 調布市西つつじヶ丘2-14-14 |
| | 協力の内容 | 利用者の費用負担、医療費負担実費、医療機関までの距離約700m。診療科目「内科・外科・胃腸科」の受診と処方対象となる者（申し込みの必要なし）往診月1回 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | |
| | 所在地 | |
| | 協力の内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 西東京歯科室（訪問） |
| | 所在地 | 杉並区宮前4-19-11 |
| | 協力の内容 | 利用者の費用負担、医療費負担実費。診療科目「歯科」の受診と処方対象となる者（申し込みの必要なし）往診随時 |

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 介護保険加算サービス等 | |
| 個別機能訓練加算 | |
| 夜間看護体制加算 | |
| 看取り介護加算 | |
| 医療機関連携加算 | |
| 認知症専門ケア加算 | |
| サービス提供体制強化加算 | |
| 介護職員処遇改善加算 | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | |
| 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 | なし |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|-------------------|--|---------------------------|
| 入居の条件 | 年齢 | 基準無し |
| | 要介護度 | 要介護認定者(要支援者除く) |
| | 医療的ケア | 要相談 |
| | 認知症 | 要介護認定者 |
| | その他 | 要介護認定者 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人は本契約に基づく入居者の責務を連携して履行する義務を負う | |
| 体験入居 | 利用期間 | 4泊5日まで |
| | 利用料金 | 1泊1万円～1万5千円(宿泊費・介護サービス料込) |
| | その他 | 食費1,500円/日 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院状況にもよるが、常に連絡を取りつつ、解除の場合もある。管理規定に基づき、入院中は室料のみ徴収する。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>〈判断基準〉①切迫性②非代替性③一時性の三大要素を検討 〈体制〉カンファレンスを実施し、拘束の必要性及び方法などを検討の上、本人及び家族に説明書を作成及び廃止への向けての取り組みについても説明し、同意を得る。 〈記録〉拘束理由経緯、解除に向けて逐次検討、記録は2年間保管する。</p> | |
| 事業者からの契約解除 | <p>(詳細は入居契約書参照のこと)</p> <p>1 契約の終了 この契約は、次の各号の一つに該当するときは終了します。 (1) 入居者が死亡した場合 (2) 要介護認定などで「自立」と認定され、引き続き入所希望が無くなった場合。 (3) 契約書第10条から11条に基づきこの契約が解約又は解除された場合。</p> <p>2 事業者からの契約解除 事業者は、入居者の行動が他の入居者の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できず、この契約を将来にわたって継続することが困難であると考えられる場合に、この契約を解除することがあります。 事業者からの契約を解除する場合、事業者は次の手続きを行います。 ① 一定の観察期間を置く事 ② 医師の意見を聞く事 ③ 契約解除の通告について3か月の予告期間を置く事 ④ 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認するとともに、入居契約で定める身元引受人などの意見を聞く事</p> <p>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入居者がしばしば遅延したり、その支払いがない場合などによって、この契約における事業者と入居者の信頼を著しく害するものであると判断した場合には、3か月の予告期間を置いて、本契約を解除することがあります。この場合、上記2③の規定を準用します。</p> | |

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の変更 | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|----|
| 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 | 住宅型有料老人ホームさんぼみち 桜田 伊都代 | | |
| 電話番号 | 03-5384-0897 | | |
| 対応時間 | 10:00 ~ 17:00 (月~金 ※土曜~12:00) | | |
| 窓口の名称 2 | 調布市役所 福祉健康部 高齢者支援室 介護保険担当 | | |
| 電話番号 | 042-481-7321 | | |
| 対応時間 | (月~金) | | |
| 窓口の名称 3 | 東京都福祉保健局 高齢社会対策部 施設支援課 施設運営係 有料老人ホーム運営指導課 | | |
| 電話番号 | 03-5320-4537 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (土・日・祝日除く) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称 : 介護事業者総合保険〈取り扱い〉東京都社会福祉協議会指定代理店(有)東京福祉企画 | | |
| 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 | 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 : | 76.0 歳 | 入居者数合計 : | 4 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 | |
| 85歳以上 | | | | | | | 1 | 1 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| 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 | 3 | | | | 4 | |
| 男女別入居者数 | 男性 : 1 人 | | 女性 : 3 人 | | | | | |
| 入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) | 67 % (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 | 1 |
| 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 | 1 |

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 |
| 名称無し | 0円 | 113,700円 | 53,700 | | | 45,000 | 15,000 |
| | | 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 （月額単価の説明） （想定居住期間の説明） | | | | | |
| | 家賃 | 53700円 地域の家賃相場により | | | | | |
| | 管理費 | 0 | | | | | |
| | 介護費用 | 0 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 350円・昼食 400円・夕食 550円 間食 200円 1日当たり 1,500円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 食糧調達などの関係上、3日前までに申し出してください。 | | | | | |
| 光熱水費 | 15000円 | | | | | | |

| | |
|---|--|
| 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 | 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 | 当月分清算分と次月額利用料の合計額を請求書に明細をつけて、翌月20日までに通知、翌月末日前後までに振込、入金をお願いしています。 |
| その他留意事項 | なし |
| 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。 | |
| | |
| 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 | |
| 一か月前までに文書で通知の上、料金の変更（増額または減額）を、申し入れ料金の変更承諾の場合は作成した別紙に署名捺印の上、お互い取り交わします。 | |

【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 | 名称無し | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 0 | 113,700 |
| ※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 | 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

| |
|--|
| <p>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。</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____ 印 _____</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名 _____</p> <p>職 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____</p> |
|--|

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 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▲ |
| サービス | | | | |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | | | ○(2～3回) | |
| 巡回 夜間 | | | ○(2～3回) | |
| 食事介助 | | | (○) | ▲ |
| 排泄介助 | | | (○) | ▲ |
| おむつ交換 | | | (○) | ▲ |
| おむつ代 | | | | 使用分実費 |
| 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) | | | | 原則は家族対応。やむを得ない場合、1時間当たり一人対応 介護のための場合1000円(対応所要時間) |
| 通院介助 (上記以外) | | | | 原則は家族対応。やむを得ない場合、1時間当たり一人対応 介護のための場合1000円(対応所要時間) |
| 緊急時対応 | | | ○ | 原則は家族対応。(応相談) |
| オンコール対応 | | | | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | | ○(毎日) | |
| リネン交換 | | | (○) | ▲ |
| 日常の洗濯 | | | | 月2～4回及び随時対応 8000円～10000円位 |
| 居室配膳・下膳 | | | ○ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | | ○ | |
| おやつ | | | ○ | |
| 理美容 | | | | 月1回1200円 |
| 買物代行(通常の利用区域) | | | | 家族対応 |
| 買物代行(上記以外の区域) | | | | 家族対応 |
| 役所手続き代行 | | | | 家族対応 |
| 金銭管理サービス | | | | 家族対応 |

| 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) |
| 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に含むサービスに○ | 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 | | | ○ | 主治医により年2回実施 |
| 健康相談 | | | ○(介護職員による) | |
| 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 | | | | 月1回実施 |
| 医師の往診 | | | | 実費 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | | | 原則は家族対応。やむを得ない場合、1時間当たり一人対応1000円(対応所要時間) |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | | | | 原則は家族対応。やむを得ない場合、1時間当たり一人対応1000円(対応所要時間) |
| 入退院時の同行(上記以外) | | | | 原則は家族対応。やむを得ない場合、1時間当たり一人対応1000円(対応所要時間) |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | 原則は家族対応。やむを得ない場合、1時間当たり一人対応1000円(対応所要時間) |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | |
| <その他サービス> | | | | |

基準日：平成30年7月1日

施設名：住宅型有料老人ホームさんぼみち

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 | |
| 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 | |
| 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 | 既存物件であり、市や都には報告の上、有料老人ホームの届出済みである。 |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 | 既存物件であり、市や都には報告の上、有料老人ホームの届出済みである。 |
| 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 | 各居室以外は常にスタッフが同行の為 |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | 相部屋(23.1㎡)の1人当たりの面積は、基準13.0㎡以下の11.55㎡ |
| 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 | 一室のみ相部屋2人 |
| 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 | 主治医による月一回訪問診療実施 年2回主治医による定期健康診断を実施 |
| 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 | |
| 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 | 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 | 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 | |

※ 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。