

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------------|
| 施設名 | 介護付有料老人ホーム ルフラン荻窪 |
| 定員・室数 | 33 人 ・ 33 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人 |
| 介護に関わる職員体制 | 2：1以上 |

1 事業主体

| | | | |
|-------------|--------------|--|----------|
| 名 称 | 法人等の種別 営利法人 | | |
| | フリカ`ナ 名 称 | カ`シカ`イシャ トウクウ`ズ ガ`デン 株式会社 東光シーズガーデン | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 101-8350 | 東京都千代田区西神田一丁目4番5号 | |
| | 電 話 番 号 | 03-3392-1831 | |
| 連 絡 先 | フ`ァックス番号 | 03-3392-1868 | |
| | ホ`ーム ペ`ージ | http://www.lufran.net | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 坪田 雅幸 |
| 設 立 年 月 日 | 平成4年11月11日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 介護事業 | | |

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 | 1 | 介護付き有料老人ホーム ルフラン荻窪 | 東京都杉並区天沼二丁目3番16号 |
| 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 | | |
| 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 | 介護付き有料老人ホーム ルフラン荻窪 | 東京都杉並区天沼二丁目3番16号 |
| 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 | カイクツキョウリョウロウシ ^ン ホーム ルフランオキ ^{クホ} | | |
| | 名称 | 介護付有料老人ホーム ルフラン荻窪 | | |
| 所在地 | 〒 | 167-0032 | 東京都杉並区天沼二丁目3番16号 | |
| | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3392-1831 | | |
| | ファックス番号 | 03-3392-1868 | | |
| ホームページ | http://www.lufran.net | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371504117号 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 神田 真紀子 |
| 事業開始年月日 | 平成18年1月1日 | | | |
| 届出年月日 | 平成17年11月7日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成18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） | 平成18年2月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 平成36年1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4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 | JR中央線・総武線、東京メトロ丸ノ内線・東西線「荻窪」北口より徒歩5分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし |
| | 面積 | 411.15 m ² | | |

| | | | | | |
|-------------|-------------|--------------------------|----------------------------------|---|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 1045.95 m ² | うち有料老人ホーム分 945.81 m ² | | |
| | 竣工日 | 平成 18 年 2 月 3 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 3 階 地下 1 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 3 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 | あり (調理センター) | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成27年4月2日 ~ 平成56年12月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 6 | 14.56 m ² ~ 15.1 m ² | |
| | 2階 | 1人 | 14 | 13.01 m ² ~ 17.84 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 13 | 13.01 m ² ~ 17.84 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 | 3 箇所 (男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：0 大浴槽：2 機械浴：1 | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり | (リハビリ、アクティビティなどに使用) | | |
| | 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 | 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 | | | 1 | | 3人 | 2.6 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 10 | | | 9 | | 19人 | 21.2 | |
| 介護職員：派遣 | | | | 5 | | 5人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | 1 | | 1人 | 0.2 | |
| 計画作成担当者 | | | | 1 | | 1人 | 0.8 | |
| 栄養士 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 調理員 | 4 | | | 2 | | 6人 | 5.3 | |
| 事務員 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| 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 | | 6 | | 7 | |
| 実務者研修 | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 4 | | 4 | |
| 介護支援専門員 | | | | 1 | |
| たん吸引等研修（不特定） | | 3 | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | |
| 資格なし | | | | 3 | |

| 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 | 社会福祉主事任用 |
|-----------------|---------------------|
| 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～翌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 | | | | | | | 1.1 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 | 8 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | 1 | 1 | 2 | 4 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | 1 | | | 1 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 6 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 |
| 10年以上 | | | | 1 | | | | | | | |
| 合計 | | 2 | 1 | 10 | 14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 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 | なし | |
| 定期的な安否確認の方法 | 昼夜ともに2時間毎に訪室いたします | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 施設内での在宅酸素の管理、経管栄養に対応いたします | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | にれの木クリニック |
| | 所在地 | 東京都杉並区天沼3-2-18 |
| | 協力の内容 | 月2回の訪問診療、24時間の緊急対応、健康診断の実施、専門病院紹介等。診療科目は、内科・心療内科等。ホームから150m。徒歩2分。 ※医療保険の自己負担分がかかります。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 平和台 |
| | 所在地 | 東京都練馬区平和台4-25-12 七海ビル2階 |
| | 協力の内容 | 月2回の訪問診療、24時間の緊急対応、専門病院紹介等。診療科目は、内科・呼吸器科・循環器科等 ※医療保険の自己負担分がかかります。 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団郁栄会 ミタカピースデンタルクリニック |
| | 所在地 | 東京都武蔵野市中町1-24-15 メディパーク中町3F |
| | 協力の内容 | 週1回の訪問診療 ※医療保険の自己負担分がかかります。 |

| | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| 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 | | あり |
| 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(Ⅲ) |
| 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 3 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 | | なし |
| 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 | 原則として満65歳以上の方。 |
| | 要介護度 | 自立から要介護5まで対応いたします。 |
| | 医療的ケア | 感染症が無く、継続的な医療が必要無い方。(要相談) |
| | 認知症 | 対応いたします。 |
| | その他 | 共同生活に支障が無いこと。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 親族、後見人による身元引受人を1名以上定めていただきます。身元引受人は、入居者の権利を擁護するとともに利用料等の支払いについて入居者と連帯して責任を負うことになります。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 6泊7日まで |
| | 利用料金 | 1泊 16,200円(宿泊費、食事3食、介護サービス料、消費税込) |
| | その他 | 診療情報提供書などをご提出いただきます。 |
| 入院時の契約の取扱い | 月額利用料のうち入院日数分の食材費を日割り計算の上、返金致します。入院が長期にわたる場合でも入居契約は継続致します。この場合も家賃相当額と管理費をご負担いただきます。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 書面により身体拘束に関する説明を行い、ご本人及び身元引受人にご同意の署名をいただきます。尚、身体拘束を行う期間は記録をとり、経過観察を行い、定期的に見直しを行います。 | |
| 事業者からの契約解除 | 1. 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居したとき 2. 利用料等、支払うべき費用を3カ月分以上滞納したとき 3. 共同生活の秩序を乱す行為があったとき 4. その他、入居契約に定める事項に違反した場合、契約解除の対象になります。 | |
| 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 | なし | |
| 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 | | あり | |
| 判断基準・手続 | 身体状況の変化により、フロアの移動をお勧めする場合があります。移動は、ご本人・身元引受人と協議の上で決定します。 | | |
| 利用料金の変更 | なし | | |
| 前払金の調整 | なし(同タイプの居室間の移動を基本とします) | | |
| 従前居室との仕様の変更 | なし | | |
| 提携ホーム等への転居 | | なし | |
| 判断基準・手続 | なし | | |
| 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 | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 1 | | 株式会社東光シーズガーデン | |
| 電話番号 | 03(3392)1831 | | |
| 対応時間 | 午前10時～午後6時(土日、祝日を除く) | | |
| 窓口の名称 2 | | 杉並区役所 保健福祉部介護保険課 | |
| 電話番号 | 03(3312)2111(代表) | | |
| 対応時間 | 午前8時半～午後5時(土日、祝日を除く) | | |
| 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(代表) | | |
| 対応時間 | 午前10時～午後6時(土日、祝日を除く) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：株式会社損害保険ジャパン「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： 88.4 歳 | | 入居者数合計： 28 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 | | 2 | 1 | 1 | 2 | |
| 85歳以上 | | | | 7 | 1 | 4 | 3 | 6 | |
| 合計 | 0 | 0 | 1 | 7 | 3 | 5 | 4 | 8 | |
| 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 | 3 | 3 | 13 | 7 | 2 | | 28 | | |
| 男女別入居者数 | 男性： 6 人 | | | 女性： 22 人 | | | | | |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む。) | | | | 85 % (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 | 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 | | 退去者数合計 | 6 |

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) | | | | | 光熱水費 |
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | | |
| Sタイプ | 10,500,000円 | 244,050円 | 90,000 | 75,300 | 0 | 78,750 | 0 | |
| C, Dタイプ | 13,500,000円 | 244,050円 | 90,000 | 75,300 | 0 | 78,750 | 0 | |
| Aタイプ | 15,000,000円 | 244,050円 | 90,000 | 75,300 | 0 | 78,750 | 0 | |
| | | 0円 | | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価 175,000円(Sタイプ)×想定居住期間60ヵ月=10,500,000円 月額単価 225,000円(CDタイプ)×想定居住期間60ヵ月=13,500,000円 月額単価 250,000円(Aタイプ)×想定居住期間60ヵ月=15,000,000円 (月額単価の説明) 月額単価は、土地建物の賃貸料、その他開発に掛かった費用を基礎とし居室面積ごとに算出した家賃相当額の一部です。 (想定居住期間の説明) 想定居住期間は、当ホームにおける平均居住年数と本年の入居時の平均年齢などを勘案して設定しています。 | | | | | | |
| | 家賃 | 90,000円(非課税) 居室及び共用施設等の住居費 | | | | | | |
| | 管理費 | 75,300円(税込) 事務管理に伴う人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、水道光熱費、リネン費、目的施設の維持管理費 | | | | | | |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 200円・昼食 300円・夕食 400円 間食 100円 1日当たり 1,000円×30日で積算 (食材費の月額30,000円) 厨房管理運営費 48,500円 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 前日までの申し出により、各食分の食材費を差し引きます。 | | | | | | |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 | | | | | | | |

| 前払金の取扱い | |
|-----------------------|---|
| 支払日・支払方法 | 契約締結後、ご入居日までに指定の銀行口座にお振り込みいただきます。 |
| 償却開始日 | ご入居日の翌日 |
| 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 | 前払金(入居一時金) - 前払金(入居一時金) ÷ 60ヶ月 × 居住月数 3ヶ月経過後の返還金は、前払金 ÷ 60ヶ月 ÷ 30日を日額単位として、入居月・退居月の償却額を日割りで計算し返還いたします。 |
| 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：入居した日の翌日 |
| | 全額返還いたします。(無利子) ただし、前払金(入居一時金) ÷ 60ヶ月 ÷ 30日を日額単位として滞在日数分の家賃相当額を差し引きます。 |
| 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 | なし |

| 月額利用料の取扱い | |
|-----------|--|
| 支払日・支払方法 | 当月分の月額利用料を当月10日(銀行が休業日の場合は、翌営業日)迄に銀行振り込みでお支払いいただきます。 |
| 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。

| (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 $f=a \times$ 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 | 0 | 178 | 5,578 | 60,800円 | 6,080円 |
| 要支援2 | 9,270 | 0 | 306 | 9,576 | 104,378円 | 10,438円 |
| 要介護1 | 16,020 | 300 | 539 | 16,859 | 183,763円 | 18,377円 |
| 要介護2 | 17,970 | 300 | 603 | 18,873 | 205,715円 | 20,572円 |
| 要介護3 | 20,040 | 300 | 671 | 21,011 | 229,019円 | 22,902円 |
| 要介護4 | 21,960 | 300 | 735 | 22,995 | 250,645円 | 25,065円 |
| 要介護5 | 24,000 | 300 | 802 | 25,102 | 273,611円 | 27,362円 |

| b | 加算の種類 | 単位・割合 | 算定 | 備考 |
|---|---------------|----------|-------|-------|
| | | 個別機能訓練加算 | 0/日 | なし |
| | 夜間看護体制加算 | 10/日 | あり | 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 | 0/月 | なし | 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 | 0/月 | なし | |
| | 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 | 3.30% | あり(Ⅲ) | |

当ホームの地域別単価は10.9です。(杉並区)

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 | |
|---|--|
| 経済情勢の変動や一定期間の経過により料金の設定が不相当になった場合、運営懇談会に諮り、協議の上、料金を改定いたします。 | |

【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 | 標準プラン（Dタイプ） | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 13,500,000 | 244,050 |
| ※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 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |
| 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▲ |
| サービス | | | | |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○要請があれば2時間毎 | | ○2時間毎 | |
| 巡回 夜間 | ○要請があれば2時間毎 | | ○2時間毎 | |
| 食事介助 | | | ■必要に応じて随時介助 | |
| 排泄介助 | | | ■必要に応じて随時介助 | |
| おむつ交換 | | | ■必要に応じて随時介助 | |
| おむつ代 | | | | 実費徴収 |
| 入浴(一般浴)介助 | | | ■週2回 | 週3回以上(1回500円) |
| 清拭 | | | ■入浴不可能時週2回 | 週3回以上(1回500円) |
| 特浴介助 | | | ■週2回 | 週3回以上(1回500円) |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | | | ■状態により対応 | |
| ・居室からの移動 | | | ■必要に応じて随時介助 | |
| ・衣類の着脱 | | | ■毎日朝・夜及び入浴時 | |
| ・身だしなみ介助 | | | ■毎日朝・夜及び入浴時 | |
| 機能訓練 | ○希望があれば実施 | | ○身体状況に応じて実施 | |
| 通院介助(協力医療機関) | 無料 | | 無料 | |
| 通院介助(上記以外) | | 付添代 1,500円/60分 | | 付添代 1,500円/60分 |
| 緊急時対応 | 無料 | | 無料 | |
| オンコール対応 | 24時間対応 | | 24時間対応 | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○週2回 | 3回目～1,500円/30分 | ○週2回 | 3回目～1,500円/30分 |
| リネン交換 | ○週1回 | | ○週1回 | |
| 日常の洗濯 | ○週2回(必要に応じて適宜) | | ○週2回(必要に応じて適宜) | |
| 居室配膳・下膳 | ○必要に応じて都度 | | ○必要に応じて都度 | |
| 嗜好に応じた特別食 | | 内容により徴収 | | 内容により徴収 |
| おやつ | ○毎日3時 | | ○毎日3時 | |
| 理美容 | | 専門業者にて実費 | | 専門業者にて実費 |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○週1回 | 2回目～1,000円/30分 | ○週1回 | 2回目～1,000円/30分 |
| 買物代行(上記以外の区域) | | 1,000円/30分 | | 1,000円/30分 |
| 役所手続き代行 | ○月2回 | 3回目～1,500円/60分 | ○月2回 | 3回目～1,500円/60分 |
| 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 | | ○年2回 | |
| 健康相談 | ○必要に応じ随時 | | ○必要に応じ随時 | |
| 生活指導・栄養指導 | ○必要に応じ随時 | | ○必要に応じ随時 | |
| 服薬支援 | ○必要に応じ随時 | | ○必要に応じ随時 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 無料 | | 無料 | |
| 医師の訪問診療 | | 月2回指定日(実費) | | 月2回指定日(実費) |
| 医師の往診 | | 医療費(実費) | | 医療費(実費) |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | 実費 | | 実費 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | 無料 | | 無料 | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 付添代 1,500円/60分 | | 付添代 1,500円/60分 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ○週1回 | 2回目～1,000円/30分 | ○週1回 | 2回目～1,000円/30分 |
| 入院中の見舞い訪問 | ○週1回 | | ○週1回 | |
| <その他サービス> | | | | |

| | | | | | |
|------|----|---|-------------------------|---|--|
| 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 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▲ |

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

施設名：介護付有料老人ホーム ルフラン荻窪

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 |
| 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 |
| 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。