

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | かさい明生苑 |
| 定員・室数 | 56 人 ・ 56 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（自立除く） |
| 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 | カサイメイショウ | | |
| | 名 称 | 株式会社 明昭 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 121-0064 | | |
| | 東京都足立区保木間4丁目3番5号 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5851-3581 | | |
| | ファックス番号 | 03-3850-1581 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.fukushi-e.com | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 菊地 猛 |
| 設 立 年 月 日 | 平成10年8月10日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 老人ホーム経営、介護保険サービス事業（通所、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、居宅介護支援）、サービス付高齢者住宅経営 他 | | | |

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 | ヘルパーステーションめいしょう | 足立区保木間3-3-3 2F |
| 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 | 2 | ふちえ明生苑デイサービスセンター | 足立区保木間4-31-1 |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | 1 | 輝明生苑しのぎき | 江戸川区篠崎町2-46-12 |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 14 | ハートランド明生苑 | 足立区保木間4-3-5 |
| 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 | 1 | グループホーム竹 | 足立区六月2-32-6 |
| 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 | めいしょう居宅介護支援事業所 | 足立区保木間3-3-3 2F |
| <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 | 1 | 輝明生苑しのぎ | 江戸川区篠崎町2-46-12 |
| 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 | 8 | ハートランド明生苑 | 足立区保木間4-3-5 |
| 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 | 1 | グループホーム竹 | 足立区六月2-32-6 |
| 介護予防支援 | 1 | めいしょう居宅介護支援事業所 | 足立区保木間3-3-3 2F |
| <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 | フリカドナ | かさい明生苑 | | |
| | 名称 | かさい明生苑 | | |
| 所在地 | 〒 134-0084 | 東京都江戸川区東葛西6-43-10 | | |
| | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5659-7080 | | |
| | ファックス番号 | 03-5659-7082 | | |
| ホームページ | http://www.fukushi-e.com | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1372304632 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 神田 建介 |
| 事業開始年月日 | 平成 19 年 6 月 1 日 | | | |
| 届出年月日 | 平成 19 年 5 月 2 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 19 年 6 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 19 年 6 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 31 年 5 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 19 年 6 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 31 年 5 月 31 日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | <ul style="list-style-type: none"> ・東京メトロ東西線 葛西駅より徒歩12分 ・都営バス葛西駅より葛西臨海公園行き、東葛西6丁目下車徒歩1分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | あり |
| | 面積 | 1217.36 m ² | | |

| | | | | | |
|-------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------------------|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 2038.95 m ² | うち有料老人ホーム分 | 2038.95 m ² | |
| | 竣工日 | 昭和 6 3 年 3 月 | | | |
| | 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 | 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19年6月1日 ~ 平成39年5月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 10 | 18.9 m ² ~ 18.9 m ² | |
| | 2階 | 1人 | 23 | 18.9 m ² ~ 18.9 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 23 | 18.9 m ² ~ 18.9 m ² | |
| | | | | 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 | 2 箇所 (男女別) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：0 大浴槽：1 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 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 | | | | | 2人 | 3.7 | |
| 看護職員：派遣 | | | | 2 | | 2人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 9 | | | 8 | | 17人 | 18.3 | |
| 介護職員：派遣 | | | | 3 | | 3人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | 1 | | 2人 | 1.7 | |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | えど川明生苑より配食 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 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 | | | | | | 39 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 | | 3 | | 3 | |
| 実務者研修 | | 1 | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 5 | | 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 | | | | 2 | |

| 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 | | 1 | | | |
| 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 | 介護福祉士 |
|-----------------|-------|
| | |

| ④ 夜勤・宿直体制 | |
|----------------|-----------------------|
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 20 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 | | 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 2.5 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 | | 2 | 0 | 1 | 3 | | | 1 | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 2 | 4 | 2 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 1 | 3 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 3 | 2 | | | | 1 | 1 | |
| 10年以上 | | | | | 1 | 1 | | | | | |
| 合計 | | 2 | 2 | 9 | 11 | 1 | 0 | 1 | 1 | 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 (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 | 適時ナースコールへの対応実施及び、日中はケアプランに従って安否確認の実施、夜間は1時間～2時間毎に訪室し安否確認を実施 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 施設看護師又は准看護師によるたん吸引、経管栄養(鼻腔栄養・胃瘻等)、在宅酸素、中心静脈栄養の管理、その他必要な処置を行います。人工透析を利用されている場合などは、必要な医療機関への情報提供等の連携を図り受診の際の支援を行います。また、特定行為業務従事者証の交付を受けた者が配置されている場合には、その者によるたん吸引、経管栄養の管理を行います。 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団苑田会 苑田第一病院 |
| | 所在地 | 東京都足立区竹の塚4-1-12(苑田第一病院) |
| | 協力の内容 | 診療科目:内科・外科・脳外・整形外科・循環器科・他 治療費は実費負担。施設から病院まで約16km(車で40分) |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団民政会 愛里病院 |
| | 所在地 | 東京都足立区千住東1-20-12 |
| | 協力の内容 | 診療科目:内科・外科・脳外・整形外科・循環器科・皮膚科・泌尿器科他。治療費は実費負担。施設から病院まで約14km(車で35分) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団苑田会 苑田歯科 |
| | 所在地 | 東京都足立区竹の塚4-1-12 |
| | 協力の内容 | 診療科目:一般外来・訪問歯科 |

| 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 | 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(Ⅰ) | |
| 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 | あり | |
| 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65歳以上 |
| | 要介護度 | 要支援1、2 要介護1～5 (自立を除く混合型) |
| | 医療的ケア | 施設看護師又は准看護師による経管栄養、中心静脈栄養、在宅酸素などの管理を必要とされる方、及び、施設看護師又は准看護師、特定行為業務従事者によるたん吸引や経管栄養の管理を必要とされる方。 |
| | 認知症 | 通常の介護方法では防止できない著しい行動・心理症状が無い方 |
| | その他 | 重大な感染症や他のご入居者様などへ迷惑行為がないこと |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <p>①入居者は身元引受人1名を定めるものとします。</p> <p>②身元引受人は入居者が事業者に対して負担すべき一切の責務について入居者と連帯してその責務を負い、また、必要ときは入居者の身柄を引き取るものとします。</p> <p>③事業者は入居者の生活において必要な場合に身元引受人への連絡、協議等に務めます。</p> <p>④事業者は入居者の生活及び健康状態並びにサービス提供状況等を定期的に身元保証人に報告致します。</p> <p>⑤身元引受人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けをすることとします。</p> <p>※詳細は入居契約書第38条をご確認下さい</p> | |
| 体験入居 | 利用期間 | 連続した13泊14日を限度として1回のみご利用いただけます |
| | 利用料金 | 1日あたり 10,800円 (内訳：宿泊、食事、おやつ、介護費、おむつの各費用を含む) |
| | その他 | 体験入居ご利用中に病院への受診が必要となった際には、その際の受診準備等の支援は行いますが、原則ご家族様の対応となります。 |
| 入院時の契約の取扱い | ご入院による不在の場合には、非喫食日数分の食材費を除いた月額利用料がかかります。退院されホームに戻られる場合にはご入院前に利用されていた居室に戻ることが可能です。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について、身体的拘束の適正化に関する委員会で検討を行い、これらすべてを満たすと判断された場合に、ご本人様やご家族様に対して十分にご理解を頂く為に、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細にご説明させて頂き、書面にて同意を頂いた上で実施します。その場合には、態様及び時間、ご本人様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由などを記録し、定期的に解除に向けた検討を行い、三要件の一つでも当てはまらなくなった場合には直ちに解除します。この場合は、一時的に身体拘束を解除して状態を観察するなどの対応をとります。 | |
| 事業者からの契約解除 | <p>①入居申込書等に虚偽の事項を記載するなどの不正な手段により入居した場合。</p> <p>②毎月に支払う利用料その他の費用を正当な理由なく2ヶ月以上滞納したとき。</p> <p>③第21条(禁止または制限される行為)の規定に違反したとき。</p> <p>④入居者の行動が自傷行為に及んだ場合や、他の入居者などに身体的・精神的な危害を及ぼした場合、もしくはその恐れがある場合で通常の介護方法ではこれを防止することができない場合。</p> <p>⑤入居者から事前に外泊等の申出が特段なく、2ヶ月以上居室を使用しない状態が継続し、且つ、入居者本人及び保証人と連絡がとれない等の理由により、本契約を継続する意思がないと事業者が判断したとき。</p> <p>※詳細は入居契約書第30条をご確認下さい。</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 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 | あり ハートランド明生苑 | | |
| 判断基準・手続 | より適正な介護等の為に、当社運営の他施設で移動する可能性があります。その場合は主治医の意見も聞き、医療ニーズの多寡も踏まえたうえでご利用者様の同意を得て判断致します。 | | |
| 利用料金の変更 | 移転先の施設での利用契約となります。 | | |
| 前払金の調整 | 移転先の施設での利用契約となります。 | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | 移転先の施設の設備によります。 | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 1 | かさい明生苑 生活相談員若しくは施設長 | | |
| 電話番号 | 03-5659-7080 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日・土日・祭日) | | |
| 窓口の名称 2 | ハートランド相談室 (法人本部内) | | |
| 電話番号 | 03-5851-3581 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金曜日) | | |
| 窓口の名称 3 | 江戸川区介護保険課 事業者調整書係 | | |
| 電話番号 | 03-5662-0323 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金曜日) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：介護事業者損害賠償責任保険 | | |
| 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： | 85.7 歳 | 入居者数合計： | 54 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 |
| 6 5 歳未満 | | | 0 | | 1 | | | 1 |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | | | 1 | 2 | 0 | 1 | | 1 |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | | 1 | | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 |
| 8 5 歳以上 | | | 2 | 5 | 4 | 3 | 8 | 11 |
| 合計 | 0 | 1 | 3 | 11 | 8 | 5 | 11 | 15 |
| 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 | 10 | 20 | 10 | 6 | 0 | 54 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 13 人 | | 女性： 41 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 96 % （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 | 0 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 2 |
| 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 | 1 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 11 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 0 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 0 | 退去者数合計 | 15 |

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 | あり | | | | | | |
| 金額 | 400,000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 |
| 前払い家賃プラン | 1,440,000円 | 177,600円 | 75,000 | 27,000 | 0 | 54,000 | 21,600 |
| 通常プラン | 0円 | 217,600円 | 115,000 | 27,000 | 0 | 54,000 | 21,600 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価（40,000円）×想定居住期間（36月）により算出 （月額単価の説明） 施設地代家賃算出し、家賃相当額への充充分として設定 （想定居住期間の説明） 弊社運営施設の平均的利用月額数を設定 | | | | | |
| | 家賃 | 施設地代家賃算出し、115,000円となりますが、前払金分40,000円を36ヶ月にわたり充当し75,000円となります。37ヶ月以降も引き続き75,000円となります。 | | | | | |
| | 管理費 | 建物法定点検・定期清掃・その他メンテナンス費用として。 | | | | | |
| | 介護費用 | 要支援認定又は、要介護認定に基づき、国が定める介護報酬額の1割または2割または3割をご負担頂きます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 0円・昼食 0円・夕食 0円 間食 108円 1日当たり 864円 × 30日で積算 厨房管理運営費 28,080円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 外泊や入院等により1日1食もお食事を提供しない場合は食費より（864円/1日×日数）減額致します。 | | | | | |
| | 光熱水費 | 居室及び共用部に於いて使用するものとして21,600円を毎月定額でご負担頂きます。 | | | | | |

| 前払金の取扱い | |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 前払金は、入居契約締結後14日以内に弊社指定口座にお振込み頂きます。 |
| 償却開始日 | 入居日 |
| 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 | 前払金プランを選択された場合、前払金償却期間内に契約終了となった場合には契約終了日以降の前払金を下記計算式に従って返還致します。 返還金＝前払金－〔毎月償却額×(経過月数－2)〕＋〔(※毎月償却額÷30)×(入居月経過日数＋退居月経過日数)〕 ※月額償却額の日額は、法により1ヶ月を30日として算出します。 |
| 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 |
| | 前払金プランを選択された場合で、入居日より三ヶ月(90日)以内に契約が終了した場合には入居期間中の必要な家賃相当となる前払金を日割計算し、その額を差し引いた前払金を下記の算定式に従って返金致します。 返還金＝前払金－〔(※毎月償却額÷30)×入居日数〕 ※月額償却額の日額は、法により1ヶ月を30日として計算します。 |
| 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 |
| 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 | 毎月末締め、翌月26日に口座引落としとなります。引落しが土日祝日の場合は翌日営業日となります。 |
| 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 $e=(a+b) \times d$ 小数点以下 四捨五入 | 総単位数 $e=a+b+e$ | 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 | 260 | 464 | 6,124 | 66,751円 | 6,676円 |
| 要支援2 | 9,270 | 260 | 781 | 10,311 | 112,389円 | 11,239円 |
| 要介護1 | 16,020 | 260 | 1,335 | 17,615 | 192,003円 | 19,201円 |
| 要介護2 | 17,970 | 260 | 1,495 | 19,725 | 215,002円 | 21,501円 |
| 要介護3 | 20,040 | 260 | 1,665 | 21,965 | 239,418円 | 23,942円 |
| 要介護4 | 21,960 | 260 | 1,822 | 24,042 | 262,057円 | 26,206円 |
| 要介護5 | 24,000 | 260 | 1,989 | 26,249 | 286,114円 | 28,612円 |

| 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 | 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 | 6/日 | あり(Ⅲ) | |
| 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 | 30/日(上限30日) | あり | 対象者のみ |
| d 介護職員処遇改善加算 | 8.20% | あり(Ⅰ) | |

当ホームの地域別単価は10.9です。(江戸川区)

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

運営懇談会(家族懇談会)に於いて、同意を得た上で実施。

【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 | 通常プラン | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 400,000 | 0 | 217,600 |
| ※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 | 入居希望者に交付 | 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 | 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 | (要支援1、2 要介護1～5区分) | |
|------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| | 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 | ■ | |
| 巡回 夜間 | ■ | |
| 食事介助 | ■ | |
| 排泄介助 | ■ | |
| おむつ交換 | ■ | |
| おむつ代 | | 尿とりパット 1,620円(30枚) 他 |
| 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) | | 車両、付添職員費用込 21,600円/回 |
| 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 | | 1回2kgまで 540円 |
| 居室配膳・下膳 | ■ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | 追加食材等に応じ実費が発生します |
| おやつ | | ご希望の場合 108円/食 |
| 理美容 | | カット3,240円～ |
| 買物代行(通常の利用区域) | ■ | |
| 買物代行(上記以外の区域) | なし | なし |
| 役所手続き代行 | なし | なし |
| 金銭管理サービス | なし | なし |

| 区分 | (要支援1、2 要介護1～5区分) | |
|------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| | 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 | | |
| <健康管理サービス> | | |
| 定期健康診断 | | 健康診断の内容により医療機関へ実費発生します |
| 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 | | 医療費自己負担分 |
| 医師の往診 | | 医療費自己負担分 |
| <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) | | 車両、付添職員費用込 21,600円/回 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ○(協力医療機関の場合のみ実施) | |
| 入院中の見舞い訪問 | 必要に応じて随時 | |
| <その他サービス> | | |
| レクリエーション | ■(苑内レクの場合) | 外出レク等により実費かかる場合あり |
| 各種証明書の発行 | | 540円～5,400円 |

施設名：かさい明生苑

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 | |
| 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 |
| 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。