

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | わかば |
| 定員・室数 | 25 人 ・ 25 室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|----------|-----------|
| 類 型 | 住宅型 |
| 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 | 月払い方式 |
| 入居時の要件 | 混合型（自立含む） |
| 介護保険の利用 | 居宅サービス利用可 |
| 居室区分 | 定員1人 |

1 事業主体

| | | | | |
|-------------|-----------------------|-------------------|------|-------|
| 名 称 | 法人等の種別 | | 営利法人 | |
| | フリカガナ | エウゲンカ イヤホ ジティブライフ | | |
| | 名 称 | 有限会社ポジティブライフ | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 194-0203 | | |
| | | 東京都町田市図師町1624-17 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 042-792-8151 | | |
| | ファックス番号 | 042-851-9920 | | |
| ホームページ | なし | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 吉田亜矢子 |
| 設 立 年 月 日 | 平成17年8月22日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 訪問事業所・居宅介護事業所・訪問看護事業所 | | | |

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 | 青空ケアサービス | 東京都町田市木曾東1-34-5MR IIビル202 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | 1 | リーフ訪問看護リハビリステーション | 東京都町田市木曾東1-34-5MR IIビル202 |
| 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 | | |
| 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 | 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 | 1 | リーフ訪問看護リハビリステーション | 東京都町田市木曽東1-34-5MRⅡビル202 |
| 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 | 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 | ワカバ | |
| | 名称 | わかば | |
| 所在地 | 〒 194-0037 | 東京都町田市木曽西2-8-8 | |
| | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-794-0313 | |
| | ファックス番号 | 042-851-9920 | |
| ホームページ | なし | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 武内正道 |
| 事業開始年月日 | 令和1年11月1日 | | |
| 届出年月日 | 令和1年9月18日 | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和1年11月1日 | | |
| 事業所へのアクセス | 小田急線「町田駅」からバスで15分「都立町田総合高校」下車、徒歩500メートル約6分。横浜線「淵野辺駅」から徒歩20分 | | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | |
|-----------|-------------|-----------------------|--------|----------------------|-------------|--------------------|--------|----------------------|--|
| 敷地 | 権利形態 | 所有 | | 抵当権 | あり | | | | |
| | 面積 | 787.01 m ² | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 所有 | | 抵当権 | あり | | | | |
| | 延床面積 | 728.76 m ² | | うち有料老人ホーム分 | | 728 m ² | | | |
| | 竣工日 | 令和1年8月31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 | 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 | | 契約期間 | | ～ | | | | | |
| | | 自動更新 | | | | | | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | |
| | 1階 | 1人 | 8 | 13.04 m ² | | ～ | | 13.04 m ² | |
| | 2階 | 1人 | 17 | 13.04 m ² | | ～ | | 15.04 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 | |
| 便所 | 居室 | 一部設置 | | 共同便所 | | 5箇所 (男女共用) | | | |
| | 居室 | 設置なし | | 共同浴室 | | 個浴：1 大浴槽：0 機械浴：1 | | | |
| 浴室 | 併設施設との共用 | | なし () | | | | | | |
| | 兼用 | | あり | | (機能訓練室・談話室) | | | | |
| 食堂 | 併設施設との共用 | | 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 | 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 | 0.5 | 事務と兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | | | | | 1 | 1人 | 0.5 | 介護職として勤務 |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | | 7 | | 11 | 18人 | 5.5 | 訪問介護員と兼務 |
| 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 | | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | 1 | | | | | 1人 | 0.5 | 生活相談員と兼務 |
| 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 | | | 5 | | 5 | | | | | | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | 1 | | 5 | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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 | | | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③-3 管理者（施設長）の資格 | | | | | 実務者研修修了者 | | | | | | | | | | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | | 18 時 0 分～ 8 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 | | | | | | | | |
| 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 | 3 | 1 | | | | | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 2 | 7 | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 2 | 3 | 1 | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 0 | 1 | 7 | 11 | 1 | 0 | 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（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 | 24時間コール対応。食事提供時など食堂への案内や移動誘導で訪室いたします。前回訪室より4時間以上経過する場合は巡回する。 |

| | |
|------------------|---|
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 尿道カテーテル、褥瘡（床ずれ）、ストーマ、透析（但しクリニックにて送迎可能な場合）の受け入れ可能。当ホームには看護師はいませんので医療ケアは行えません。在宅医療を要する場合は訪問医療・訪問看護をご利用頂くこととなります（医療費は実費負担）喀痰吸引・経管栄養の方には認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた介護職員が対応します。医療処置が必要となった場合は身元引受人への連絡・医師（協力医療機関の医師、または主治医）への相談報告はホーム職員が行い、緊急時は救急車を手配して必要な入院加療となります。また医療費は入居者の負担となります。必要な医療の内容によりますが対応出来なくなった場合は対応可能な施設へ転居が必要となります |
|------------------|---|

| 医療機関との連携・協力 | | |
|-----------------------------|--|---|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人泉心会 宮崎クリニック |
| | 所在地 | 神奈川県南区古淵3-18-3 |
| | 協力の内容 | 内科、ペインクリニック、緊急時対応(24時間365日)、健康診断(申し込み必要医療費実費負担) |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人あおぞら会 つばさクリニック |
| | 所在地 | 東京都町田市忠生3-25-11忠生ビル302 |
| | 協力の内容 | 内科、心療内科、精神科(24時間365日対応) |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 医療法人社団東京さんりつ会 さんりつ皮膚科・在宅クリニック |
| | 所在地 | 東京都町田市原町田4-17-10アンセスターズN-1 2階 |
| | 協力の内容 | 内科、神経内科・皮膚科(24時間365日対応) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人あさがお あさがお歯科 |
| | 所在地 | 東京都町田市森野2-8-11 |
| | 協力の内容 | 毎週(4回/月)の訪問診療、口腔ケア指導(施設から3km) |
| 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 | 制限なし |
| | 要介護度 | 自立から要介護5 |
| | 医療的ケア | 看護師の常駐してないため外部サービス利用の場合は相談にて可 |
| | 認知症 | 要相談にて可 |
| | その他 | - |
| 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債務を連帯して履行する義務を負う | |
| 体験入居 | 利用期間 | 2泊3日まで |
| | 利用料金 | 1泊(自立から要介護) 17,200円(要介護3~5) 21,600円(室料、食事代、介護サービス費、消費税込み) |
| | その他 | 他者に不利益となる行為があった場合など期間内でも体験を中止する場合があります |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中も居室利用権は継続します(3ヶ月まで) 入院中の食費請求はありません(利用された分のみ請求) 入院が長期にわたる場合、または担当医が長期入院加療を想定している場合身元引受人、施設、担当医の三者で協議検討し居室の継続を決定するものとします。退院後医療的ケアを要する場合は通院/訪問診療または往診/訪問看護を利用いただくか対応が可能な施設への転居が必要となります。この場合の医療費、介護保険、転居費用は全て入居者の負担になります。 | |

| | |
|------------------------------|--|
| <p>やむを得ず身体拘束を行う場合の手続</p> | <p>原則拘束は行わない。利用者を保護するためやむを得ない身体拘束などの行動制限をおこなう場合、下記の要件を判断基準とします①本人または他の利用者の生命や身体が危険にさらされる可能性が高い②身体拘束その他以外に代替える介護方法がない③身体制限が一時的である 行動抑制が必要と判断された場合は、ご本人、施設長、介護スタッフ、担当医、担当の介護支援専門員、身元引受人に集まってもらい経緯や理由と拘束方法と拘束解除のラインを協議しながら説明。理解して頂いた上で同意書にサインをして頂きます。拘束を開始するとともに状態の観察・拘束の必要性や方法にまつわる再検討内容を関係者のカンファレンス内容に記録作成します。その情報を開示し共有します。常に観察し再検討して該当しなくなったら直ちに解除します。</p> |
| <p>事業者からの契約解除</p> | <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項第3項に規定した条件下、本契約を解除することがあります。</p> <p>①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき ③第19条の規定に違反したとき ④入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の介護方法及び接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <p>①契約解除の通告について90日の予告期間をおく ②前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける ③解除勧告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</p> <p>3 本条1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <p>①医師の意見を聴く ②一定の観察期間をおく</p> |
| <p>要介護時における居室の住み替えに関する事項</p> | |
| <p>一時介護室への移動</p> | <p>なし</p> |
| <p>判断基準・手続</p> | |
| <p>利用料金の変更</p> | |
| <p>前払金の調整</p> | |
| <p>従前居室との仕様の変更</p> | |

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-------|----|
| 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 | わかば 生活相談員（管理者） | | |
| 電話番号 | 042-794-0313 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金) | | |
| 窓口の名称 2 | 町田市役所 いきいき生活部 介護保険課 | | |
| 電話番号 | 042-724-4364 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金※祝日を除く) | | |
| 窓口の名称 3 | 東京都福祉局高齢者施策推進部施設支援課 | | |
| 電話番号 | 03-5320-4537 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金※祝日を除く) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：事業活動総合保険（損保ジャパン） | | |
| 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： | 66.9 歳 | 入居者数合計： | 24 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 | 9 | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | | 2 | 3 |
| 85歳以上 | | | | | | 1 | | 1 |
| 合計 | 9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 7 |
| 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 | 4 | 19 | | | | 24 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 12 人 | | | 女性： 12 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 | | 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 | |
| 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 | 2 | 退去者数合計 | 7 |

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 | 150,000 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 |
| A居室(トイレ・洗面付き・窓2面) | | 134,400円 | 70,000 | 32,000 | 0 | 32,400 | 管理費に含む |
| B居室(トイレ・洗面付き) | | 130,400円 | 66,000 | 32,000 | 0 | 32,400 | 管理費に含む |
| C居室 | | 116,100円 | 53,700 | 30,000 | 0 | 32,400 | 管理費に含む |
| | | 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 | B居室は町田市木曽西付近の類似条件や賃貸物件の平均で試算した家賃で設定。A居室はB居室を基準とし、窓が多いほか日当たり等条件の良い居室の為基準より4000円増額した家賃を設定。C居室は方角や設備など考慮しつつ低所得の方でも入居可能とする金額を設定。 | | | | | |
| | 管理費 | 水光熱費：15000円、修繕積立金：3000円、消防設備保守点検料：2000円、エレベーター設備保守点検料：2000円、共用備品・消耗品費：3500円、エアコン保守洗浄料：1500円、清掃費（人件費含む）3000円（A居室B居室は5000円） | | | | | |
| | 介護費用 | 管理費に含む ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 280 円・昼食 300 円・夕食 450 円 間食 50 円 1日当たり 1,080 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) 朝・昼・夜の3食をキャンセルとなった場合は1日1,080円返金します | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む | | | | | |

| | | |
|--|---------------------------|-----------|
| 前払金の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | | |
| 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 | 毎月末日までに現金払い、または毎月26日に口座振替 | |
| その他留意事項 | なし | |
| 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 | | |
| 月額利用料については物価や所得税の変動に合わせ、運営懇談会での意見により改訂することがあります。その場合、入居者全員に説明し同意を得ることとします。 | | |

【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 | 0居室 | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 150,000 | 0 | 116,100 |

※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 | 入居希望者に交付 |
| 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 _____

説明年月日
_____年 ____月 ____日

説明者職・氏名

職

署名

介護サービス等の一覧表

| 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 | 必要に応じて随時 | - | 必要に応じて随時 | - |
| 巡回 夜間 | 必要に応じて随時 | - | 必要に応じて随時 | - |
| 食事介助 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 排泄介助 | ▲ | 1回 2,750円 | ▲ | 1回 2,750円 |
| おむつ交換 | ▲ | 1回 2,750円 | ▲ | 1回 2,750円 |
| おむつ代 | ▲ | 1回 2,750円 | ▲ | 1回 2,750円 |
| 入浴(一般浴)介助 | ▲ | 1回 4,400円 | ▲ | 1回 4,400円 |
| 清拭 | ▲ | 1回 2,750円 | ▲ | 1回 2,750円 |
| 特浴介助 | ▲ | 1回 4,400円 | ▲ | 1回 4,400円 |
| 身辺介助 | ▲ | 30分2,750円 | ▲ | 30分2,750円 |
| ・体位交換 | ▲ | 30分2,750円 | ▲ | 30分2,750円 |
| ・居室からの移動 | ▲ | 30分2,750円 | ▲ | 30分2,750円 |
| ・衣類の着脱 | ▲ | 30分2,750円 | ▲ | 30分2,750円 |
| ・身だしなみ介助 | ▲ | 30分2,750円 | ▲ | 30分2,750円 |
| 機能訓練 | ▲ | 40分5,780円 | ▲ | 40分5,780円 |
| 通院介助 (協力医療機関) | - | 1時間4,400円 (交通費は実費) | - | 1時間4,400円 (交通費は実費) |
| 通院介助 (上記以外) | - | 1時間4,400円 (交通費は実費) | - | 1時間4,400円 (交通費は実費) |
| 緊急時対応 | ○ | - | ○ | - |
| オンコール対応 | ○ | - | ○ | - |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | 2回/週 | 左記以外1回330円 | 2回/週 | 左記以外1回330円 |
| リネン交換 | 1回/週 | 左記以外1回330円 | 1回/週 | 左記以外1回330円 |
| 日常の洗濯 | - | 1日 400円 | - | 1日 400円 |
| 居室配膳・下膳 | ○ | - | ○ | - |
| 嗜好に応じた特別食 | - | - | - | - |
| おやつ | ○ | - | ○ | - |
| 理美容 | - | 利用費実費 手配は無料 | - | 利用費実費 手配は無料 |
| 買物代行(通常の利用区域) | - | 30分2,200円 (交通費は実費) | - | 30分2,200円 (交通費は実費) |
| 買物代行(上記以外の区域) | - | 30分2,200円 (交通費は実費) | - | 30分2,200円 (交通費は実費) |
| 役所手続き代行 | - | 30分2,200円 (交通費は実費) | - | 30分2,200円 (交通費は実費) |
| 金銭管理サービス | - | - | - | - |

| 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▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | - | 年1回(実費負担) | - | 年1回(実費負担) |
| 健康相談 | 随時 (介護職員による) | 随時 (介護職員による) | 随時 (介護職員による) | 随時 (介護職員による) |
| 生活指導・栄養指導 | 随時 | - | 随時 | - |
| 服薬支援 | 随時 | - | 随時 | - |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 随時 | - | 随時 | - |
| 医師の訪問診療 | - | 隔週(実費負担) | - | 隔週(実費負担) |
| 医師の往診 | - | 実費負担 | - | 実費負担 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | - | 手配はサービス内 タクシー代は実費 | - | 手配はサービス内 タクシー代は実費 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | - | 同行1時間4,400円(タクシー代は実費) | - | 同行1時間4,400円(タクシー代は実費) |
| 入退院時の同行(上記以外) | - | 同行1時間4,400円(タクシー代は実費) | - | 同行1時間4,400円(タクシー代は実費) |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | - | 代行1時間4,400円(タクシー代は実費) | - | 代行1時間4,400円(タクシー代は実費) |
| 入院中の見舞い訪問 | - | - | - | - |
| <その他サービス> | | | | |

施設名:わかば

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 | 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 | 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(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡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 | 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 | 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 | 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。