

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設名 | はなことばプラス田園調布 | | |
| 定員・室数 | 60 人 ・ 60 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 | 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 名 称 | プラウドライフカブシキカイシャ プラウドライフ株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 210-0006 | |
| | 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング8階 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 044-589-2713 | |
| | ファックス番号 | 044-589-2714 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://hanakotoba.co.jp/ | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役社長 | 氏名 峰山 正樹 |
| 設 立 年 月 日 | 平成18年7月3日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホームの管理・運営・企画 | | |
| 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 | 8 | はなことば町田鶴川 はなことば`ラ`ス練馬中村 はなことば`ラ`ス西新井 はなことば`ラ`ス杉並上井草 はなことば大田中央 はなことば練馬平和台 はなことば`ラ`ス大井町 はなことば`ラ`ス田園調布 | 東京都町田市大蔵150-2 東京都練馬区中村1-15-23 東京都足立区西新井1-5-12 東京都杉並区上井草3-4-5 東京都大田区中央8-40-5 東京都練馬区平和台4-20-3 東京都品川区東大井4-10-7 東京都大田区田園調布1-22-11 |
| 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 | 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 | なし | はなことばプラス西新井 はなことばプラス大井町 はなことばプラス田園調布 | 東京都足立区西新井1-5-12 東京都品川区東大井4-10-7 東京都大田区田園調布1-22-11 | |
| 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 | フリカゝナ 名称 | ハナコトバプラスデンエンチョウフ はなことばプラス田園調布 | | |
| 所在地 | 〒 145-0071 | 東京都大田区田園調布1-22-12 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6715-6616 | | |
| | ファックス番号 | 03-6715-6617 | | |
| ホームページ | https://hanakotoba.co.jp/facility/denenchofu.html | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371113778号 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 小川 貴志 | |
| 事業開始年月日 | 令和7年1月1日 | | | |
| 届出年月日 | 令和6年8月27日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和7年1月1日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | 令和7年1月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和13年12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) | 令和7年1月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和13年12月31日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | 東急電鉄池上線「雪が谷大塚」駅より徒歩9分 東急電鉄東横線・目黒線・東急多摩川線「多摩川」駅より徒歩12分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 あり | |
| | 面積 | 1387.61 m ² | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 あり | |
| | 延床面積 | 2477.4 m ² うち有料老人ホーム分 2477.4 m ² | | |
| | 竣工日 | 令和6年11月25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 | なし () | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 令和6年12月1日 ~ 令和36年11月30日 | |
| | | 自動更新 | あり | |

| | | | | | | | |
|----------|--------------------------------|--------|------------|------------------|----------------|---|-------------------|
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | |
| | 1階 | 1人 | 16 | 18 | m ² | ～ | 18 m ² |
| | 2階 | 1人 | 22 | 18 | m ² | ～ | 18 m ² |
| | 3階 | 1人 | 22 | 18 | m ² | ～ | 18 m ² |
| | | | | | m ² | ～ | m ² |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | |
| | | | | | m ² | ～ | m ² |
| 居室内の設備等 | 便所 | 全室あり | | | | | |
| | 洗面 | 全室あり | | | | | |
| | 浴室 | なし | | | | | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | | | | | |
| | 電話回線 | なし | | () | | | |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | | (設置、契約、料金負担は各自) | | | |
| | | | | | | | |
| 共同便所 | 3 箇所 | | (一部男女共用) | | | | |
| 共同浴室 | 個浴： 2 | 大浴槽： 0 | | 機械浴： 3 | | | |
| | 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 (リビング、談話室、健康管理室、相談室、機能訓練室) | | | | | | |
| エレベーター | あり 2 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5人 | 4.2 | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 16 | 0 | 0 | 6 | 0 | 22人 | 17.8 | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | 委託 HITOWAフードサービス株式会社 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | 委託 HITOWAフードサービス株式会社 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |

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 | 12 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| 実務者研修 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| たん吸引等研修（不特定） | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| たん吸引等研修（特定） | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 資格なし | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 17 時 15 分～ 9 時 15 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 | | | | | 2.5 人 | | | | | | | | |
| 従業者の職種別・勤続年数别人数（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 | 16 | 8 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | | |
| 1年以上3年未満 | | | | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 3 | 2 | 16 | 8 | 1 | 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 |
| 口腔衛生管理サービス | 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 | <p>日中は、随時対応。</p> <p>夜間は、原則として見守りシステム (以下、ライフリズムナビ®+Dr.) を利用して画面上で見守りを行い、必要時にはスタッフが直接訪問いたします。</p> <p>ライフリズムナビ®+Dr. は、各種センサーを用いて、ベッド上での睡眠・覚醒、心拍数・呼吸数、臥床・離床、体動・起き上がりなどの状態、居室内の温湿度、居室・トイレ内での活動、居室ドアの開閉状況などを検知するシステムです。</p> <p>これは、お客様の状態に応じた通知条件設定を行なうことで、お一人おひとり行動パターンに応じた対応を可能とするものです。事務所やスタッフが携帯する端末と連動しており、設定条件に合致、もしくは異常時にスタッフへ通知されるほか、必要時はスタッフが端末を操作して随時ご状態を確認することが可能です。ライフリズムナビ®+Dr. の情報や、お客様からのナースコールでの通話対応とともに、居室を訪問し、状態の確認及び適切なケアを提供します。</p> <p>また、お客様のご体調変化により、密な目視確認が必要とされる場合には、随時訪問し、適切なケアを行ないます。</p> |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | <p>日中はホームの看護師により、胃ろうのケア、インシュリンの注射、吸引、吸入、疼痛の緩和、人工肛門のケア、膀胱留置カテーテルのケア、在宅酸素療法、創傷・褥瘡のケア、摘便、浣腸などの対応を実施します。</p> |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 寿恵会 おおもり訪問クリニック |
| | 所在地 | 東京都大田区山王3-27-6大森5ビル4F |
| | 急変時の相談対応 | あり 事業者の求めに応じた診療 あり |
| 協力の内容 | <p><診療科目>内科、精神科</p> <p>ホームの入居者が急な疾病時に診察、治療、入院等の適切な措置を講じる。入居者が医療機関を利用する場合には、入居者と医療機関の直接の契約が必要になります。(医療費は入居者負担)</p> <p>ホームより約7km 車で約22分</p> | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 福啓会 東京訪問歯科センター |
| | 所在地 | 東京都目黒区自由が丘2-9-6Luz自由が丘4階 |
| | 急変時の相談対応 | あり 事業者の求めに応じた診療 あり |
| 協力の内容 | <p><診療科目>歯科</p> <p>施設への訪問による対応を致します。</p> <p>ホーム入居者の歯科治療を行うとともに口腔ケア及び健康相談を行う。</p> <p>ホームから約2.7km 車で約9分</p> | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | なし |
| | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 佑健会グループ 戸越銀座KT歯科・矯正歯科 |
| | 所在地 | 東京都品川区平塚1-6-197オンティス戸越1F |
| | 協力の内容 | <p><診療科目>歯科</p> <p>施設への訪問による対応を致します。</p> <p>ホーム入居者の歯科治療を行うとともに口腔ケア及び健康相談を行う。</p> <p>ホームから約6km 車で約20分</p> |

| 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 | あり(Ⅱ) | |
| 看取り介護加算 | あり(Ⅰ) | |
| 協力医療機関連携加算 | 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 | |
| 介護職員等処遇改善加算 | あり(Ⅱ) | |
| 入居継続支援加算 | なし | |
| テクノロジーの導入(入居継続支援加算関係) | 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 | |
| A D L維持等加算 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし | |
| 生産性向上推進体制加算 | なし | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし | |
| 退院・退所時連携加算 | あり | |
| 退去時情報提供加算 | 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 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 | 概ね60歳以上の方 |
| | 要介護度 | 自立・要支援1・2・要介護者の方(要介護1～5) |
| | 医療的ケア | 健康診断書、アセスメントに基づき判断 |
| | 認知症 | 対応可 |
| | その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・共同生活が営めると当ホームが判断した方 ・入居に関する費用及び毎月の諸費用等の支払い能力があると当社が判断した方 ・健康保険、介護保険に加入している方 ・入居手続き及び入居資格審査を満たされた方 ・入居契約諸及び当規程の内容を遵守できる方 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者は、身元引受人を定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることが出来ない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。 ・事業者は、入居者の日常生活に関して必要に応じ、身元引受人と連絡・協議等に努めるものとします。 ・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態にある場合には、入居者の日常生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 ・身元引受人は、事業者が行う介護サービスの提供にあたって、必要に応じて事業者との協議、緊急時の連絡等に協力するものとします。 ・身元引受人は、事業者との協議が整った場合、或いは、本契約が解除・解約されたときは、入居者の身柄を引き取るものとします。また、入居者が死亡した場合の遺体および遺留金品の引き受けを行うものとします。 ・身元引受人は、連帯保証人および返還金受取人を兼ねることができます。 ・事業者は、身元引受人が第38条第二号、第三号又は第五号の規定に該当する場合には、入居者に対して新たに身元引受人を定めることを請求できるものとし、入居者は、請求を受けた時は、遅滞なく身元引受人を立てるものとします。 | |

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 体験入居 | 利用期間 | 最長14日間 | |
| | 利用料金 | 1泊 10,000円（うち消費税909円） | |
| | その他 | 体験入居利用者には、ホームにおいて行う入居者と同様のサービスを提供するものとします。 満室の場合は不可。 介護保険は適用外となります。オムツ代等自費負担有 | |
| 入院時の契約の取扱い | 病気やけがの治療は病院等で受けていただくことになり、医療費は入居者の負担になります。通院の付添、入退院時の移送を行います。入院中の付添はしません。入院が長期になりましても、家賃の支払があれば居室は確保しますので、退院後は入院前の居室に戻ることが出来ます。 | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | (年 4 回) | |
| | 定期的な研修の実施 | (年 2 回) | |
| | 担当者の役職名 | ホーム長 | |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | (年 4 回) | |
| | 定期的な研修の実施 | (年 2 回) | |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | あり | |
| | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | あり | |
| | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | ①カンファレンス→②説明・同意→③記録と再検討→④解除 ①管理者を中心に多職種にてカンファレンス実施し、身体拘束回避に向けて主治医の意見を聞き、協議および切迫性、非代替性、一時性の3要件を満たすか否か確認。 ②本人、ご家族に十分な理解が得られるよう身体拘束説明同意書をご説明しご理解いただく ③時間および様態、心身の状態を観察し記録するとともに早期解除に向けて身体拘束廃止委員会にて検討し記録。 ④入居者の心身状況の変化に伴い、身体拘束要件に該当しないと判断した場合は、直ちに解除する。 | |
| 業務継続計画の策定状況等 | 職員に対する周知の実施 | あり | |
| | 定期的な研修の実施 | (年 2 回) | |
| | 定期的な訓練の実施 | (年 2 回) | |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | あり | |
| 事業者からの契約解除 | <p>入居契約書第29条(事業者からの契約解除)より抜粋（詳細は入居契約書第3条、第4条、第20条を合わせてご確認ください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 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 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、通告に従わず3か月以上遅滞するとき 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 第20条の規定に違反したとき 五 入居者および身元引受人の行動が、自傷または他の入居者あるいは従業員の生命、身体または財産に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の注意と介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないとき | | |
| 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 | 入居者心身の状況等を勘案した上で、建物内の他の専用居室に変更していただく場合がございます。その際には医師の意見を聞き、本人または身元引受人の同意を得て、一定の観察期間を設けるものとします。また、料金については、変更後の居室料金となります。仕様の変更はございません。 | | | | | | | |
| 利用料金の変更 | 変更後の居室料金となります | | | | | | | |
| 前払金の調整 | 無 | | | | | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | 無 | | | | | | | |
| 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 | | はなことばプラス田園調布 | | | | | | |
| 電話番号 | 03-6715-6616 | | | | | | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (全日) | | | | | | | |
| 窓口の名称 2 | | 本社「苦情相談窓口」 | | | | | | |
| 電話番号 | 0120-913-880 | | | | | | | |
| 対応時間 | 10:00 ~ 17:00 (土日祝以外) | | | | | | | |
| 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 (土日祝以外) | | | | | | | |
| 窓口の名称 4 | | 東京都国民健康保険団体連合会 | | | | | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | | | | | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (土日祝以外) | | | | | | | |
| 窓口の名称 5 | | 大田区役所 介護保険課 介護サービス担当 | | | | | | |
| 電話番号 | 03-5744-1258 | | | | | | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:15 (土日祝以外) | | | | | | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：ソニールーフ損害保険プログラム 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 | | | | | | |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | | | | | | |
| 5 入居者 | | | | | | | | |
| 介護度別・年齢別入居者数 | | 平均年齢： 89.8 歳 | 入居者数合計： 60 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 3 | 1 |
| 85歳以上 | 0 | 5 | 3 | 12 | 11 | 7 | 6 | 3 |
| 合計 | 0 | 5 | 3 | 16 | 16 | 7 | 9 | 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 | 52 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 16 人 | | 女性： 44 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 100 %（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 | 1 |
| 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 | あり |
| 金額 | 500,000 円 |

| 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) | | | 備考 |
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | |
| 月払いプラン | 0円 | 348,490円 | 220,000 | 60,000 | 実費 | 68,490 管理費に含む |
| 前払いプランA | 14,982,000円 | 228,490円 | 100,000 | 60,000 | 実費 | 68,490 管理費に含む |
| 前払いプランB | 12,014,000円 | 228,490円 | 100,000 | 60,000 | 実費 | 68,490 管理費に含む |
| 前払いプランC | 9,000,000円 | 228,490円 | 100,000 | 60,000 | 実費 | 68,490 管理費に含む |
| 前払いプランD | 5,669,000円 | 228,490円 | 100,000 | 60,000 | 実費 | 68,490 管理費に含む |

| | | |
|-----------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価（120,000 円）× 想定居住期間（36～108か月）により算出 （月額単価の説明） 月払いプランにおける家賃220,000円のうち、120,000円を1か月分の家賃相当額とします。 （想定居住期間の説明） 当社が保有するデータをもとに想定した、入居日からの居住期間をいい、次のとおりとします。 75歳未満108か月、75歳以上80歳未満84か月、80歳以上90歳未満60か月、90歳以上36か月 |
| | 家賃 | 220,000円 |
| | 管理費 | 60,000円（共用部の修繕費、共用部および居室の光熱水費、環境衛生等含む） |
| | 介護費用 | 自立の方は、自立支援費用として月額66,000円をお支払いいただきます。 |
| | 食費 | 朝食 231 円・昼食 319 円・夕食 308 円 間食 0 円 1日あたり 858 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 42,750 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 3日前までにお申し出いただければ、欠食時には1食あたり次の通り返金いたします。 ・朝食 231円（うち消費税等21円） ・昼食 319円（うち消費税等29円） ・夕食 308円（うち消費税等28円） ※厨房管理費は欠食があっても返金されません。 |
| | 光熱水費 | 管理費に含む |
| 短期利用 | 1日あたり 円 | 利用料の算出方法 |

| 前払金の取扱い | |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 入居までに銀行振込でお支払い頂きます。 |
| 償却開始日 | 入居日 |
| 返還対象としない額 | <p style="text-align: center;">入居時満年齢</p> <p style="text-align: center;">75歳未満：202.2万円</p> <p style="text-align: center;">75歳以上80歳未満：193.4万円</p> <p style="text-align: center;">80歳以上90歳未満：180万円</p> <p style="text-align: center;">90歳以上：134.9万円</p> |
| | <p>位置づけ</p> <p>想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当</p> |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 算出方法：前払金－返還対象としない額－1ヶ月分の家賃相当額×経過月数 ※月途中での入退去の場合は1日分の家賃相当額（1か月を30日として日割計算し、1円未満の端数をい切捨てる）に暦日に乗ずることとします。 |
| 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－1ヶ月の家賃相当額÷30×（入居の日から起算して契約が解除された日までの日数） ※月途中での入退去の場合は、1日分の家賃相当額（1ヶ月を30日として日割計算し、1円未満の端数を切り捨てる）に暦日数を乗ずることとします。 |
| 返還期限 | 契約終了日から 60日以内 |
| 保全措置 | あり 保全先：不動産信用保証株式会社 |
| その他留意事項 | 特になし |

| 月額利用料の取扱い | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 毎月20日までに請求書をお送りし、同月27日にご指定の口座より引落を致します。金融機関が引落日に休日の場合は、翌営業日の引落となります。 |
| その他留意事項 | 特になし |

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2～3割)を負担する。

| (30日換算・自己負担1割の場合) | | 単位：円 |
|-------------------|---------|----------------------|
| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
| 要支援1 | 67,634 | 6,764/13,527/20,291 |
| 要支援2 | 115,322 | 11,533/23,065/34,597 |
| 要介護1 | 202,652 | 20,266/40,531/60,796 |
| 要介護2 | 227,232 | 22,724/45,447/68,170 |
| 要介護3 | 252,912 | 25,292/50,583/75,874 |
| 要介護4 | 276,761 | 27,677/55,353/83,029 |
| 要介護5 | 302,071 | 30,208/60,415/90,622 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|---------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | あり | |
| 夜間看護体制加算 | あり(Ⅱ) | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり(Ⅰ) | 対象者のみ |
| 協力医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 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 | |
| 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 | 対象者のみ |
| ADL維持等加算 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | |

| | | |
|----------------|-------|-------|
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし | |
| 生産性向上推進体制加算 | なし | |
| 口腔・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 | あり | 対象者のみ |
| 退去時情報提供加算 | あり | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算 | あり(Ⅱ) | |

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
施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴き、入居者および身元引受人の同意を得た上で改定するものとします。

【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 | 前払金プランB | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 12,014,000 | 228,490 |

※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 | 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(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 | 適宜 | | 随時 | |
| 巡回 夜間 | 適宜 | | 随時 | |
| 食事介助 | | | 必要に応じて | |
| 排泄介助 | | | 必要に応じて | |
| おむつ交換 | | | 必要に応じて | |
| おむつ代 | | 実費 | | 実費 |
| 入浴(一般浴)介助 | | | 週2回 | 週3回以上 30分1回2,750円 |
| 清拭 | | | 週2回 | 週3回以上 30分1回2,750円 |
| 特浴介助 | | | 週2回 | 週3回以上 30分1回2,750円 |
| 身辺介助 | | | | 10分毎延935円 |
| ・体位交換 | | | 必要に応じて | |
| ・居室からの移動 | | | 必要に応じて | |
| ・衣類の着脱 | | | 必要に応じて | |
| ・身だしなみ介助 | | | 必要に応じて | |
| 口腔衛生管理 | ○ (必要時) | — | ○ (ケアプランに準ずる) | — |
| 機能訓練 | 随時 | | 随時 | |
| 通院介助 (協力医療機関) | 無料 | | 無料 | |
| 通院介助 (上記以外) | | 1時間5,500円 30分ごと2,750円 | | 1時間5,500円 30分ごと2,750円 |
| 緊急時対応 | | | | |
| 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 | 週3回以上20分1,870 円 | 週2回 | 週3回以上20分1,870円 |
| リネン交換 | 必要に応じて | | 必要に応じて | |
| 日常の洗濯 | 必要に応じて | | 必要に応じて | |
| 居室配膳・下膳 | 体調不良時 必要に応じて | 1回935円 | 体調不良時 必要に応じて | 1回935円 |
| 嗜好に応じた特別食 | 必要に応じて | メニュー価格 | 必要に応じて | メニュー価格 |
| おやつ | | 実費 | | 実費 |
| 理美容 | | 実費 | | 実費 |
| 買物代行(通常の利用区域) | 週1回まで | 週2回以上の場合 1時間5,500円 30分2,750円 1時間5,500円 | 週1回まで | 週2回以上の場合 1時間5,500円 30分2,750円 1時間5,500円 |

| 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(上記以外の区域) | | 1時間5,500円 30分2,750円 1時間5,500円 | | 1時間5,500円 30分2,750円 1時間5,500円 |
| 役所手続き代行 | | | | |
| 金銭管理サービス | | | | |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | 年1回の機会 | | 年1回の機会 |
| 健康相談 | 随時 | | 随時 | |
| 生活指導・栄養指導 | 必要に応じて | | 必要に応じて | |
| 服薬支援 | 必要に応じて | | 必要に応じて | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠 等) | 必要に応じて | | 必要に応じて | |
| 医師の訪問診療 | | | | |
| 医師の往診 | | 実費 | | 実費 |
| <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) | 無料 | | 無料 | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 1時間5,500円 1回2,750円 | | 1時間5,500円 1回2,750円 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | 無料 | 1時間5,500円 30分2,750円 | | 1時間5,500円 30分2,750円 |
| <その他サービス> | レクリエーション(材料費、交 通費等は実費) | | レクリエーション(材料費、交 通費等は実費) | |

施設名:はなことばプラス田園調布

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:不動産信用保証株式会社 |
| 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:11.9 % 約11.9% |
| 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。