

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | 竹の塚明生苑六月 |
| 定員・室数 | 43 人 ・ 43 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 名 称 | カ`シカ`イヤ`メイショウ 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 藤田 千代士 |
| 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（訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護、短期入所介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護）、サービス付き高齢者住宅 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 | 足立区竹の塚4-4-13 興商ビル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 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 16 | 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | 1 | リハビリディサービスえど川 | 江戸川区東葛西7-13-8 |
| 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 | 足立区竹の塚4-4-13 興商ビル1F |
| ＜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 | 10 | 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 | 足立区竹の塚4-4-13 興商ビル1F |
| ＜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 | タケノツカメヒエノロカツ | | |
| | 名 称 | 竹の塚明生苑六月 | | |
| 所 在 地 | 〒 121-0814 | 東京都足立区六月2-35-8 | | |
| | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5831-0311 | | |
| | ファックス番号 | 03-5831-0316 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.fukushi-e.com | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1372105401号 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 稲葉 清美 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 18 年 3 月 1 日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 17 年 11 月 16 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 18 年 3 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 3 月 1 日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 6 年 2 月 28 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 | 令和 6 年 3 月 31 日 まで | | | |
| 事業所へのアクセス | 東武スカイツリーライン 竹ノ塚駅東口下車 徒歩約10分 | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし | |
| | 面 積 | 516.15 m ² | | | |
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 1499.05 m ² うち有料老人ホーム分 1499.05 m ² | | | |
| | 竣工日 | 平成 18 年 2 月 23 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 5 階 地下 0 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 5 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18年3月1日 ~ 令和8年2月28日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 10 | 18 m ² ~ 18.9 m ² | |
| | 2階 | 1人 | 12 | 18 m ² ~ 20.5 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 12 | 18 m ² ~ 20.5 m ² | |
| | 4階 | 1人 | 9 | 18 m ² ~ 25.7 m ² | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| | | | | 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 | 一部あり | | | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | | | |
| | 電話回線 | 一部あり (設置・料金負担は各自) | | | |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり (購入・設置は各自、料金負担は施設で一括) | | | |
| | | | | | |
| 共 同 便 所 | 2 箇所 | | (男女共用) | | |
| 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 | 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 | |
| 緊急呼出装置 | 居室 : | あり | 便所 : | あり | |
| | 浴室 : | あり | 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 | 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 | | | 6 | | 16人 | 14.0 | |
| 介護職員：派遣 | | | | 1 | | 1人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | 1 | | | 3 | | 4人 | 2.6 | |
| 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 10分

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 | | | 2 | |
| 実務者研修 | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 5 | | | 4 | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | 3 | | | 1 | |
| 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 | | | | | |
| 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 | 1 | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | |

③-3 管理者（施設長）の資格 介護支援専門員・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 | 兼務状況 |
|--------------|------|----|-----|-----|-----|----|--------|------|
| | | 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 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 |
|-------------|------|----|-----|-----|-----|----|--------|------|
| | | 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 2.3 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 | | | | 2 | | 1 | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 2 | 1 | | | | | | |
| 10年以上 | | 1 | 1 | 5 | 3 | | | 1 | | | |
| 合計 | | 2 | 1 | 10 | 7 | 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 (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 | あり (但し現金3万円まで) | |
| 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 | 施設の看護師また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 全医療機関 |
| | 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 | 内科・外科等すべての診療科目においての受入協力・救急外来・検査・入院・訪問診療 他 公費または健康保険の給付以外の費用は、ご入居者様負担となります。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 恵信会 友仁病院 |
| | 所在地 | 東京都江東区亀戸2-41-1 |
| | 協力の内容 | 訪問診療によるご入居者様の健康管理、診療及び治療。 公費または健康保険の給付以外の費用は、ご入居者様負担となります。 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 苑田会歯科 |
| | 所在地 | 東京都足立区竹の塚4-2-1 TBビル2階 |
| | 協力の内容 | 一般外来・訪問診療 公費または健康保険の給付以外の費用は、ご入居者様負担となります。 |

介護保険加算サービス等

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 個別機能訓練加算 | あり |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | あり |
| 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 | 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) |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | あり(Ⅱ) |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | あり |
| 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 |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり |
| 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 |
| 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65歳以上 |
| | 要介護度 | 要支援1・2、要介護1～5の方 |
| | 医療的ケア | 施設の看護師また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。 |
| 連帯保証人 | 事業者との合意により、入居者と連帯して入居者の金銭債務を契約書に記載のある極度額を限度に履行する責任を負います。(入居契約書第37条) | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 原則、三親等以内のご親族様による身元引受人1名を定めていただきます。施設で提供される介護サービス等について、必要に応じ施設と協議を行います。必要に応じ、身柄の引き取りを行って頂きます。また、死亡により入居契約が終了した場合には、ご入居者様のご遺体と遺留金品をお引き取りいただきます。(入居契約書第36条) | |

| | | |
|-------------------|--|--|
| 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 11,000円(税込) (内訳: 介護、宿泊、食費、水光熱費、管理費用を含む) |
| | 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、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 | ご入院中も入居契約は継続しておりますので、ご退院後もご入院前にご利用頂いていた居室へ戻ることが可能です。但し、ご入院中の月額利用料の取扱いについては、不在日数分の食材費以外の費用が発生いたします。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>①身体的拘束適正化委員会において切迫性、非代替性、一時性の三要件に該当するか否かの検討を行い、身体的拘束を行わない場合のリスクと併せて緊急やむを得ない状況と判断するか検討を行います。</p> <p>②緊急やむを得ないと判断された場合には、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯、期間などを明らかにしご本人様及びご家族様へ十分な説明を行い同意を得ます。</p> <p>③身体的拘束を実施している際のご本人様の心身の状況等を記録します。</p> <p>④緊急やむを得ない状況でなくなった場合には、直ちに解除できるよう常に検討を行い心身の状況の記録を行います。</p> | |
| 事業者からの契約解除 | <p>下記の場合において、施設より契約解除を申し入れる場合があります。</p> <p>①入居申込み書等への虚偽の記載により入居された場合。</p> <p>②利用料その他の支払いを不当に2ヶ月以上遅滞させた場合。</p> <p>③施設内での禁止または制限される行為の規定違反があった場合。</p> <p>④入居者本人の自傷行為または他の入居者への迷惑行為(精神的・身体的)があった場合、また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できないとき。</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 | あり |
| 判断基準・手続 | 主治医の意見を聞いたうえで、より適切な介護等の為必要と判断する場合に、ご入居者様・ご家族様の同意を得て他の居室に移っていただく場合がありますが、特別な手続きの必要はありません。 |
| 利用料金の変更 | あり |
| 前払金の調整 | なし |
| 従前居室との仕様の変更 | 移動の場合、従前居室と面積・仕様が変更になる事があります。 |
| 提携ホーム等への転居 | あり ハートランド明生苑 等 |
| 判断基準・手続 | 主治医の意見を聞き、医療ニーズの多寡も踏まえたうえでご入居者様・ご家族様の同意を得て判断致します。転居と決まった時は、転居先の施設で改めて契約して頂きます。 |
| 利用料金の変更 | 転居先の施設での費用体系となります。 |
| 前払金の調整 | 当施設の退去時精算後、転居先施設の前払い金費用を改めてご負担頂きます。 |
| 従前居室との仕様の変更 | 転居先施設の仕様・設備等になります。 |

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|--|
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 1 | 竹の塚明生苑六月 苦情相談窓口 生活相談員又は施設長 | | |
| 電話番号 | 03-5831-0311 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (全日) | | |
| 窓口の名称 2 | ハートランド相談室 (法人本部内) | | |
| 電話番号 | 03-5831-3810 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (土・日・祝日を除く) | | |
| 窓口の名称 3 | 東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (土・日・祝日を除く) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称： 居宅介護事業者賠償責任保険 | | |
| 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： | 87.2 歳 | 入居者数合計： | 38 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 | | | | | | | | 1 |
| 65歳以上 75歳未満 | | | | | | 1 | 1 | |
| 75歳以上 85歳未満 | | | | | 1 | 1 | 3 | |
| 85歳以上 | | 2 | | 2 | 3 | 7 | 11 | 5 |
| 合計 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 9 | 15 | 6 |
| 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 | 6 | 4 | 18 | 5 | 4 | 1 | 38 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 11 人 | | 女性： 27 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 88 %（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 | 1 | | | |
| 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 | 12 | | | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 1 | | | その他 | | | | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | | | 退去者数合計 | 14 | | | |

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。 | |
| | <p>例外特約の詳細 (入居契約書表題部(4) 「入居保証金使途」)</p> | <p>居室内設備及び資機材のメンテナンス費用(範囲:床、トイレ、洗面台等の設備及び、ベッド(本体フレーム)、ベッド柵、ベッドマット等の入居者が居室で使用した介護用品、施設で設置した居室カーテン等の洗浄、消毒、殺菌の実施)33,000円(税込)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理由…介護施設の性格上、清潔保持及び滅菌作業等が必要なため ・承認事項…通常の使用に対する損耗について、入居者負担となる原状回復費用を必要としないが、上記理由により、クリーニング作業を実施する際には通常損耗について、ある程度原状回復してしまうことにご承認頂きます。 |

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 | 1,260,000円 | 210,520円 | 85,000 | 96,360 | - | 29,160 | - |
| 標準プラン | 0円 | 245,520円 | 120,000 | 96,360 | - | 29,160 | - |
| 前払い家賃プラン(411号室) | 1,260,000円 | 226,130円 | 95,000 | 101,970 | - | 29,160 | - |
| 標準プラン(411号室) | 0円 | 261,130円 | 130,000 | 101,970 | - | 29,160 | - |

| | |
|-----|--|
| 前払金 | 月額単価 (35,000円) × 想定居住期間 (36ヶ月) により算出 |
| | (月額単価の説明) |
| | 施設地代家賃より算出し、家賃相当額への充当分として設定。 |
| | (想定居住期間の説明) |
| | 弊社運営施設の平均的利用月数を設定。 |

| | |
|----|---|
| 家賃 | 施設地代家賃より算出し、120,000円(411号室のみ130,000円)となりますが、前払い金35,000円を36ヵ月にわたり充当し85,000円(411号室のみ95,000円)となります。37ヵ月以降も引き続き85,000円(411号室のみ95,000円)が継続します。 ※前払い家賃プランの場合 |
|----|---|

| | | |
|-----------|------|---|
| 各料金の内訳・明細 | 管理費 | <ul style="list-style-type: none"> ・厨房管理費…厨房職員人件費、調理機器修繕費、食器代 ・水光熱費…水光熱費全般 ・施設維持修繕管理費…施設設備法定点検、共用部及び居室定期清掃、建物設備修繕費用等 ・協力医療機関への移送費…搬送に係るガソリン代、車両維持管理費 ・リネン費…ベッドシーツ寝具一式 ・洗濯費…ドライクリーニングを除く、施設内にて可能な洗濯 ・消耗品費…感染対策物品(ガウン、ヘアキャップ、消毒液等) ・レクリエーション材料費(個別の選択で行うもの、外出レクリエーション費用は除く) ・医療連携サポート費…必要な医療を受ける為の病院・入居者・家族との連絡調整、情報提供等 ・各種証明書代 |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |

| | |
|-----|---|
| 食材費 | <p>朝食 — 円・昼食 — 円・夕食 — 円 間食 108 円</p> <p>1日当たり 972 円</p> <p>月の日数を問わず29,160円(毎月定額)のご請求となります。</p> <p>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて)</p> <p>献立の食材発注の都合上、食事をキャンセルする場合は事前にお申し出ください。キャンセルや外泊・入院等で1日のうち1食も召し上がらなかった場合、翌月請求分で返金致します。</p> |
|-----|---|

| | |
|------|------------------|
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 短期利用 | 1日当たり 円 利用料の算出方法 |

| 前払金の取扱い | |
|-----------------------|---|
| 支払日・支払方法 | 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し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の計算式に従って返金致します。 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日として計算します。 |
| 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し入居日より3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計算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 | 月末締め、翌月26日に口座引き落としとなります。 引き落とし日が土・日・祝日の場合は翌営業日となります。 |
| その他留意事項 | 月額利用料は前払い制となっております。 |

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 | 74,588 | 7,459 |
| 要支援2 | 121,360 | 12,136 |
| 要介護1 | 207,307 | 20,731 |
| 要介護2 | 231,254 | 23,126 |
| 要介護3 | 256,629 | 25,663 |
| 要介護4 | 279,835 | 27,984 |
| 要介護5 | 304,862 | 30,487 |

(30日換算・自己負担2割の場合)

| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
|-------|---------|--------|
| 要支援 1 | 74,588 | 14,918 |
| 要支援 2 | 121,360 | 24,272 |
| 要介護 1 | 207,307 | 41,462 |
| 要介護 2 | 231,254 | 46,251 |
| 要介護 3 | 256,629 | 51,326 |
| 要介護 4 | 279,835 | 55,967 |
| 要介護 5 | 304,862 | 60,973 |

(30日換算・自己負担3割の場合)

| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
|-------|---------|--------|
| 要支援 1 | 74,588 | 22,377 |
| 要支援 2 | 121,360 | 36,408 |
| 要介護 1 | 207,307 | 62,193 |
| 要介護 2 | 231,254 | 69,377 |
| 要介護 3 | 256,629 | 76,989 |
| 要介護 4 | 279,835 | 83,951 |
| 要介護 5 | 304,862 | 91,459 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|------------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | あり | |
| 個別機能訓練加算Ⅱ | あり | |
| 夜間看護体制加算 | あり | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | なし | 対象者のみ |
| 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 | 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 | 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 | |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 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 |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(Ⅰ) | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | あり(Ⅱ) | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | あり | |

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| 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 | |
| 運営懇談会において、同意を得たうえで実施。 | |

【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 | 前払い家賃プラン | | |
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 400,000 | 1,260,000 | 210,520 |
| ※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 | 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

| サービス | 区分 | (要支援1・2、要介護1～5) | | |
|---------------|----|------------------|---|--------------|
| | | 追加料金が発生しないもの | | その都度徴収するサービス |
| | | 特定施設入居者生活介護のサービス | 前払金又は月額利用料を含むサービス | |
| <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 | | | 尿取りパット(昼用) 2,592円/1パック(48枚入り) | |
| | | | マジックタイプ(M) 4,700円/1パック(22枚入り) | |
| | | | リハビリパンツ(M) 4,708円/1パック(22枚入り) | |
| | | | ※おむつ代金は処分代を含みます。 | |
| 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) | | | 基本的にはご家族様対応となりますが、施設対応の場合1回22,000円(税込)がかかります。 | |
| 緊急時対応 | | | | |
| ・ナースコール対応 | | ○ | | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | | ○ | |
| リネン交換 | | ○ | | |
| 日常の洗濯 | | | ○ クリーニング対応の場合は実費負担 | |
| 居室配膳・下膳 | | ○ | | |
| 嗜好に応じた特別食 | | | 実費負担 | |
| おやつ | | | 1食 108円(税込) | |
| 理美容 | | | カット 3,300円/1回(税込) | |
| | | | パーマ(カット付) 7,700円/1回(税込) | |
| | | | カラー(カット付) 7,700円/1回(税込) | |
| 買物代行(通常の利用区域) | | ○ | | |
| 買物代行(上記以外の区域) | | | 22,000円/1回(税込) | |
| 役所手続き代行 | | | 22,000円/1回(税込) | |
| 金銭管理サービス | | ○ | ただし、上限30,000円まで | |

| サービス | 区分 | (要支援1・2、要介護1～5) | | |
|------------------------------|----|----------------------|---|--------------|
| | | 追加料金が発生しないもの | | その都度徴収するサービス |
| | | 特定施設入居者生活 介護のサービス | 月額利用料に含む 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の実費がかかります。 | |
| 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 | | | 週 1回 | |
| 医師の往診 | | | 看取り対象の方のみ必要時に実施 | |
| <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) | | | 基本的にはご家族様対応となりますが、施設対応の場合 1回22,000円(税込)がかかります。 | |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | 基本的にはご家族様対応となりますが、施設対応の場合 1回22,000円(税込)がかかります。 | |
| 入院中の見舞い訪問 | | ○ | | |
| <その他サービス> | | | | |
| レクリエーション | | ○ | 個別の選択で行うもの、外出レクリエーション費用は除く | |
| 各種証明書 | | ○ | | |

施設名:竹の塚明生苑六月

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 | 浴室にナースコール有り、脱衣室は無し。 |
| 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。