

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------------|-----------------|
| 施設名 | あずみ苑グランデ平沢 | | |
| 定員・室数 | 18 人 ・ 18 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 | 3:1以上 | | |
| 1 事業主体 | | | |
| 名 称 | 法人等の種別 営利法人 | | |
| | フリカマナ 名 称 | カブシカイシャレオパレス21 株式会社レオパレス21 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 164-8622 | 東京都中野区本町二丁目54番11号 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5350-0124 | |
| | ファックス番号 | 03-5350-0125 | |
| ホームページ | http://www.leopalace21.co.jp/ | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 宮尾 文也 |
| 設 立 年 月 日 | 1973年8月17日 | | |
| 主 な 事 業 等 | アパート・マンション・住宅等の建築・賃貸管理及び販売、リゾート施設の 開発・運営、ブロードバンド通信事業、介護事業、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 | あずみ苑グランデ青梅 | 東京都青梅市裏宿647-1 |
| 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 | 1 | あずみ苑グランデ平沢 | 東京都あきる野市平沢473-1 |
| 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 | 1 | あずみ苑グランデ平沢 | 東京都あきる野市平沢473-1 |
| 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 | 1 | あずみ苑グランデ平沢 | 東京都あきる野市平沢473-1 |
| 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 | アズミン グランデヒラサワ あずみ苑グランデ平沢 | |
| 所在地 | 〒 197-0812 | 東京都あきる野市平沢473-1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-532-8157 | |
| | ファックス番号 | 042-532-8158 | |
| ホームページ | https://www.azumien.jp/ | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1375200357号 | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 坂本 龍彦 |
| 事業開始年月日 | 2006年3月1日 | | |
| 届出年月日 | 2006年1月31日 | | |
| 届出上の開設年月日 | 2006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） | 2006年3月1日 | |
| | 指定の有効期間 | 2030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） | 2006年4月1日 | |
| | 指定の有効期間 | 2030年2月28日 まで | |
| 事業所へのアクセス | JR青梅線「福生」駅西口より西東京バス「武蔵五日市駅」行き約5分、 「下草花」バス停下車、徒歩約10分（約800m） | | |
| 施設・設備等の状況 | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 あり |
| | 面積 | 2360.83 m ² | |

| | | | | | | | | |
|---------------|--|------------------------|-------------------------|---|-----------|----|-------|----|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | | | | |
| | 延床面積 | 1245.19 m ² | うち有料老人ホーム分 | 626.29 m ² | | | | |
| | 竣工日 | 2006 年 1 月 17 日 | | | | | | |
| | 階 数 | 地上 2 階 | | 地下 - 階 | | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 2 階 | | 地下 - 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 (通所介護事業) | | | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 2006年1月31日 ~ 2036年1月30日 | | | | | |
| | | 自動更新 | あり | | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | |
| | 2階 | 1人 | 18 | 17.4 m ² ~ 17.4 m ² | | | | |
| | | | | m ² ~ 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 | | | | |
| 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 | 全室あり | | (料金自己負担) | | | | |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | | (設置・契約各自・料金自己負担) | | | | |
| | | | | | | | | |
| 共 同 便 所 | 1 箇所 | | (男女共用) | | | | | |
| 共 同 浴 室 | 個浴 : | 2 | 大浴槽 : | 1 | 機械浴 : | 1 | | |
| | 併設施設との共用 | なし (通所介護事業所) | | | | | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり (機能訓練指導室) | | | | | | |
| | 併設施設との共用 | なし () | | | | | | |
| その他の共用施設 | あり (医務室、洗濯室、娯楽室、ルーフバルコニー、菜園、駐車場、駐輪場) | | | | | | | |
| エレベーター | あり 1 基 | | | | | | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備 : | なし | 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 | 0.5 | 計画作成担当者兼務 |
| 生活相談員 | | | 3 | | | 3人 | 1.2 | 3名介護職員兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | | | 1 | 2 | | 3人 | 1.4 | 2名機能訓練指導員兼務 |
| 看護職員：派遣 | | | | | 0人 | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 2 | 3 | 2 | | | 7人 | 7.0 | 3名生活相談員兼務 |
| 介護職員：派遣 | 1 | | | | 1人 | | | |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | 2 | 3人 | 0.5 | 2名看護職員兼務 |
| 計画作成担当者 | | | 1 | | | 1人 | 0.1 | 管理者兼務 |
| 栄養士 | | | | | 1 | 1人 | | 他施設兼務 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 名古屋マルタマフーズ委託 |
| 事務員 | | | | | | 0人 | | |
| 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 | 3 | 3 | | | |
| 実務者研修 | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | 1 | |
| 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 | | | | 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 | | | 1 | | 2 |
| 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

介護福祉士、介護支援専門員

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 | 1 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 1.2 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 | 1 | | | | | 2 | | |
| 1年以上3年未満 | | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | 1 | | 3 | 1 | 1 | | 1 | | | |
| 10年以上 | | | | 2 | 1 | 2 | | | | 1 | |
| 合計 | | 1 | 2 | 6 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 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 | あり 希望者・無償対応 |

| | |
|-------------|---|
| 定期的な安否確認の方法 | 昼間 (9:00~17:00) 3回巡視、夜間 (17:00~9:00) 2時間おきに巡視し、介護職員が入居者の状態を確認。入居者の状態などを考慮し、必要があればそれ以上の対応も可。居室内に立ち入るなど個人のプライバシーに関わる場合は、事前に入居者または身元引受人の同意を得るものとします。 |
|-------------|---|

| | |
|------------------|---|
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 施設の看護師によるインスリン及びストマ対応可 経管栄養を含め、その他は応相談 |
|------------------|---|

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 暁 あきる台病院 |
| | 所在地 | 東京都あきる野市秋川6-5-1 |
| | 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 | 診療科目：消火器内科、循環器内科、麻酔科、精神科、神経内科、内科、泌尿器科、整形外科、リハビリテーション科 協力内容：外来受診、健康診断 費用負担：実費相当額 ホームから医療機関までの距離：2.1km |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 豊信会 草花クリニック |
| | 所在地 | 東京都あきる野市草花2724 |
| | 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 | 診療科目：内科、循環器科、消化器科、呼吸器科、リハビリテーション科、皮膚科 協力内容：訪問診療 (月2回)、病床確保 費用負担：実費相当額 ホームから医療機関までの距離：1.7km |
| 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 | あじさい歯科 |
| | 所在地 | 東京都八王子市散田町5-25-13 1F |
| | 協力の内容 | 歯科往診：歯科診療・歯科検診 |

| 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 |
| 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 | あり(I) |
| 介護職員等処遇改善加算 | あり(I) |
| 入居継続支援加算 | あり(I) |
| 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 |
| ADL維持等加算 | なし |
| 科学的介護推進体制加算 | なし |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | あり |
| 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 | なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | 可 |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | あり |
| 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 | 報告書で代替 |
| 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 | 入居時自立又は要支援又は要介護 |
| | 医療的ケア | インスリン、ストマ対応可、その他は応相談 |
| | 認知症 | 共同生活が営める方 |
| | その他 | 応相談 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人を1人定めていただきます。 身元引受人は債務について、入居者と連携して履行の責を負うこととなります。また、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 6泊7日まで |
| | 利用料金 | 1泊2日3食 5,500円 (宿泊費・介護サービス料込・食費込) |
| | その他 | 1回限り |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中においても、施設の利用権を保有します。 入院中の家賃相当額及び管理費は入居者負担となります。 | |
| 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 | 管理者 |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 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 | 緊急やむを得ず身体拘束等を行なう場合には、カンファレンスを行い3要件(切迫性・非代替性、一時性)が全て満たされているかを確認、リスクの共有を行ないその態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、入居者又はその家族等に説明を行います。実施後については適宜再検討及びカンファレンスを行い身体拘束廃止を目指します。 |
| 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 1 回) |
| | 定期的な訓練の実施 | (年 1 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>以下の場合には弁明の機会を設けたのち、90日の催告期間において契約を解除する場合があります。</p> <p>解除の催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と協議し、移転先の確保に協力します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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無く、3ヶ月遅滞するとき 3、長期不在に関する届出を行わずに6ヶ月以上不在にしたとき 4、介護付有料老人ホーム契約書第19条の規定に違反したとき 5、入居者の行動が、他の入居者又は職員に危害を及ぼし、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等ではこれを防止することができないとき <p>上記5については、医師の意見を聴き、2週間の観察期間をおきます。</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 | 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 | 判断基準・手続 | 居室移動は原則ありませんが、適切な介護サービス提供に支障をきたす場合、又はその恐れがある場合は一定期間の観察を行ない、医師の意見を聞き、ご入居者及び身元引受人の同意の上で、居室を変更していただく場合があります。 |
| | 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 あずみグランデ青梅等 | | | | | | |
| 判断基準・手続 | 入居者の希望により当社の運営する他の有料老人ホームへ住み替えを希望される場合、住み替え先の有料老人ホームに空きがある場合可能となります。入居者は事業者に対して30日以上前に事業者の定める解約届により本契約を解約後、住み替え先の有料老人ホームと新たな契約手続きが必要となります。 | | | | | | | |
| 利用料金の変更 | 月額利用料等については充当できず、住み替え先有料老人ホームの料金が適用となります。 | | | | | | | |
| 前払金の調整 | お支払いいただいた償却済前払金を住み替え先有料老人ホームの前払金に充当することができます。 | | | | | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | 居室面積や便所の有無等、変更となる場合がございます。 | | | | | | | |
| 苦情対応窓口 | | | | | | | | |
| 窓口の名称1 | あずみ苑グランデ平沢 | | | | | | | |
| 電話番号 | 042-532-8157 | | | | | | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:30 (日曜日~土曜日) | | | | | | | |
| 窓口の名称2 | 株式会社レオパレス21 | | | | | | | |
| 電話番号 | 03-5350-0124 | | | | | | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月曜日~金曜日) | | | | | | | |
| 窓口の名称3 | あきる野市役所 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係 | | | | | | | |
| 電話番号 | 042-558-1969 | | | | | | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:15 (月曜日~土曜日) | | | | | | | |
| 窓口の名称4 | 東京都福祉保健局 高齢社会対策部 施設支援課 | | | | | | | |
| 電話番号 | 03-5320-4264 | | | | | | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日) | | | | | | | |
| 窓口の名称5 | 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 (月曜日~金曜日) | | | | | | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損害株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 | | | | | | | |
| 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： | 89.0 歳 | 入居者数合計： | 11 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 | | | | | 1 | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 |
| 85歳以上 | | 1 | | | 3 | 1 | 1 | |
| 合計 | 0 | 2 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 |
| 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 | | 2 | 7 | 1 | 1 | | 11 | |
| 男女別入居者数 | 男性： | | 3 人 | 女性： | | 8 人 | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 61 % （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 | 3 | 医療機関への入院 | 3 |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 2 |
| 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 | 8 |

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) | | | | |
|--------|------------|----------|--------|---------|------|--------|--------|
| | | | 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| プランA | 3,600,000円 | 181,100円 | 0 | 121,000 | 0 | 50,100 | 10,000 |
| プランB | 2,400,000円 | 206,100円 | 25,000 | 121,000 | 0 | 50,100 | 10,000 |
| プランC | 1,200,000円 | 231,100円 | 50,000 | 121,000 | 0 | 50,100 | 10,000 |
| | | 0円 | | | | | |

| | | |
|-----------|------|--|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | <p>月額単価（75,000円又は50,000円又は25,000円）×想定居住期間（48月）により算出 【プランA】 75,000円×48ヶ月＝3,600,000円 【プランB】 50,000円×48ヶ月＝2,400,000円 【プランC】 25,000円×48ヶ月＝1,200,000円</p> <p>（月額単価の説明） 家賃相当額の一部</p> <p>（想定居住期間の説明） 入居者の平均居住期間及び厚生労働省「簡易生命表」等を勘案し、48ヶ月と設定</p> |
| | 家賃 | 近傍同種の家賃相当額と比較して75,000円と設定。このうちプランAは75,000円、プランBは50,000円、プランCは25,000円を前払金として受領し、それぞれの残金について月払いで受領 |
| | 管理費 | 事務管理部門の人件費・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、共用施設等の維持管理費 |
| | 介護費用 | 重要事項説明書添付の「介護等サービスの一覧表」を参照 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | <p>朝食 250円・昼食 820円・夕食 600円 間食 0円 1日当たり 1,670円 × 30日で積算 厨房管理運営費 ー円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて）</p> <p>前日15:00までに事務所に申し出があった場合は、食費はいただきません。 前日15:00を過ぎた場合は、料金が発生します。</p> |

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| 光熱水費 | 10,000円 | | |
| 短期利用 | 1日当たり | 4,670 | 円 |
| | 利用料の算出方法 | (内訳) 家賃相当額 : 2,000円、管理費 : 700円、食費 : 1,670円、水光熱費 : 300円 | |
| 前払金の取扱い | | | |
| 支払日・支払方法 | 入居前日までに当社指定口座に振込みをいただきます。 | | |
| 償却開始日 | 現実の入居日 | | |
| 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 | 次の計算式に基づき計算し、求められた額を返還します。 前払金 ÷ 前払金償却期間の日数 × (前払金償却期間の全日数 - 実際の退去日までの日数(初日参入)) | | |
| 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 | | |
| | 前払金を全額返還した上で、次の計算式に基づき計算し、求められた額をお支払いいただきます。 ① 前払金 ÷ 前払金償却期間の月数 ÷ 30 ② ① × 滞在期間(初日参入) | | |
| 返還期限 | 契約終了日から 90日以内 | | |
| 保全措置 | あり 保全先 : 株式会社りそな銀行 | | |
| その他留意事項 | 領収書につきましては、原則として発行いたしません。但し、入居者より申し出があった場合は発行いたします。 | | |
| 月額利用料の取扱い | | | |
| 支払日・支払方法 | 支払日 : 利用月の翌月28日 支払い方法 : 口座振替 | | |
| その他留意事項 | なし | | |

(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 | 62,428 | 6,243 |
| 要支援2 | 106,663 | 10,667 |
| 要介護1 | 184,515 | 18,452 |
| 要介護2 | 207,150 | 20,715 |
| 要介護3 | 231,164 | 23,117 |
| 要介護4 | 253,109 | 25,311 |
| 要介護5 | 276,778 | 27,678 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|----------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | なし | |
| 夜間看護体制加算 | なし | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | なし | 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 | 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 | 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 | なし | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算 | あり(I) | |

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

- ①費用の改定にあたっては、施設が所存する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いた上で改定するものとします。
- ②入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等と書面にて合意するものとします。

【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

プランA

単位：円

| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
|--------|----|-----------|---------|
| 0 | 0 | 3,600,000 | 181,100 |

※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 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 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 | 公開していない | その他開示情報 | - |
|---------|---------|---------|---|

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に○(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○ | ※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外 |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○ | | ○ 3回 | |
| 巡回 夜間 | ○ | | ○ 2時間毎 | |
| 食事介助 | | | ■ 必要時 | |
| 排泄介助 | | | ■ 必要時 | |
| おむつ交換 | | | ■ 必要時 | |
| おむつ代 | | リハビリパンツ84円、テープ式73円、フラット式52円、尿取りパット52円 | 実費 | リハビリパンツ84円、テープ式73円、フラット式52円、尿取りパット52円 |
| 入浴(一般浴)介助 | ○ | | ○ 3回/週 | ○ 規定回数以上1回:524円 |
| 清拭 | ○ | | ○ ※入浴ができない場合 | ○ 規定回数以上1回:524円 ※入浴ができない場合 |
| 特浴介助 | ○ | | ○ 3回/週 | ○ 規定回数以上1回:1571円 |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | | | ■ 2時間毎 | |
| ・居室からの移動 | | | ■ 必要時 | |
| ・衣類の着脱 | | | ■ 必要時 | |
| ・身だしなみ介助 | | | ■ 必要時 | |
| 口腔衛生管理 | | | | |
| 機能訓練 | | | ■ 15～45分/日 | |
| 通院介助 (協力医療機関) | ○ | | ○ 必要時 | |
| 通院介助 (上記以外) | | 片道:1,571円 往復:2,619円 | | ○ 必要時 片道:1571円 往復:2619円 |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ 希望時 | |
| オンコール対応 | ○ | | ○ 希望時 | |

| 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に○(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○ | ※短期利用特定施設入居者生活介護は該当外 |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○ | | ○ 毎日 | |
| リネン交換 | ○ | | ○ 1回/週 | |
| 日常の洗濯 | | 1回:272円 | ■ 2回/週 | |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ○ 必要時 | |
| 嗜好に応じた特別食 | | | | ○ 希望時 1食:52円加算 |
| おやつ | ○ | | ○ 1日/1回 | |
| 理美容 | | | | ○ 希望時 実費 |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○ | | ○ 1回/週 | |
| 買物代行(上記以外の区域) | | 1回:1,571円 | | ○ 希望時 1回:1571円 |
| 役所手続き代行 | | 1回:1,571円(あきるの市のみ) | | ○ 希望時 1回:1571円(あきるの市のみ) |
| 金銭管理サービス | | | 希望者のみ | |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | 実費 (年に2回健康診断を行う機会を提供します。) | | ○ 実費 (年に2回健康診断を行う機会を提供します) |
| 健康相談 | ○ | | ○ 1回/週 | |
| 生活指導・栄養指導 | ○ | | ○ 1回/日 | |
| 服薬支援 | ○ | | ○ 必要時 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | ○ | | ○ 毎日 | |
| 医師の訪問診療 | | 医療保険の自己負担 | | 2週/1回 医療保険の自己負担 |
| 医師の往診 | | 医療保険の自己負担 | | 希望時 医療保険の自己負担 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | | なし | なし |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | ○ | | ○ | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 片道:1,571円 往復:2,619円 (あきる野市、福生市、羽村市、日の出町の医療機関) 職員追加添乗1名につき(2名体制～)1,571円 | | ○ 片道:1,571円 往復:2,619円 (あきる野市、福生市、羽村市、日の出町の医療機関) 職員追加添乗1名につき(2名体制～)1,571円 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | 1回:524円 | | ○ 必要時 1回:524円 |
| 入院中の見舞い訪問 | | | ○ 必要時 | |
| <その他サービス> | | | | |
| レクリエーション・行事 | | | | ○ 材料費等 実費 |

施設名:あずみ苑グランデ平沢

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:株式会社りそな銀行 |
| 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。