

※文中、画像中の「東京都福祉保健局」は「東京都福祉局」と読み替えてください。

ステップ
4-2

重要事項説明書を確認しましょう

東京都福祉保健局のホームページでは、東京都内にあるホームの重要事項説明書(※)を公表しています。

(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisetu/yuuryou/jyuuyoujiku/index.html>)

➡ (<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisetu/yuuryou/jyuuyoujiku/index.html>)

東京都福祉保健局
Bureau of Social Welfare and Public Health

高齢者

東京都有料老人ホーム重要事項説明書一覧

施設名をクリックすると「重要事項説明書」(PDFファイル)がご覧いただけます。
重要事項説明書は東京都に提出されているものを掲載しておりますが、最新のものは各施設に
コードは毎月作成している有料老人ホーム一覧と同じ番号となっております。合わせて施設選

施設をお探しの方へ

準備中の施設につきましても、随時更新を予定しております。

PDFファイルを見るためには、Adobe Readerというソフトが必要です。Adobe Readerは無料で配布されていますので、下記のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

施設名をクリックすると、そのホームの重要事項説明書を見ることができます。

いつの時点の重要事項説明書かを確認しましょう。
※最新のものは、ホームに問い合わせで手に入れましょう。

| コード | 施設名称 | 設置者 | 重要事項説明書情報 |
|-----|----------------------------|---------|------------|
| 〇〇 | 有料老人ホーム〇〇 | 株式会社〇〇〇 | H28.4.1 現在 |
| △△ | △△△有料老人ホーム | △△△株式会社 | H28.4.1 現在 |

次のページから、重要事項説明書の見方を説明していきます。ステップ4-1のチェックリストと、気になったいくつかのホームの重要事項説明書を実際に見ながら、それぞれのホームで何が違うのかを見比べ、自分の希望に合うホームをさらに絞っていきましょう。

※重要事項説明書の様式は都道府県・政令指定都市・中核市がそれぞれの自治体の指針で定めているため、自治体ごとに若干異なっています。東京都外にあるホームと比較検討する場合はご注意ください。

【重要事項説明書の見方のポイント】

※ここで示している様式の記入内容は参考例です。それぞれのホームで内容が異なりますので、ホームの重要事項説明書で分からない部分があれば、ホームに問い合わせてみましょう。

別紙様式 基準日 平成28年4月1日 現在

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 施設名 | 有料老人ホーム〇〇〇 |
| 定員・室数 | 50人・50室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|------------|------------------|
| 類型 | 介護付（一般型） |
| 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 | 2：1以上 |

1 事業主体

| | | | |
|------------|--------------------------|--------------|--------|
| 法人等の種別 | 営利法人 | | |
| 名称 | フリムナ | カブシキカイシャ | 〇〇〇 |
| 名称 | 株式会社〇〇〇 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒××××-×××× 東京都新宿区西新宿×××× | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| | ファックス番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| ホームページ | http:// | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 △△△ |
| 設立年月日 | 平成12年4月1日 | | |
| 主な事業等 | 介護保険法に基づく訪問介護事業 | | |

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 |
|------------------------------|-----|---------------|
| <居室サービス> | | |
| 訪問介護 | 1 | △△△訪問介護ステーション |
| 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 | 2 | △△△ホーム |
| 福祉用具貸与 | 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 | △△△ホーム |
| 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 | |
| 介護予防地域密着型通所介護 | 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 | |

③ホームの概要についての情報
ホームの所在地、連絡先、開設年月日、交通手段などが確認できます。

④ホームの建物・設備の情報
ホームの面積、居室、共用設備などが確認できます。

①ホームの類型・表示事項の情報
権利形態、支払方式、入居時要件などを確認できます。
<ポイント>
介護付か住宅型かは類型欄で確認しましょう。

②ホームの運営事業者の情報
運営法人の名称、法人所在地などを確認できます。
<ポイント>
都内で実施するその他介護保険サービスも確認できます。

2 事業所概要

| | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| 名称 | フリムナ | ユウレイカウデンホーム〇〇〇 |
| 名称 | 有料老人ホーム〇〇〇 | |
| 所在地 | 〒××××-×××× | 東京都新宿区西新宿×××× |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| | ファックス番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| ホームページ | http:// | |
| 介護保険事業所番号 | 第×××××号 | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 氏名 △△△ |
| 事業開始年月日 | 平成18年4月1日 | |
| 届出年月日 | 平成17年6月15日 | |
| 届出上の開設年月日 | 平成18年4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4月1日 |
| | 指定の有効期間 | 平成30年3月31日まで |
| 介護予防 | 新規指定年月日（初回） | 平成18年4月1日 |
| 特定施設入居者生活介護 | 指定の有効期間 | 平成30年3月31日まで |
| 事業所へのアクセス | 都営大江戸線「都庁前」駅から徒歩5分（400m） | |
| 施設・設備等の状況 | | |
| 敷地 | 権利形態 | — 抵当権 なし |
| | 面積 | 2,000㎡ |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 抵当権 なし |
| | 延床面積 | 2,500㎡ うち有料老人ホーム分 2,500㎡ |
| 階数 | 竣工日 | 平成18年2月15日 |
| | 地上 | 3階 地下 0階 |
| 併設施設等 | 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 児童福祉施設等 |
| 併設施設等 なし（ ） | | |
| 賃貸借契約の概要 | | |
| 居室 | 契約期間 | 平成18年4月1日 ~ 平成18年3月31日 |
| | 建物 | 自動更新 あり |
| | 階 | 定員 室数 面積 |
| | 1階 | 1人 10 22.5㎡ ~ 26㎡ |
| 2階 | 1人 20 22.5㎡ ~ 26㎡ | |
| 3階 | 1人 20 22.5㎡ ~ 26㎡ | |
| 一時介護室 | 階 | 定員 室数 面積 |
| 便所 | 居室 | 全室設置 共同便所 4箇所（男女共用） |
| 浴室 | 居室 | 設置なし 共同浴室 個浴：3 大浴槽：1 機械浴：1 |
| 食堂 | 併設施設との共用 | なし（ ） |
| | 兼用 | あり（機能訓練室） |
| 併設施設との共用 | なし（相談室、理美容室、健康管理室） | |
| その他の共用施設 | あり（ ） | |
| 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 | | | | | 1人 | 1.0 | | |
| 生活相談員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | | |
| 看護職員：直接雇用 | 3 | | 1 | | | 4人 | 3.5 | 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 | 15 | | | 5 | | 20人 | 18.4 | | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | | 2人 | 1.5 | 看護職員兼務 | |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | | |
| 栄養士 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | | |
| 調理員 | 4 | | | 3 | | 7人 | 5.0 | | |
| 事務員 | 1 | | | 1 | | 2人 | 1.2 | | |
| 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 | | | 1 | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 8 | | | 4 | | | | | |
| 介護支援専門員 | 2 | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | | | | | |
| 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 | 1 | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | 1 | | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | |
| 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～6時0分 | | | | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | 介護職員 3人以上 | 看護職員 0人以上 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

⑤職員体制についての情報
 職種ごとの職員数、保有資格などが確認できます。
<ポイント>
 常勤換算人数も忘れずに確認しましょう。

<常勤換算方法について>
 常勤換算方法とは、常勤専従の職員を1人と数え、非常勤職員など、各職員の勤務時間が常勤専従職員何人分になるかを数値で表したものです。各職員の勤務時間を常勤専従職員の勤務時間で割ることで求められます。
 人員基準は、この常勤換算方法で表されているものも多いので、確認しましょう。

(例)常勤専従の介護職員の勤務時間が週40時間の場合の計算方法
 ○常勤専従介護職員15人→常勤換算15人…①
 ○非常勤専従介護職員5人
 ・週32時間勤務3人
 (32時間÷40時間)×3人=常勤換算2.4人…②
 ・週20時間勤務2人
 (20時間÷40時間)×2人=常勤換算1人…③
 ●介護職員の常勤換算人数
 ①+②+③=15人+2.4人+1人=18.4人

⑥夜間職員体制の情報
 夜間帯の職員体制が確認できます。
<ポイント>
 24時間看護職員を配置しているホームもあります。

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 | |
|-----------|----|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|
| | | 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 | 3 | | | | |
| 1年以上3年未満 | 1 | | | 4 | 2 | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | 1 | | | 4 | | | | 1 | |
| 5年以上10年未満 | 2 | | | 5 | | 1 | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | |
| 合計 | | 4 | 0 | 15 | 5 | 1 | 0 | 2 | |

⑦安否確認・医療的ケアについての情報
 安否確認の方法や施設で対応できる医療的ケアの内容が確認できます。
<ポイント>
 どのような医療的ケアであればホーム内で対応可能か確認しましょう。

⑧医療機関との連携情報
 協力医療機関の名称、協力内容が確認できます。
<ポイント>
 診療科目や緊急時の対応可否を確認しましょう。

4 サービスの内容

| 提供するサービス | | 提供状況 |
|-----------------------|--|--------|
| 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
 日中は3時間毎、夜間は2時間毎に介護職員が巡回を行います。モニタは玄関及びエレベーター内の共用部のみ設置しております。

施設で対応できる医療的ケアの内容
 施設の看護師により、在宅酸素の管理・経管栄養対応を行います。

医療機関との連携・協力

| 名称 | 所在地 | 協力の内容 |
|-----------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療法人社団〇〇会 〇〇病院 | 東京都新宿区××× | 通院・入院による治療の実施、24時間緊急時の優先受入れ、年2回の健康診断の実施 【診療科目】 内科・外科・整形外科・リハビリテーション科 【費用負担】 医療保険の自己負担分 【対象者】 申込み不要 【ホームからの距離】 1km |
| 医療法人社団〇〇会 〇〇デンタルクリニック | 東京都新宿区××× | 訪問歯科診療の実施 【診療科目】 歯科 【費用負担】 医療保険の自己負担分 【対象者】 事前申込み 【ホームからの距離】 1km |

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 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 | 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(Ⅱ) |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(Ⅰ) |
| 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 4 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 | 65歳以上の方 |
| | 要介護度 | 自立・要支援・要介護 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 医療的ケア | 在宅酸素、経管栄養 |
| | 認知症 | 複数入居者による共同生活を営むことに支自傷又は、他人へ危害を加える恐れがない |
| 体験入居 | 原則として1名以上の身元引受人を定めていただきます | |
| | 身元引受人は本契約に基づく入居者の債務について連帯者の身柄の引き受け又は残置財産の引き取り等に責任を※その他詳細は入居契約書××条を参照 | |
| 入院時の契約の取扱い | 原則として7泊8日まで | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 利用料金 | 8,000円/1泊2日(宿泊費・食費・衣) |
| | その他 | |
| 事業者からの契約解除 | 原則として身体拘束は行いませんが、入居者の生命又は | |
| | 1. 虚偽等不正な手段により入居したとき 2. 月額の利用料その他の支払いを3か月分滞納したと 3. 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の身体・生及ぼし、又は、危害の切迫した恐れがあり、かつつける通常の介護方法及び接遇方法で防止することが※その他詳細は入居契約書××条を参照 | |

⑨入居時要件の情報

入居者・身元引受人の要件などが確認できます。

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------|
| 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 | 入居者又は、ご家族より居室変更の希望があった場合、希望する居室に移ることが可能です。 |
| 利用料金の変更 | 変更なし |
| 前払金の調整 | 変更なし |
| 従前居室との仕様の変更 | 居室面積が変更となる可能性があります。 |
| 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 | 有料老人ホーム〇〇〇 施設長又は生活相談員 |
| 電話番号 | 03-xxxxxx-xxxxxx |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (土・日・祝日除く) |
| 窓口の名称2 | 株式会社〇〇〇 お客様相談室 |
| 電話番号 | 03-xxxxxx-xxxxxx |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (全日) |
| 窓口の名称3 | 東京都福祉保健局施設支援課施設運営調整担当 |
| 電話番号 | 03-5320-4537 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:45 (土・日・祝日・年末年始除く) |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称: (公社)全国有料老人ホーム協会「有料老人ホーム賠償責任保険」 |
| 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組 | あり |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | あり 結果の公表 とうきょう福祉ナビゲーション |
| 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 |

⑩入居後の居室移動についての情報
状況により居室変更になる際の判断基準、手続、費用などが確認できます。

⑪入居・退去状況についての情報
現入居者の人数、年齢帯、要介護度や退去者の人数とその理由などが確認できます。

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------|----------|-----------|--------------|--------------|------|------|------|
| 5 入居者 | | | | | | | | | |
| 介護度別・年齢別入居者数 | | | | | 平均年齢: 82.0 歳 | 入居者数合計: 45 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 | | 3 | 2 | | | 2 | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | 2 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 |
| 85歳以上 | | | | | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| 合計 | | 3 | 4 | 4 | 8 | 9 | 5 | 6 | 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 | 3 | 6 | 24 | 12 | | | 45 | | |
| 男女別入居者数 | 男性: 17 人 | | 女性: 28 人 | | | | | | |
| 入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) | 90 % (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 | 2 | 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 | 2 | 医療機関への入院 | | | | | 1 | | |
| 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 | 2 | 退去者数合計 | | | | | 11 | | |

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 | | 円 |
| 金額 | | | 円 ※退去 |
| 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 | 家賃 管理費 介護費用 食費 光熱水費 |
| 前払金プラン | 7,200,000 | 180,000円 | 80,000 50,000 0 50,000 0 |
| 前払金 | 月額単価 (50,000円) × 想定居住期間 (144か月) により算出 (月額単価の説明) 家賃相当額については、建物賃貸料・設備費・修繕費を基礎とし、近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として130,000円と算出し、その内50,000円を前払金(想定居住期間の説明) | | |
| 家賃 | 平成××年簡易生命表(厚生労働省発表)から入居時年齢及び男性継続率が50%を下回る期間とします。 | | |
| 管理費 | 家賃相当額については、建物賃貸料・設備費・修繕費を基礎とし、較して妥当な額として130,000円と算出し、その内50,000円を前払金とします。 | | |
| 介護費用 | 共用施設設備の維持管理費、事務管理・人件費、光熱水費として算出の方法及び、要介護認定が未認定の方は生活サポート費として、 ※介護保険サービス | | |
| 食費 | 朝食 300円・昼食 400円・夕食 500円 1日あたり 1,300円 × 30日で積算 厨房管理運営費 11,000円 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 前日正午までにキャンセルの申込みがあった場合には、食材費を返 | | |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 | | |

⑫利用料金の情報

前払金、月額利用料やその算定根拠などが確認できます。
<ポイント>
 前払金は何の対価として支払うものか十分確認しましょう。

⑬前払金の返還についての情報

前払金の返還対象としない額や返還金の算定式が確認できます。
<ポイント>
 前払金のうち一定額を返還対象としないホームもありますので、十分注意が必要です。

前払金の取扱い

| | |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 10万円を契約締結日までに入金し、残金を入居日までに入金してください。 |
| 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 | 返還金 = 前払金 ÷ (入居日から償却期間満了日までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数) |
| 期間 | 3か月 起算日：入居した日 |
| 短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式 | 入居日から3か月以内に解約の申し出がされた場合又は、死亡による契約終了の場合、目的施設の利用料の対価として利用期間に係る利用料を支払うことで契約を終了することができます。 ● 1日あたりの利用料 = 前払金 ÷ 想定居住期間 [144か月] ÷ 30日 ○ 返還金の算定方式 = 前払金 - 1日あたりの利用料 × 利用日数 |
| 返還期限 | 契約終了日から 60日以内 |
| 保全措置 | あり 保全先：(公社)全国有料老人ホーム協会「入居者生活保証制度」 |
| その他留意事項 | |

月額利用料の取扱い

| | |
|----------|-------------------------|
| 支払日・支払方法 | 当月分を前月25日までに支払っていただきます。 |
| その他留意事項 | |

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 c=(a+b)×d | 総単位数 e=a+b+c | 介護報酬 f=e×地域別単価 | 自己負担額 g=f×0.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援1 | 5,370 | 260 | 343 | 5,973 | 65,105円 | 6,511円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 23,940 | 560 | 1,495 | 25,995 | 283,345円 | 28,335円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th>加算の種類</th> <th>単位・割合</th> <th>算定</th> <th>備考</th> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>0/日</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>10/日</td> <td>あり</td> <td>要介護のみ</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>-</td> <td>なし</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>80/月</td> <td>あり</td> <td>対象者のみ</td> </tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算</td> <td>0/日</td> <td>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td>6/日</td> <td>あり(Ⅱ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員処遇改善加算</td> <td>6.10%</td> <td>あり(Ⅰ)</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | 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 | 10/日 | 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 | 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(Ⅱ) | | 介護職員処遇改善加算 | 6.10% | あり(Ⅰ) | |
| 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 | 10/日 | 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 | 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(Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算 | 6.10% | あり(Ⅰ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当ホームの地域別単価は10.9です。(新宿区) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 利用者の個別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 | 事業者は料金改定にあたっては、目的施設の所在する地方自治体が発表する消費者物価指数を勘案し、運営懇談会の意見を聞いたうえで改定することとします。 |

【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 | 前払金プラン(要支援・要介護) | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 7,200,000 | 180,000 |

※利用者の個別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 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |
| 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。 | 説明年月日 平成×年×月×日 |
| 署名 | 印 |
| 氏名 | 印 |

⑭短期解約特例・保全措置の情報
 3か月以内に退去した場合の返還金の算定方式や保全措置方法などが確認できます。
<ポイント>
 前払金があるホームは必ず短期解約特例を設ける必要があります。

⑮介護保険自己負担額の情報
 介護付有料老人ホームの場合、要介護度に応じた介護保険自己負担額の目安が確認できます。
<ポイント>
 ホームの所在地や加算の対象者によって金額が変動することがあります。

⑯署名・捺印欄
 入居契約の前に、説明者と説明を受けた者の署名を行うことが義務付けられています。

介護サービス等の一覧表（参考様式）

重要事項説明書 別紙

| 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 | ○(3時間毎に実施) | | ■(3時間毎に実施) | |
| 巡回 夜間 | ○(2時間毎に実施) | | ■(2時間毎に実施) | |
| 食事介助 | — | | ■ | |
| 排泄介助 | — | | ■ | |
| おむつ交換 | — | | ■ | |
| おむつ代 | — | 実費負担 | — | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助 | ○(3回/週) | | ■(5回/週) | 週4回以上は1,575円/1回 |
| 清拭 | — | | ■(入浴できない場合) | |
| 特浴介助 | — | | ■(3回/週) | |
| 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) | — | 1,050円/時間 | — | 1,050円/時間 |
| 緊急時対応 | ○(24時間対応) | | ■(24時間対応) | |
| 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 | ○(3回/週) | | ■(3回/週) | |
| リネン交換 | ○(1回/週) | | ■(1回/週) | |
| 日常の洗濯 | ○(2回/週) | | ■(2回/週) | |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ○ | |
| 嗜好に応じた特別食 | — | 実費負担 | — | |
| おやつ | ○ | | ○ | |
| 理美容 | — | 実費負担(1回/月) | — | |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○(1回/週) | | ○(1回/週) | |
| 買物代行(上記以外の区域) | — | 1,050円/時間 | — | |
| 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 | — | 実費負担(2回/年) | ○(2回/年) | |
| 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 | — | 医療費は実費負担 | — | |
| 医師の往診 | — | 医療費は実費負担 | — | |
| <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) | — | 1,050円/時間 | — | |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ○(1回/週) | | ○(1回/週) | |
| 入院中の見舞い訪問 | ○(1回/週) | | ○(1回/週) | |
| <その他サービス> | | | | |

⑰介護サービス内容の情報

支払う費用に対してどのようなサービスが提供されるのかなどが確認できます。

<ポイント>

追加費用の発生があるのか、希望のサービスごとに確認することが大切です。

⑱東京都指針との適合状況の情報

東京都の指針に適合しているか確認できます。

<ポイント>

前払金のうち初期償却がある場合、東京都の指針に適合していません。

施設名: 有料老人ホーム○○○

基準日: 平成28年4月1日

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 【取容人員(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と決められているか。 | ○ 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:(公社)全国有料老人ホーム協会「入居者生活保証制度」 |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却の場合のみ「過」にする。) | ○ 適合 ● 不適合 ■ 非該当 | 初期償却率: 0% |
| 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。