

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 施設名 | ファミニュー石神井 | | |
| 定員・室数 | 58人・58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 | 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 | 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 | 2.5:1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 | メディカル・ケア・サービス株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 330-6029 | 埼玉県さいたま市中央区新都心11番地2 ランド・アクシス・タワー29階 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 048-711-6760 | |
| | ファックス番号 | 028-852-1727 | |
| ホームページ | http://www.mcsg.co.jp | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 山本 教雄 |
| 設 立 年 月 日 | 平成11年11月24日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護 居宅介護支援 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 | 愛の家訪問看護ステーション国分寺本多 | 国分寺市本多2-15-15 |
| 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 | 3 | ファミニュー石神井 ファミニュー大森南 ファミニューすみだ文花 | 練馬区関町東1-1-5 大田区大森南3-10-4 墨田区文花3-8-2 |
| 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 | 5 | 愛の家小規模多機能型居宅介護 中野上高田 愛の家小規模多機能型居宅介護 練馬西大泉 愛の家小規模多機能型居宅介護 小平上水南 愛の家小規模多機能型居宅介護 板橋高島平 愛の家小規模多機能型居宅介護 板橋小茂根 | 中野区上高田1-2-45 練馬区西大泉2-17-20 小平市上水南町2-3-20 板橋区高島平4-13-15 板橋区小茂根4-20-6 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 26 | 愛の家グループホーム西尾久 愛の家グループホーム桜新町 愛の家グループホーム板橋徳丸 愛の家グループホーム練馬早宮 愛の家グループホーム小平仲町 愛の家グループホーム八王子式分方 愛の家グループホーム足立加平 愛の家グループホーム葛飾奥戸 愛の家グループホーム練馬西大泉 愛の家グループホーム西東京中町 愛の家グループホーム中野上高田 愛の家グループホーム調布国領町 愛の家グループホーム小平上水南 愛の家グループホーム荒川南千住 愛の家グループホーム足立堀之内 愛の家グループホーム葛飾青戸 愛の家グループホーム町田相原 愛の家グループホーム中野弥生町 愛の家グループホーム大田久が原 愛の家グループホーム大田大森西 愛の家グループホーム板橋高島平 愛の家グループホーム日野万願寺 愛の家グループホーム国分寺本多 愛の家グループホーム葛飾西亀有 愛の家グループホーム江戸川鹿骨 愛の家グループホーム板橋小茂根 | 荒川区西尾久5-27-9 世田谷区弦巻4-23-17 板橋区徳丸6-36-1 練馬区早宮4-14-7 小平市仲町327-1 八王子市式分方町4-27 足立区加平3-6-4 葛飾区奥戸5-16-2 練馬区西大泉2-17-20 西東京市中町6-5-12 中野区上高田1-2-45 調布市国領町7-57-1 小平市上水南町2-3-20 荒川区南千住1-23-11 足立区堀之内2-3-17 葛飾区青戸5-5-5 町田市相原町2839 中野区弥生町2-11-6 大田区久が原2-23-10 大田区大森西5-24-18 板橋区高島平4-13-5 日野市万願寺3-44-2 国分寺市本多2-15-15 葛飾区西亀有2-8-14 江戸川区鹿骨1-22-17 板橋区小茂根4-20-6 |

| | | | |
|------------------------|----|--|--|
| 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 | 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 | | |
| 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 | フリガナ | ファミニューシャクヱイ | | | |
| | 名称 | ファミニュー石神井 | | | |
| 所在地 | 〒 | 177-0052 | 東京都練馬区関町東1-1-5 | | |
| | 電話番号 | 03-5927-4165 | | | |
| 連絡先 | ファックス番号 | 03-5927-4170 | | | |
| | ホームページ | http://www.mcsg.co.jp | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1372006666号 | | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 橋本 剛明 | |
| 事業開始年月日 | 平成 21 年 5 月 1 日 | | | | |
| 届出年月日 | 平成 21 年 3 月 23 日 | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 21 年 5 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 21 年 5 月 1 日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 9 年 4 月 30 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 21 年 5 月 1 日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 9 年 4 月 30 日 まで | | | |
| 事業所へのアクセス | <ul style="list-style-type: none"> ・西武新宿線「上石神井」駅より徒歩13分（約1,000m） ・西武新宿線「武蔵関」駅より、関東バス「荻32系統『水道端』」バス停下車（約10分乗車）徒歩3分（約220m） ・JR中央線「吉祥寺」駅より西武バス「成増行き」にて『水道端』バス停下車（約10分乗車）徒歩3分（約220m） ・JR中央線「荻窪」駅より関東バス「武蔵関行き」にて『水道端』バス停下車（約15分乗車）徒歩3分（約220m） | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | あり | |
| | 面積 | 953.69 m ² | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 1890.38 m ² うち有料老人ホーム分 1890.69 m ² | | | |
| | 竣工日 | 平成 17 年 8 月 5 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 | 平成17年10月1日 ～ 令和17年9月30日 | | |
| | | 自動更新 | なし <small>定期借家契約 入居者との入居契約期間が当該借地・借家契約期間を超えることはありません。</small> | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | 1階 | 1人 | 13 | 16.08 m ² ～ 18.41 m ² |
| | 2階 | 1人 | 23 | 16.08 m ² ～ 18.41 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 22 | 16.08 m ² ～ 18.41 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 | （設置各自・費用負担各自） | | |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | （設置各自・費用負担各自） | | |
| | | | | | |
| 共同便所 | 3 箇所 | （男女共用） | | | |
| 共同浴室 | 個浴： | 3 | 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： | 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 | 3.8 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 10 | | | 7 | | 17人 | 20.7 | |
| 介護職員：派遣 | | | | 5 | | 5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 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 調理員 | | | | 7 | | 7人 | 4.0 | |
| 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 | 5 | | | 4 | |
| 実務者研修 | 3 | | | 2 | |
| 介護職員初任者研修 | 1 | | | 4 | |
| 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 | | | 2 | |

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 | | | | | |
| 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 30 分
 上記時間帯の職員配置数 介護職員 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 | | | 1.9 | 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 | | | 4 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | 1 | | | 6 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | 1 | 3 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | 1 | |
| 10年以上 | | | | 6 | 1 | 1 | | 1 | | | |
| 合計 | | 3 | 1 | 10 | 12 | 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 | あり |
| 定期的な安否確認の方法 | 緊急通報装置として、全居室のベッドサイド及びトイレ、共用トイレ、浴室にナースコール（押しボタン式）を設置します。介護職員による巡回は、次の基準で行います。 （昼：8：30～17：30／夜：17：30～8：30） ・自立、又は要支援1の方 昼：状態に応じて 夜：状態に応じて ・要支援2及び要介護1～2 昼：2回以上 夜：1回以上 ・要介護3～5 昼：3回以上 夜：2回以上 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 病气やけがの治療は、病院で受けて頂く事になり、医療制度で支給される以外の医療費は入居者のご負担となります。 【受け入れ可能な医療的ケア】 インシュリン・人工肛門（ストーマ）・在宅酸素・ペースメーカー・認知症 ※当該施設の看護師による血糖値管理、インシュリン注射、ストーマ管理、在宅酸素危機管理等の対応が可能です。（詳細につきましては別途ご相談ください。） 【事前相談が必要な医療的ケア】 胃瘻・尿道（バルン）カテーテル・褥瘡に関するケア ※当該施設の看護師による胃瘻、経管栄養、尿道カテーテルの管理、褥瘡の処置等の対応が可能です。（詳細につきましては、別途ご相談ください。） 【受け入れ不可能な医療的ケア】 IVH・気管切開・ALS（筋萎縮性側索硬化症）・人工透析等 ※上記におきましても、状況に応じて受け入れ可能な場合もございます。（詳細につきましては、別途ご相談ください。） |

| 医療機関との連携・協力 | | |
|-------------------|----------|--|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人誠光会 ひかりクリニック和光 |
| | 所在地 | 埼玉県和光市丸山台一丁目10番地20号M・Nビルディング5階 （施設からの距離 10km） |
| | 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 | 主に内科。月に2回以上の訪問診療の実施。24時間相談可能な体制が整備されています。必要に応じ提携先病院の確保及び緊急時の往診も行っています。また当施設の介護スタッフの研修も実施しています。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 大泉学園ふれあいクリニック |
| | 所在地 | 東京都練馬区大泉学園町6-19-38 |
| | 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 | 主に内科。月に2回以上の訪問診療の実施。24時間相談可能な体制が整備されています。必要に応じ提携先病院の確保及び緊急時の往診も行っています。また当施設の介護スタッフの研修も実施しています。 |
| 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 桜栄会 大塚デンタルオフィス |
| | 所在地 | 東京都豊島区北大塚1-11-15（当施設18Km） |
| | 協力の内容 | 歯科・口腔ケア 週1回の訪問歯科診療。緊急時の往診及び入院施設の紹介等。 当施設スタッフへの研修実施等も実施いただいています。 |

| 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(I) | |
| 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 | あり(I) | |
| 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(Ⅲ) | |
| 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 | あり | |
| 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 | あり(I) | |
| 生産性向上推進体制加算 | あり(I) | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | あり | |
| 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 | 原則、65歳以上(但し、65歳未満でも疾病等により入居可の場合あり) |
| | 要介護度 | 自立、要支援1・2、要介護1～5 |
| | 医療的ケア | 応相談 |
| | 認知症 | 応相談 |
| | その他 | なし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 連帯保証人は、入居者の事業者に対する債務の履行について、入居者と連帯して履行の責めを負います。また必要なときには事業者と協議の上、入居者の身柄の引き取り等をして頂きます。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 7泊8日まで |
| | 利用料金 | 1泊 5,400円(宿泊費・介護サービス料・食事代・税込) |
| | その他 | 特になし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中も契約は存続しますので、退院後は元の居室にお戻りいただけます(但し、当施設の受け入れ基準を上回る医療的ケアを要する場合は除きます) ※家賃相当・管理費・厨房管理運営費・水光熱費は入院中でも徴収いたします。 | |
| 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 12 回) | |
| | 定期的な研修の実施 (年 4 回) | |
| | 担当者の役職名 | 施設長 |
| 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 4 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 | なし |
| | 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 | なし |
| | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 当施設においては、利用契約書第10条に規定する場合を除き、入居者の身体を拘束することにより、入居者の行動の自由を奪うようなことはいたしません。また、入居者の転倒、転落、ずり落ち、あるいは入居者同士の事故防止についても、可能な限り、身体拘束以外の方法により対処するよう配慮いたします。なお、当施設において緊急やむを得ず身体拘束を行う際は、被拘束者となる入居者が不適切な扱いにより権利を侵害される状態や、生命、健康、生活が損なわれないような状態に置かれることのないよう慎重に対応いたします。また、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、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について記録を残します。そして、身体拘束が開始された後は、解決に向けた検討会議を開催し、これを漫然と続けたいための工夫、あるいは身体拘束に代わる介護方法の模索を計画的に進めるとともに、会議内容についての記録を残します。本人、ご家族、身元保証人の説明および同意を得て実施致します。 *メディカル・ケア・サービス株式会社では身体拘束および虐待の防止についての指針を定めるとともに『身体拘束の取扱いに関する要綱』に基づき、『身体拘束廃止推進委員会』を設置しています。 |
| 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 6 回) |
| | 定期的な訓練の実施 | (年 4 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 | 事業者は以下の場合、30日間の予告期間において(⑦を除く)契約を解除することがあります。 ①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正な手段により入居したとき。 ②入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することが困難なとき。 ③入院先の主治医の判断で、入院期間が30日を超えると判断された時点。または、入院期間が30日を超えた時点。 ④入居者、家族、連帯保証人、代理人からの一般常識を逸脱する申し出があり、通常の方法では解決できないとき。 ⑤月額利用料及び、その他の費用の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞したとき。 ⑥事業者との契約に定めた条項、管理規定、その他施設が定めた、諸規則に義務違反したとき。 ⑦入居者が反社会団体へ加入、加担等し、他の入居者はじめ施設関係者・近隣住民に対する威迫、その他不安・深井の念を抱かせる行為をしたとき。 | |

| 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 | 事業者が入居者に対して、より適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、別の居室に移動して頂くことがあります。 【手続き】 一、緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける 二、事業者の指定する医師の意見を聴く 三、連帯保証人等の意見を聴く 四、住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、専有面積の変更に伴う費用負担の増減について入居者、ご家族及び連帯保証人等に説明を行う。 五、入居者の同意を得る |
| 利用料金の変更 | なし |
| 前払金の調整 | なし |
| 従前居室との仕様の変更 | なし |
| 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 | ファミニュー石神井 窓口担当：施設長 |
| 電話番号 | 03-5927-4165 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月~日曜日) |
| 窓口の名称2 | メディカル・ケア・サービス株式会社 (本社) |
| 電話番号 | 0120-37-6582 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (休日：土日祝日、12/30~1/3) |
| 窓口の名称3 | 練馬区保険福祉サービス苦情調整委員事務局 |
| 電話番号 | 03 - 3993 - 1344 |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:15 (休日：土日祝日) |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：福祉事業賠償責任保険 (三井住友海上火災保険株式会社) |
| 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： 88.0 歳 入居者数合計： 48 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 2 1 2 3 |
| 85歳以上 | 1 8 5 9 5 7 |
| 合計 | 0 3 0 10 6 10 8 11 |
| 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 9 24 5 5 3 48 |
| 男女別入居者数 | 男性： 11 人 女性： 37 人 |
| 入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) | 83 % (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 |
| 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 | 2 医療機関への入院 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 死亡 17 |
| 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 | 1 退去者数合計 21 |

| 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 ※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 |
| プランなし | 0円 | 274,027円 | 115,000 | 64,831 | 0 | 70,710 | 23,486 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 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 | 入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の家賃相当費用 | | | | | |
| | 管理費 | 事務管理部門の人件費、施設共用備品・消耗品・建物の維持管理費 | | | | | |
| | 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。 | | | | | |
| 食費 | 朝食 253 円・昼食 393 円・夕食 382 円 間食 95 円 1日当たり 1,123 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 37,020 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) <small>・食事をキャンセルする場合は、3日以上前に事務所に申し出てください。 ・食事をキャンセルした場合の食材費は次月請求分から減額させていただきます。 ・入院された場合、食材費の返金はいたしません。 ・3日以上前にキャンセルを申し出た場合は、1日単位で食材費のみ返金し、厨房管理運営費は返金いたしません。 【例】 朝食・昼食・間食を欠食され、夕食を召し上がった場合は食材費の返金はございません。 朝食・昼食・間食・夕食を欠食された場合は1日分の食材費を返金いたします。</small> | | | | | | |
| 光熱水費 | 共用部分にかかわる1ヶ月の電気代及び水道代相当費用 ※専用居室電気料金別途 | | | | | | |
| 短期利用 | 1日当たり | 5,400 円 | 利用料の算出方法 | | | | |
| 前払金の取扱い | | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | なし | | | | | | |
| 償却開始日 | なし | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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 | 入居者の指定口座より毎月27日(金融機関休業日にあたる場合はその翌営業日)に引落会社による自動引落の方法にてお支払い頂きます。但し、引落手続き完了までは、入居者の費用負担により当施設指定口座にお振込みにてお支払頂きます。 | | | | | | |
| 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 | 59,841円 | 5,985円 |
| 要支援2 | 102,351円 | 10,236円 |
| 要介護1 | 177,234円 | 17,724円 |
| 要介護2 | 199,143円 | 19,915円 |
| 要介護3 | 222,033円 | 22,204円 |
| 要介護4 | 243,288円 | 24,329円 |
| 要介護5 | 265,851円 | 26,586円 |

| 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(I) | 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 | あり(I) | |
| サービス提供体制強化加算 | あり(I) | |
| 入居継続支援加算 | あり(I) | |
| 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 | あり | |
| 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 | あり(I) | |
| 生産性向上推進体制加算 | あり(I) | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | あり | 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(Ⅲ) | |

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

事業所は、料金の改定にあたっては、目的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聞いたうえ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 | プラン名なし

| 単位：円 | | | |
|--------|---------|-----|---------|
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 500,000 | 0 | 274,027 |

※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 | 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 | ■(状態に応じて) | — | ■(状態に応じて) | — |
| 巡回 夜間 | ■(状態に応じて) | — | ■(状態に応じて) | — |
| 食事介助 | — | — | — | — |
| 排泄介助 | — | — | — | — |
| おむつ交換 | — | — | — | — |
| おむつ代 | — | 実費徴収 | — | 実費徴収 |
| 入浴(一般浴)介助 | ■(状態に応じて) | — | ■(状態に応じて) | — |
| 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 | — | — | — | — |
| 口腔衛生管理 | ■(状態に応じて) | — | ■(状態に応じて) | — |
| 機能訓練 | — | — | — | — |
| 通院介助 (協力医療機関) | ■(施設対応) | — | ■(施設対応) | — |
| 通院介助 (上記以外) | ■(原則ご家族対応) | 左記以外、交通費相 当額と付添1名につき 1時間3,300円。 | ■(原則ご家族対応) | 左記以外、交通費相当額 と付添1名につき 1時間3,300円。 |
| 緊急時対応 | ■(適宜対応) | — | ■(適宜対応) | — |
| オンコール対応 | ■(ナースオンコール2 4時間対応) | — | ■(ナースオンコール2 4時間対応) | — |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ■(必要に応じて) | — | ■(必要に応じて) | — |
| 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) | 業者依頼分は実費 | ■(必要に応じて) | 業者依頼分は実費 |
| 居室配膳・下膳 | ■(原則食堂への配 膳) | — | ■(原則食堂への配 膳) | — |
| 嗜好に応じた特別食 | ■(原則食堂への配 膳) | — | ■(原則食堂への配 膳) | — |
| おやつ | ■(午後に1回) | — | ■(午後に1回) | — |
| 理美容 | — | 実費徴収 | — | 実費徴収 |
| 買物代行 | — | 左記以外、交通費相 当額と付添1名につき 1時間3,300円。 | — | 左記以外、交通費相当額 と付添1名につき 1時間3,300円。 |
| ネットショッピング等代行発注 | — | 10分につき550円 | — | 10分につき550円 |
| 役所手続き代行 | — | 1時間につき3,300円 | — | 1時間につき3,300円 |
| 金銭管理サービス | — | — | — | — |

| 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▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | - | 実費徴収(年2回予 定) | - | 実費徴収(年2回予定) |
| 健康相談 | ■(随時) | - | ■(随時) | - |
| 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 | - | 月2回以上。医療保険制 度で支給される以外の費 用は入居者負担。 | - | 月2回以上。医療保険制度 で支給される以外の費用は入 居者負担。 |
| 医師の往診 | - | 必要に応じて。医療保険 制度で支給される以外の 費用は入居者負担。 | - | 必要に応じて。医療保険制 度で支給される以外の費用は 入居者負担。 |
| <入退院時、入院中のサー ビス> | | | | |
| 移送サービス | 施設から病院への入院又は病院から 施設への退院時は施設にて対応い たします。しかし、病院から病院への 転院時の移送は原則ご家族対応。 | 病院から転院の場合交 通費相当額と付添1名に つき1時間3,300円 | 施設から病院への入院又は病院から 施設への退院時は施設にて対応い たします。しかし、病院から病院への 転院時の移送は原則ご家族対応。 | 病院から転院の場合交通費 相当額と付添1名につき1時 間3,300円 |
| 入退院時の同行(協力医療 機関) | - | | - | - |
| 入退院時の同行(上記以外) | ■(原則ご家族対応) | 左記以外、交通費相当額と 付添1名につき1時間3,300 円。 | ■(原則ご家族対応) | 左記以外、交通費相当額と付添 1名につき1時間3,300円。 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ■(原則ご家族対応) | 左記以外、交通費相当額と 付添1名につき1時間3,300 円。 | ■(原則ご家族対応) | 左記以外、交通費相当額と付添 1名につき1時間3,300円。 |
| 入院中の見舞い訪問 | - | - | - | - |

施設名:ファミニュー石神井

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 ○ | 火災通報装置は、最寄りの消防機関(石神井出張所)から歩行距離500m以下の場所にある為、設置免除とされています。 |
| 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 ○ | 年2回の健康診断を受ける機会を提供しています。 |
| 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: |
| 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。