

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |             |
|-------|-------------|
| 施設名   | 老人ホーム多摩境    |
| 定員・室数 | 78 人 ・ 78 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     | 専用型（要介護のみ）       |
| 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名             |
| 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 医療法人                    |                     |          |
|             | フリカ`ナ                          | イリョウハウジンシャダン アイユウカイ |          |
| 名 称         | 医療法人社団 愛友会                     |                     |          |
| 主たる事務所の所在地  | 〒                              | 252-0143            |          |
|             | 東京都八王子市鎌水2丁目175-9              |                     |          |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号                        | 042-773-8819        |          |
|             | ファックス番号                        | 042-773-0828        |          |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.nakahama-clinic.com |                     |          |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                            | 理事長                 | 氏名 中濱 昌夫 |
| 設 立 年 月 日   | 平成11年5月10日                     |                     |          |
| 主 な 事 業 等   | 医療・介護                          |                     |          |

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   | あいゆう訪問介護 | 町田市小山ヶ丘3-25-8 |
| 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 | 1   | 老人ホーム多摩境 | 町田市小山ヶ丘3-26-2 |
| 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            | 1  | 小規模多機能 なかまち          |  | 町田市中町1-28-20                              |
| 認知症対応型共同生活介護           | 3  | グループホームなかまち、小山ヶ丘、こびき |  | 町田市中町1-28-20、町田市小山町1570-1、八王子市小比企町1536-19 |
| 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                 |    |                      |  |   |
| ＜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        | 1  | 小規模多機能 なかまち          |  | 町田市中町1-28-20                              |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護       | 3  | グループホームなかまち、小山ヶ丘、こびき |  | 町田市中町1-28-20、町田市小山町1570-1、八王子市小比企町1536-19 |
| 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                  | フリカマナ                          | ロジックホームタマカイ        |               |       |
|                     | 名称                             | 老人ホーム多摩境           |               |       |
| 所在地                 | 〒                              | 194-0215           | 東京都小山ヶ丘3-26-2 |       |
|                     |                                |                    |               |       |
| 連絡先                 | 電話番号                           | 042-703-8048       |               |       |
|                     | ファックス番号                        | 042-703-8428       |               |       |
| ホームページ              | http://www.nakahama-clinic.com |                    |               |       |
| 介護保険事業所番号           | 第1373204666                    |                    |               |       |
| 管理者職氏名              | 役職名                            | 施設長                | 氏名            | 杉浦 好美 |
| 事業開始年月日             | 平成 25 年 6 月 1 日                |                    |               |       |
| 届出年月日               | 平成 24 年 10 月 3 日               |                    |               |       |
| 届出上の開設年月日           | 平成 25 年 6 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 25 年 6 月 1 日    |               |       |
|                     | 指定の有効期間                        | 令和 7 年 5 月 31 日 まで |               |       |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回）                    |                    |               |       |
|                     | 指定の有効期間                        | まで                 |               |       |
| 事業所へのアクセス           | 京王相模原線 多摩境駅 下車 徒歩4分            |                    |               |       |

| 施設・設備等の状況 |             |                        |           |                     |               |                        |                     |     |  |  |
|-----------|-------------|------------------------|-----------|---------------------|---------------|------------------------|---------------------|-----|--|--|
| 敷地        | 権利形態        | 所有                     | 抵当権       | あり                  |               |                        |                     |     |  |  |
|           | 面積          | 1128.15 m <sup>2</sup> |           |                     |               |                        |                     |     |  |  |
| 建物        | 権利形態        | 所有                     | 抵当権       | あり                  |               |                        |                     |     |  |  |
|           | 延床面積        | 2508.76 m <sup>2</sup> |           | うち有料老人ホーム分          |               | 2508.76 m <sup>2</sup> |                     |     |  |  |
|           | 竣工日         | 平成 25 年 5 月 15 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             | 福祉施設（有料老人ホーム） |                        |                     |     |  |  |
|           | 併設施設等       | なし（ ）                  |           |                     |               |                        |                     |     |  |  |
| 賃貸借契約の概要  |             | 契約期間                   |           | ～                   |               |                        |                     |     |  |  |
|           |             | 自動更新                   |           |                     |               |                        |                     |     |  |  |
| 居室        | 階           | 定員                     | 室数        | 面積                  |               |                        |                     |     |  |  |
|           | 1階          | 1人                     | 22        | 13.5 m <sup>2</sup> |               | ～                      | 13.5 m <sup>2</sup> |     |  |  |
|           | 2階          | 1人                     | 28        | 13.5 m <sup>2</sup> |               | ～                      | 13.5 m <sup>2</sup> |     |  |  |
|           | 3階          | 1人                     | 28        | 13.5 m <sup>2</sup> |               | ～                      | 13.5 m <sup>2</sup> |     |  |  |
|           |             |                        |           | m <sup>2</sup>      |               | ～                      | m <sup>2</sup>      |     |  |  |
|           |             |                        |           | m <sup>2</sup>      |               | ～                      | m <sup>2</sup>      |     |  |  |
| 一時介護室     | 階           | 定員                     | 室数        | 面積                  |               |                        |                     |     |  |  |
|           |             |                        |           | m <sup>2</sup>      |               | ～                      | m <sup>2</sup>      |     |  |  |
|           |             |                        |           | m <sup>2</sup>      |               | ～                      | m <sup>2</sup>      |     |  |  |
| 便所        | 居室          | 全室設置                   | 共同便所      | 6 箇所（男女共用）          |               |                        |                     |     |  |  |
| 浴室        | 居室          | 設置なし                   | 共同浴室      | 個浴：5 大浴槽：0 機械浴：1    |               |                        |                     |     |  |  |
|           | 併設施設との共用    |                        | なし（ ）     |                     |               |                        |                     |     |  |  |
| 食堂        | 兼用          | あり（機能訓練室）              |           |                     |               |                        |                     |     |  |  |
|           | 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 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                | 2   |    |     | 3   |     | 5人    | 3.0    |       |
| 看護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |        |       |
| 介護職員：直接雇用                | 20  |    |     | 34  |     | 54人   | 26.0   |       |
| 介護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |        |       |
| 機能訓練指導員                  | 1   |    |     |     |     | 1人    | 1.0    |       |
| 計画作成担当者                  | 1   |    |     | 1   |     | 2人    | 2.0    |       |
| 栄養士                      |     |    |     |     |     | 0人    |        |       |
| 調理員                      |     |    |     |     |     | 0人    |        |       |
| 事務員                      | 1   |    |     |     |     | 1人    | 1.0    |       |
| その他従業者                   |     |    |     | 4   |     | 4人    | 2.8    |       |
| 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<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|              |          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 介護福祉士        | 7        |    |     | 10  |     |
| 実務者研修        | 1        |    |     |     |     |
| 介護職員初任者研修    |          |    |     | 20  |     |
| 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         | 3        |    |     | 13  |     |

| ③-2 機能訓練指導員の資格 |          |    |     |     |     |
|----------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格             | 延べ<br>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          | 1        |    |     |     |     |
| 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

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 21 時 45 分～ 7 時 45 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 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<br>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<br>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<br>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 |          |    |     |     | 2.8 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<br>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    | 2   | 6    | 7   |       |     |         |     |         |     |
| 1年以上3年未満  |    | 1    | 1   | 4    | 7   |       |     |         |     |         | 1   |
| 3年以上5年未満  |    |      |     | 4    | 6   |       |     |         |     | 1       |     |
| 5年以上10年未満 |    |      |     | 6    | 13  | 1     |     | 1       |     |         |     |
| 10年以上     |    |      |     |      | 1   |       |     |         |     |         |     |
| 合計        |    | 2    | 3   | 20   | 34  | 1     | 0   | 1       | 0   | 1       | 1   |

#### 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（配食サービス）   |
| 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   |
| 定期的な安否確認の方法           | 介護職員による巡回（原則として昼間・夜間ともに2時間毎に1回とする。）<br>他ナースコールにより対応。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      | 施設看護職員による、インシュリン注射、人工肛門（ストーマ）処置、褥瘡等の処置、点滴施行。         |

| 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 愛友会 中濱クリニック                                    |
|                             | 所在地   | 東京都八王子市鎌水2丁目175-9                                     |
|                             | 協力の内容 | 内科、整形外科。施設より1200m。訪問診療並びに 夜間<br>当直医による往診対応（医療費は、自己負担） |
| 協力医療機関(2)                   | 名称    |   |
|                             | 所在地   |   |
|                             | 協力の内容 |   |
| 協力歯科医療機関                    | 名称    | 医療法人社団 愛友会 歯科ヴィエナ                                     |
|                             | 所在地   | 東京都八王子市鎌水2丁目175-9                                     |
|                             | 協力の内容 | 施設より1200m。訪問歯科及び口腔ケア<br>（医療費は、自己負担）                   |
| 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  |
| 看取り介護加算                     |       | あり(I)   |
| 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)  |
| 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                 |       | なし  |
| 口腔衛生管理体制加算                  |       | 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  |
| 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  | 65歳以上（若年性認知症は除く）  |
|                   | 要介護度  | 要介護1～要介護5   |
|                   | 医療的ケア   | インスリン注射・ストーマ処置・褥瘡処置・点滴施行・胃瘻   |
|                   | 認知症   | 基本的に可。要相談とします。  |
|                   | その他   | 施設生活の可能な方 要相談とします。  |
| 身元引受人等の条件、義務等     | 身元引受人を定めさせていただきます。利用料金等支払いについての入居者と連携して責任を負うこととなります。また入居者に対する介護方法や入院必要時の相談等をさせていただきますこととなります。入居契約を解約された際、入居者を引き取る事となります。  |   |
| 体験入居              | 利用期間  | 1泊2日～2泊3日 ※1人1回限りとします。  |
|                   | 利用料金  | 1泊2日 12,960円 2泊3日 25,920円（税込 滞在費 サービス込）<br>食事別 朝食380円 昼食595円 夕食505円 おやつ120円 |
|                   | その他   | 要保証金 50,000円 *そのまま本入居される場合、敷金支払いの一部   |
| 入院時の契約の取扱い        | 家賃相当額及び管理費をお支払い頂く事により、契約は継続します。   |   |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 「切迫性」「非代替性」「一次性」の要件を満たすものとする。身体拘束排除マニュアルに基づき、要件を満たす状態であることを施設組織全体で検討、確認し、利用者本人や家族に対し、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう務める。説明は施設長や医師、または現場の責任者が行うものとする。また実施に関しては、その態様、時間、その際の利用者の心身状況、緊急等拘束が止むを得なかった事由を必ず記録することとする。 |   |
| 事業者からの契約解除        | ①利用者等を正当な理由なく3ヶ月間滞在した場合、2週間以内に支払うよう催告しても、期間内に全額の支払がない時は、入居者の生命・身体に支障がない場合に限り、介護サービスの一時停止をすることがあります。<br>②病気治療のため病院もしくは診療所へ入院し、3ヶ月を経過しても退院する事が出来ない事が明らかな場合。<br>③お客様が、施設へ所定の届けをせず、3ヶ月以上の長期にわたって施設を離れることが明らかな場合。                        |   |

| 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                       | 要医療・要介護の状態により、健康管理室（1階）近くの居室に移動の可能性あり。 |       |    |
| 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                        | 中濱クリニック 本部 ご利用者様相談窓口 担当/塚田・小倉・伊藤       |       |    |
| 電話番号                          | 042-773-8819                           |       |    |
| 対応時間                          | 8:00 ~ 18:00 ( 水日祝休 )                  |       |    |
| 窓口の名称2                        | 町田市 高齢者福祉課 高齢者支援課                      |       |    |
| 電話番号                          | 042-724-2140                           |       |    |
| 対応時間                          | 8:30 ~ 17:15 ( 土日祝休 )                  |       |    |
| 窓口の名称3                        | 東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 施設支援課 施設運営調整担当       |       |    |
| 電話番号                          | 03-5320-4264                           |       |    |
| 対応時間                          | 9:00 ~ 17:00 ( 土日祝休 )                  |       |    |
| 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（東京海上日動火災保険）    |       |    |
| 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 | なし |
| 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 |



## 5 入居者

| 介護度別・年齢別入居者数           |          | 平均年齢： 87.0 歳 |              |                    | 入居者数合計： 75 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                | 1     |       |       |       |
| 65歳以上75歳未満             |          |              |              |                    | 1                | 1     | 2     |       | 1     |
| 75歳以上85歳未満             |          |              |              |                    | 7                | 2     | 4     | 3     | 1     |
| 85歳以上                  |          |              |              |                    | 7                | 13    | 9     | 17    | 5     |
| 合計                     |          | 0            | 0            | 0                  | 16               | 17    | 15    | 20    | 7     |
| 入居継続期間別入居者数            |          |              |              |                    |                  |       |       |       |       |
| 入居期間                   | 6月未満     | 6月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満      | 10年以上<br>15年未満   | 15年以上 | 合計    |       |       |
| 入居者数                   | 20       | 47           | 8            |                    |                  |       | 75    |       |       |
| 男女別入居者数                | 男性： 21 人 |              |              | 女性： 54 人           |                  |       |       |       |       |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） |          |              |              |                    | 96 %（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                | 1        |              |              | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 0                |       |       |       |       |
| 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           | 6                |       |       |       |       |
| 介護老人保健施設へ転居            |          |              |              | 死亡                 | 35               |       |       |       |       |
| 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             | 42               |       |       |       |       |

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          | 432,000 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   |
| 基本コース       | 0円                                       | 182,475円   | 72,000 | 52,000   | 0    | 48,000 | 10,475 |
|             |  | 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<br>(月額単価の説明)<br>(想定居住期間の説明)  |        |          |      |        |        |
|             | 家賃                                       | 建物建設費・居室設備設置費等を基に、近傍同種相場と比較して妥当額を算定設定  |        |          |      |        |        |
|             | 管理費                                      | 施設設備の維持管理費料、共用部の清掃費、共有消耗品費、事務管理費に充当 52,000円 (消費税込) ※消費税改定に伴い料金変動があります。   |        |          |      |        |        |
|             | 介護費用                                     | 入居中に自立・要支援に変更となられた場合、各介護度に応じ生活サポート費をお支払い頂きます。自立 60,000円/月 要支援1 57,352円 (介護保険サービス費 要支援1 10割負担相当額) 要支援2 98,684円 (介護保険サービス費 要支援2 10割負担相当額)<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |        |          |      |        |        |
|             | 食費                                       | 朝食 380 円・昼食 595 円・夕食 505 円 間食 120 円<br>1日当たり 1,600 円 × 30日で積算<br>厨房管理運営費 円など<br>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて)<br>キャンセル希望の5日前までにお知らせ頂ければ、上記実費を差引きます。                     |        |          |      |        |        |
|             | 光熱水費                                     | 施設全体の光熱費を入居者全体で負担分担するものとして算出 10,475円 (消費税込) ※消費税改定に伴い料金変動があります。  |        |          |      |        |        |
|             | 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              |   |           |
| 償却開始日                 |   |           |
| 返還対象としない額             |   |           |
|                       | 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              | 月額利用料は前払いとし、前月27日までに自動引落とし                      |           |
| その他留意事項               | 入居月分については、入居日までにお支払い頂きます。尚、月途中入居の場合には日割計算と致します。 |           |

(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 | —        |         |
| 要支援2 | —        |         |
| 要介護1 | 197,033円 | 19,704円 |
| 要介護2 | 220,242円 | 22,025円 |
| 要介護3 | 244,876円 | 24,488円 |
| 要介護4 | 267,399円 | 26,740円 |
| 要介護5 | 291,659円 | 29,166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    | 要介護のみ |
| 看取り介護加算        | あり(I) | 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   | なし    |       |
| 入居継続支援加算       | なし    | 要介護のみ |
| 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    | なし    |       |
| 口腔衛生管理体制加算     | 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 |
| 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(I) |       |
| 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                                 |                         |
| 入居契約書 第25条により、運営懇談会を開催、意見を聴取した上で改定致します。 |                         |

【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  | 基本コース    |     |         |
|   | 単位：円     |     |         |
| 入居準備費用  | 敷金       | 前払金 | 月額利用料   |
| 0   | 432,000円 | 0   | 182,475 |
| ※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 | 公開していない | 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 管理規程     | 公開していない | 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

|   |
|---|
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____</p> |
|---|

|  |
|--|
| <p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p> |
|--|



施設名:老人ホーム多摩境

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       |
|--|---------------------|----------|
| <b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>   |                     |          |
| 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。                                       | ○<br>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にものとするため、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。             | ○<br>適合 . 不適合 . 非該当 |          |
| <b>緊急時の安全確保のための項目</b>  |                     |          |
| 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。                       | ○<br>適合 . 不適合       |          |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。   | ○<br>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。                                 | ○<br>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。                        | ○<br>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。                            | ○<br>適合 . 不適合       |          |
| <b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>   |                     |          |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。   | ○<br>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。   | ○<br>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。                                   | ○<br>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。  | ○<br>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。                                  | ○<br>適合 . 不適合       |          |
| <b>入居者の財産を保全するための項目</b>  |                     |          |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。   | ○<br>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。)                                 | ○<br>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。 | ○<br>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。