

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|---------------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------|
| 施設名 | 若木さくらの杜 | | |
| 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） | | |
| 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 | 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 医療法人 | | |
| | フリカ`ナ 名 称 | イヨウホクジンヤクダン ヲウヨウカイ 医療法人社団 雄昌会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 115-0045 | 東京都北区赤羽2-13-1 花川ビル1階101号 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-3903-7887 | |
| | ファックス番号 | 03-5939-9870 | |
| ホームページ | なし | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 理事長 | 氏名 打越 康信 |
| 設 立 年 月 日 | 平成19年3月12日 | | |
| 主 な 事 業 等 | クリニック及び有料老人ホームの経営 | | |
| 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 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | 1 | うちこし整形外科内科 | 北区赤羽2-13-1花川ビル1階101号 |
| 訪問リハビリテーション | 1 | うちこし整形外科内科 | 北区赤羽2-13-1花川ビル1階101号 |
| 居宅療養管理指導 | 1 | うちこし整形外科内科 | 北区赤羽2-13-1花川ビル1階101号 |
| 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 | 若木さくらの杜 | 板橋区若木2-7-10 |
| 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 | 1 | うちこし整形外科内科 | 北区赤羽2-13-1花川ビル1階101号 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 1 | うちこし整形外科内科 | 北区赤羽2-13-1花川ビル1階101号 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 1 | うちこし整形外科内科 | 北区赤羽2-13-1花川ビル1階101号 |
| 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 | 若木さくらの杜 | 板橋区若木2-7-10 |
| 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`ナ | ワギ`サクラノリ | |
| | 名 称 | 若木さくらの杜 | |
| 所 在 地 | 〒 174-0065 | 東京都板橋区若木2-7-10 | |
| | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-3559-7800 | |
| | ファックス番号 | 03-3559-7888 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371909738号 | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 打越 佐智子 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 27 年 5 月 1 日 | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 26 年 4 月 23 日 | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 27 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 27 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 27 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 | 東武東上線「上板橋」駅より約1km 徒歩約13分 | | |
| 施設・設備等の状況 | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 あり |
| | 面 積 | 1259.63 m ² | |
| 建 物 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 あり |
| | 延床面積 | 2141.78 m ² うち有料老人ホーム分 2141.78 m ² | |
| | 竣工日 | 平成 27 年 4 月 7 日 | |
| | 階 数 | 地上 5 階 地下 0 階 | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 5 階 地下 0 階 | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 |
| 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 | 6 | 18.1 | m ² | ～ | 18.1 m ² |
| | 2階 | 1人 | 15 | 18 | m ² | ～ | 24.5 m ² |
| | 3階 | 1人 | 19 | 18 | m ² | ～ | 24.5 m ² |
| | 4階 | 1人 | 10 | 18 | m ² | ～ | 24.5 m ² |
| | | | | m ² | ～ | m ² | |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | |
| | | | | m ² | ～ | m ² | |
| | | | | m ² | ～ | m ² | |
| 居室内の設備等 | 便所 | | 全室あり | | | | |
| | 洗面 | | 全室あり | | | | |
| | 浴室 | | なし | | | | |
| | 冷暖房設備 | | 全室あり | | | | |
| | 電話回線 | | なし | | () | | |
| | テレビアンテナ端子 | | なし | | () | | |
| | | | | | | | |
| 共同便所 | 6 箇所 | | (男女共用) | | | | |
| 共同浴室 | 個浴： 3 | | 大浴槽： なし | | 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 | あり (相談室 リビング) | | | | | | |
| 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 | | 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 | 0.5 | 事務兼務 |
| 生活相談員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 13 | | | 6 | | 19人 | 17.7 | |
| 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 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | 0.0 | 業務委託 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | 0.0 | 業務委託 |
| 事務員 | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 施設長兼務 |
| その他従業者 | 2 | | 1 | | | 3人 | 2.5 | 用務員 |

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 | | 1 | | | | |
| 実務者研修 | | 1 | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 8 | | 5 | | | | |
| 介護支援専門員 | | 1 | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | 3 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | | 歯科医師 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 | | | 介護職員 2 人以上 | | 看護職員 0 人以上 | | | |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 | | | | | ①と同じのため記入省略 | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 | 兼務状況 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 生活相談員 | | | | | | 0人 | | |
| 看護職員 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | |
| ⑤-1 介護職員の資格 | | | | | ③-1と同じのため記入省略 | | | |
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | / | | |
| | | 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 | | | | | 2.1 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年以上3年未満 | | 1 | | 2 | 2 | | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | 1 | | 5 | 2 | 1 | | 1 | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 3 | 1 | | | | | 1 | |
| 10年以上 | | | | 3 | 1 | | | | | | |
| 合計 | | 2 | 0 | 13 | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 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 | なし |

| | |
|-------------|---|
| 定期的な安否確認の方法 | 介護職員の巡回（プライバシーの関係上、巡回の必要性があると判断する場合は巡回による安否確認を希望される場合に事業者及び入居者との相互確認のもと実施いたします。）。巡回は日中と夜間に必要に応じて随時。 |
|-------------|---|

| | |
|------------------|--|
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 早期・夜間帯においても処置を必要とする医療ケア以外は原則対応可能（病状によってはお受けできないこともありますので、入居面談等により判断いたします。）医療的ケアとしては、施設の看護職員による胃ろうや気管切開のケア、在宅酸素や点滴の管理などがあります。 |
|------------------|--|

医療機関との連携・協力

| | | | | | |
|-------------------|----------|--|--------------|----|--|
| 協力医療機関(1) | 名称 | うちこし整形外科内科 | | | |
| | 所在地 | 東京都北区赤羽2-13-1 花川ビル1階101号 | | | |
| | 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：整形外科・内科・消化器科・皮膚科 訪問診療 *受診費用は本人負担。車で15分程度。 | | | |
| 協力医療機関(2) | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 急変時の相談対応 | | 事業者の求めに応じた診療 | | |
| | 協力の内容 | | | | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | あり | | | |
| | 名称 | うちこし整形外科内科 | | | |
| | 所在地 | 東京都北区赤羽2-13-1 花川ビル1階101号 | | | |
| | 協力の内容 | | | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 南鳩ヶ谷歯科医院 | | | |
| | 所在地 | 埼玉県川口市南鳩ヶ谷5-1-19 | | | |
| | 協力の内容 | 診療科目：歯科 協力内容：訪問診療 *受診費用は本人負担。車で30分程度。 | | | |
| | | | | | |

| 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(Ⅱ) |
| 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 | なし |
| 介護職員等処遇改善加算 | あり(Ⅱ) |
| 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 |
| 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 |
| 退院・退所時連携加算 | なし |
| 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 | 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 | あり |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|---------------------|--|--|
| 入居の条件 | 年齢 | 65歳以上 |
| | 要介護度 | 自立、要支援～要介護5まで入居可能 |
| | 医療的ケア | 早朝・夜間に及ぶ医療処置の必要性がある方のご入居いただけない場合があります。なお、施設の看護職員による胃ろうや気 |
| | 認知症 | 他の入居者に暴力等の危害が及ばない認知症の方であれば入居可能 |
| | その他 | 他の入居者に感染する恐れのある感染症の方のご入居いただけません。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について入居者と連帯して履行の責を負います。また、死亡時の身柄を引き取っていただきます。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 3カ月まで |
| | 利用料金 | 1泊2日 5,000円(室料、食事代、介護サービス費等) |
| | その他 | 体験入居においても事前の健康診断の提示が必要となります。 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中も居室の利用権は存続し、施設の都合で使用することはありません。入院期間中は、月額利用料のうち、管理費、家賃相当額は居室を利用しているとみなし、定額でお支払いいただきます。 | |
| 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 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 | 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 | やむを得ず身体拘束を行う場合は、「非代替性」・「一時性」・「切迫性」の3点を満たした場合であって御本人及びご家族等の同意を得たうえで行います。身体拘束を行う場合は、その態様及び利用者の心身の状況等を書面にて記録します。なお、状況等が改善された場合には身体拘束を解除します。 |

| | | |
|--------------|---|---------|
| 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 2 回) |
| | 定期的な訓練の実施 | (年 2 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込等に虚偽の事項を記載する等の不当の手段により入居したとき ・月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における通常の介護方法及び接遇ではこれを防止することができないとき | |

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 | 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 | |
| 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 | 施設苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-3559-7800 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日) |
| 窓口の名称 2 | 当法人苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-3903-7887 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日) |
| 窓口の名称 3 | 板橋区健康生きがい部介護保険課 |
| 電話番号 | 03-3579-2357 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日) |

賠償責任保険の加入 あり 保険の名称：東京海上日動火災保険会社（有料老人ホーム賠償責任保険制度1）

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： 85.0 歳 入居者数合計： 50 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 | 1 | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | 4 | 3 | 2 | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | 1 | 3 | 1 | 3 | | |
| 85歳以上 | | 1 | | 5 | 5 | 5 | 11 | 2 |
| 合計 | 0 | 1 | 1 | 12 | 10 | 11 | 12 | 3 |

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 | 7 | 18 | 19 | 6 | | | 50 |

| | | | |
|------------------------|-------------------|--------------------|----|
| 男女別入居者数 | 男性： 19 人 | 女性： 31 人 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 100 %（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 | |
| 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 | 2 |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 8 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 1 | その他 | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | 退去者数合計 | 12 |

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 |
| 標準プラン | 3,900,000円 | 217,980円 | 106,000 | 44,000 | 0 | 67,980 | 0 |
| ゆうゆうプラン | 5,900,000円 | 183,980円 | 72,000 | 44,000 | 0 | 67,980 | 0 |
| 月々プラン | 0円 | 282,980円 | 171,000 | 44,000 | 0 | 67,980 | 0 |
| ながいきプラン | 10,260,000円 | 111,980円 | 0 | 44,000 | 0 | 67,980 | 0 |

| | | |
|-----------|------|---|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 標準プラン 月額単価 (65,000円) × 想定居住期間 (60月) により算出 ゆうゆうプラン 月額単価 (99,000円) × 想定居住期間 (60月) により算出 ながいき 月額単価 (171,000円) × 想定居住期間 (60月) により算出 (月額単価の説明) 家賃の前払い金です。上記家賃のうち標準プランは65,000円、つきづきプランは0円、ゆうゆうプランは99,000円、ながいきプランは171,000円を前払金としています。 (想定居住期間の説明) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会入居者基金加入者データより要支援以上の方の平均余命試算に基づき想定居住期間を定めています。 85歳を平均入居者と考え、医療依存度が高い方の入居を想定し、60ヶ月 (5年) としています。 |
| | 家賃 | 家賃は、土地取得費用、減価償却費等を勘案し、171,000円です。 上記家賃のうち標準プランは65,000円を前払金として、残額の106,000円が月額家賃で、つきづきプランは0円を前払金として、残額の171,000円が月額家賃で、ゆうゆうプランは99,000円を前払金として、残額の72,000円月額家賃で、ながいきプランは、前払金171,000円として、残額0円が月額家賃です。 |
| | 管理費 | 40,000円 用途：事務管理部門の人件費・事務費、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、光熱水費 |
| | 介護費用 | 介護サービス一覧表によります。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | 朝食 550 円・昼食 650 円・夕食 800 円 間食 60 円 1日当たり 2,060 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 0円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 4日前までに事務職員に届け出すことにより、キャンセルできる。 |
| | 光熱水費 | 管理費に含まれる |
| | 短期利用 | 1日当たり 5,000 円 利用料の算出方法 |

前払金の取扱い

| | | |
|-----------------------|---|--|
| 支払日・支払方法 | 入居前までに当法人指定口座へ原則一括振込みにてお願いします。 | |
| 償却開始日 | 入居の翌日 | |
| 返還対象としない額 | なし | |
| | 位置づけ | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 前払金償却期間内の場合（入居者の入居後3ヶ月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除された場合） 前払金×（償却期間-入居月数）÷償却期間 * 入退去月については、日割にて精算します。 | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：3か月 起算日：入居した日 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、老人福祉法第29条第8項及び施行規則第21条第1項第1号の定めに従い、本契約第 条に短期解約特例を定め、入居者の入居後3ヶ月が経過するまでの間に契約解除され、又は入居者の死亡により契約が終了する場合に対応します。 ・1日当たりの利用料は下記算式に従い、償却期間月数で割返し、その額を30日で除した額です。 | |
| 返還期限 | 契約終了日から 60 日以内 | |
| 保全措置 | あり 保全先：公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度に加入 | |
| その他留意事項 | 制度は、前払い金を受領する事業者が倒産等により、基金登録ホームにおいて居住の場の提供及びこれに伴う各種サービス提供債務の不履行があった場合に、この損害賠償の予定額として500万円を入居者に支払うものです。保証委託にあたっては、事業者が基金に対して拠出金を支払います。前払い金償却期間終了後においても保証は継続します。 | |

月額利用料の取扱い

| | |
|----------|--|
| 支払日・支払方法 | 毎月末締め翌日末日に口座引き落としさせていただきます。 請求書は利用月の翌10日前後に発行送付させていただきます。 |
| その他留意事項 | 特になし |

介護保険サービスの自己負担額

※要介護度に応じて利用料の1割(一定以上所得の場合2~3割)を負担する。

(30日換算・自己負担1割の場合)

単位：円

| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
|------|---------|--------|
| 要支援1 | 6675単位 | 7,276 |
| 要支援2 | 11051単位 | 12,046 |
| 要介護1 | 19062単位 | 20,778 |
| 要介護2 | 21318単位 | 23,237 |
| 要介護3 | 23674単位 | 25,805 |
| 要介護4 | 25862単位 | 28,190 |
| 要介護5 | 28184単位 | 30,721 |

| 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(Ⅱ) | 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 | なし | |
| 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 | なし | |
| 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 | なし | 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(Ⅱ) | |
| 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 | | | |
| 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き、同意したうえで改訂します。 | | | |
| 【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 | 標準プラン | | |
| | | | 単位：円 |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 3,900,000 | 217,980 |
| ※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 | 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

| |
|---|
| <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;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p> |
|--|

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 | ○ | | ■ | |
| 巡回 夜間 | ○ | | ■ | |
| 食事介助 | ○ | | ■ | |
| 排泄介助 | ○ | | ■ | |
| おむつ交換 | ○ | | ■ | |
| おむつ代 | | ○ | | ■ |
| 入浴（一般浴）介助 | ○ | | ■ | |
| 清拭 | ○ | | ■ | |
| 特浴介助 | ○ | | ■ | |
| 身辺介助 | ○ | | ■ | |
| ・体位交換 | ○ | | ■ | |
| ・居室からの移動 | ○ | | ■ | |
| ・衣類の着脱 | ○ | | ■ | |
| ・身だしなみ介助 | ○ | | ■ | |
| 口腔衛生管理 | ○ | | ■ | |
| 機能訓練 | ○ | | ■ | |
| 通院介助 （協力医療機関） | ○ | | ■ | |
| 通院介助 （上記以外） | | ○ | | ■ |
| 緊急時対応 | ○ | | ■ | |
| オンコール対応 | ○ | | ■ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○ | | ■ | |
| リネン交換 | ○ | | ■ | |
| 日常の洗濯 | ○ | | ■ | |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ■ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | ○ | | ■ |
| おやつ | ○ | | ■ | |
| 理美容 | | ○ | | ■ |
| 買物代行（通常の利用区域） | | ○ | | ■ |
| 買物代行（上記以外の区域） | | ○ | | ■ |
| 役所手続き代行 | | ○ | | ■ |
| 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 | | ○ | | ■ |
| 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 | | ○ | | ■ |
| 医師の往診 | | ○ | | ■ |
| <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) | | ○ | | ■ |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ○ | | ■ | |
| 入院中の見舞い訪問 | ○ | | ■ | |
| <その他サービス> | | | | |

施設名:若木さくらの杜

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 | 床主元:公益社団法人全国有料老人ホーム協会 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 |
| 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。