

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 施設名 | コミュニティホームのがわ |
| 定員・室数 | 14人・14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（自立除く） |
| 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 | ユウゲンガイシャのがわ 有限会社のがわ | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 184-0011 | 東京都小金井市東町2-31-3 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0422-30-3051 | | |
| | ファックス番号 | 0422-30-0168 | | |
| ホームページ | http://tcy.co.jp/ | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 五十嵐 憲幸 |
| 設立年月日 | 平成15年11月6日 | | | |
| 主な事業等 | 特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護 | | | |

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 | なし | | |
| 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 | コミュニティホームのがわ | 東京都小金井市東町2-31-3 |
| 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 | 1 | グループホームのがわ | 東京都小金井市東町2-31-3 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |

| | | | |
|------------------|----|--------------|-----------------|
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | コミュニティホームのがわ | 東京都小金井市東町2-31-3 |
| 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 | 1 | グループホームのがわ | 東京都小金井市東町2-31-3 |
| 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 | コミュニティホーム/がわ | | |
| | 名 称 | コミュニティホームのがわ | | |
| 所 在 地 | 〒 | 184-0011 | 東京都小金井市東町2-31-3 | |
| | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 0422-30-3051 | | |
| | ファックス番号 | 0422-30-0168 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://tcy.co.jp/ | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1374101846号 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 田中 綾 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 令和1年7月1日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 令和1年5月31日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和1年7月1日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | 令和1年7月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和7年6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) | 令和1年7月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和7年6月30日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | JR中央線 東小金井(南口)より徒歩12分・西武多摩川線 新小金井駅より徒歩7分 | | | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|------------------------|------|----------------------------------|--------|---------|----------------------|-----------|---|---|
| 敷地 | 権利形態 | — | | 抵当権 | あり | | | | | |
| | 面積 | 1474.37 m ² | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | | 抵当権 | あり | | | | | |
| | 延床面積 | 1094.37 m ² | | うち有料老人ホーム分 535.09 m ² | | | | | | |
| | 竣工日 | 平成16年9月29日 | | | | | | | | |
| | 階数 | | | 地上 | 2 | 階 | 地下 | 0 | 階 | |
| | | | | うち有料老人ホーム分 | 地上 | 1 | 階 | 地下 | 0 | 階 |
| | 構造 | 準耐火建築物 | | 建築物用途区分 | | 有料老人ホーム | | | | |
| | 併設施設等 | あり (グループホームのがわ) | | | | | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | | 平成16年10月1日 | | ～ | | 令和6年9月30日 | | |
| | | 自動更新 | | あり | | | | | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | |
| | 1階 | 1人 | 14室 | 14.25 m ² | | ～ | 14.25 m ² | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | |
| | | | | 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) | | | | | |
| | テレビアンテナ端子 | | 全室あり | | (設置各自) | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----------|--------------|------------|---------------|---------|
| 共同便所 | 2 箇所 | | (男女共用) | |
| 共同浴室 | 個浴： 1 | | 大浴槽： 0 | |
| | 併施設との共用 | | なし () | |
| 食堂 | 兼用 | あり | (談話室・機能訓練室) | |
| | 併施設との共用 | | 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 | 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 | 相談員兼務 |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 管理者・介護職員兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 1 | 2 | 8 | | | 11人 | 6.4 | 計画作成担当者・機能訓練指導員兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | | 1人 | 0.2 | 介護職員兼務 |
| 計画作成担当者 | | | 1 | | | 1人 | 0.2 | 介護職員兼務 |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | |
| 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 | | | 2 | 3 | |
| 実務者研修 | 1 | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | 2 | |
| 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） | | | | | |
| 資格なし | | | | 3 | |

| 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 | | | | | |
| 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・認知症介護実践リーダー研修・認定特定行為業務従事者

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 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年以上3年未満 | | | | | 2 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | 1 | | 3 | 6 | 2 | | 1 | | 1 | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 1 | 0 | 3 | 8 | 2 | 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 | |
| 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 | 定時による巡視（日中：11時・13時・15時・17時 夜間：23時・1時・3時・5時） | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 病気や怪我の治療は新田クリニックで対応し、施設の看護職員による胃瘻、経管栄養にも対応可能です。その他の主治医を希望される方は他の病院受診も可能です。 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団つくし会 新田クリニック |
| | 所在地 | 東京都国立市西2-26-29 |
| | 協力の内容 | 入居者の疾患に対する治療及び入院加療。また、入居者にかかる医療情報の提供。治療費は実費負担。診療科目：消化器科・整形外科・外科・循環器科・訪問診療 コミュニティホームのがわから新田クリニックまで20km（車で40分ぐらい） |
| 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 | とくら歯科医院 |
| | 所在地 | 東京都国分寺市戸倉2-2-5 |
| | 協力の内容 | 入居者の訪問歯科治療及び予防。また、入居者にかかる医療情報の提供。治療費は実費負担。 コミュニティホームのがわからとくら歯科医院まで7.5km（車で30分ぐらい） |

| 介護保険加算サービス等 | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| 個別機能訓練加算 | なし | |
| 夜間看護体制加算 | なし | |
| 看取り介護加算 | なし | |
| 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 | 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) | |
| 介護職員等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 | |
| ADL維持等加算 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | |
| 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 | 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 2 回予定) | |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | | |
| 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 | 特定施設入居者生活介護の指定を受けている関係上、概ね65歳以上の方 |
| | 要介護度 | 介護保険認定者(要支援・要介護) |
| | 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 | 少なくとも最低1名は身元引受人を定めなければなりません。身元引受人は入居者に対する一切の責務について入居者と連帯して履行の責を負うと共に、必要な時は入居者の身柄を引き取る責任を負います。身元引受人の変更については当事業所が適当と判断し承諾した時は書面を取り交わします。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 空床がある時のみ |
| | 利用料金 | 1泊15,000円(宿泊費・介護サービス料・食費込み) |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院により不在の場合は、家賃は全額負担になり、食費はいただきません。また、入院が3ヶ月にわたった場合、若しくは退院の見込みがない場合、退去の相談をさせていただきます。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | ①現状(切迫性)②これまでの介護経過③当ホームで行う介護手法での対応が困難な理由(非代替性)④今後の方針⑤具体的な身体拘束の内容とその期間について(一時性)御家族に説明を行い、所定の書式に同意頂いた上で行います。実施期間においては状態観察・見守りを行い記録する。 切迫性～入居者及び他入居者の生命・身体が危険にさらされている可能性が高い状態 非代替性～身体拘束等以外に代替する介護方法がない状態 一時性～身体拘束等が一時的なこと 身体拘束等行動制限の必要な状況が解消した場合は、すみやかに解除します | |
| 事業者からの契約解除 | 契約書の内容が守られない場合や長期入院(3ヶ月以上)及び長期不在・管理費等の入居者が支払うべき費用を3ヶ月滞納した場合、共同生活の秩序を乱す行為があった場合等の際には文書による通知を行った後、14日経過をした時をもって契約解除となります。入居者からの申し出の場合は契約解除の届を文書にて提出し14日を経過した日にこの契約は解除されます。また、入居者が死亡した場合は契約終了となりますが、財産処理及び居室の原状回復を14日以内に行っていただきます。 | |

| 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 | | 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 | | コミュニティホームのがわ | |
| | 電話番号 | 0422-30-3051 | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (年中無休) | |
| 窓口の名称 2 | | 小金井市役所 | |
| | 電話番号 | 042-387-9804 | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) | |
| 窓口の名称 3 | | 東京都国民健康保険団体連合会 | |
| | 電話番号 | 03-6238-0177 | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) | |
| 賠償責任保険の加入 | | あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損保 介護保険社会福祉事業者総合保険 | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| アンケート調査、意見箱等利用者等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： 90.7 歳 | | 入居者数合計： 14 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 | | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | 1 | | | | |
| 85歳以上 | | | | | 1 | 2 | 3 | 2 | 5 |
| 合計 | | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 |
| 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 | | 4 | 6 | 1 | | 14 | | |
| 男女別入居者数 | | 男性： 2 人 | | 女性： 12 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 | | 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 | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 3 |
| 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 | 4 |

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 |
| 月払い方式 | | 238,400円 | 142,000 | 37,000 | 0 | 59,400 | 実費按分 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 前払金なし | | | | | |
| | 家賃 | 近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として142,000円と設定 | | | | | |
| | 管理費 | 管理費37,000円 共用施設等の維持・管理、備品、消耗品等 | | | | | |
| | 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 430 円・昼食 610 円・夕食 610 円 間食 150 円 1日当たり 1,980(税込) 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 食事を召し上がるかどうかは3日前までに申し出て下さい。申し出がない場合は召し上がるものとして準備いたします。□ | | | | | |
| 光熱水費 | ホーム全体の電気・ガス・水道代の月額合計を実費按分 | | | | | | |
| 短期利用 | 1日当たり | 0 | 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 | 毎月末締め翌月27日払い |
| その他留意事項 | 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 | 58,633 | 6,515 | |
| 要支援2 | 99,877 | 11,098 | |
| 要介護1 | 172,476 | 19,165 | |
| 要介護2 | 193,575 | 21,509 | |
| 要介護3 | 215,962 | 23,996 | |
| 要介護4 | 236,435 | 26,271 | |
| 要介護5 | 258,504 | 28,723 | |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|------------------|--------|-------|
| 個別機能訓練加算 | なし | |
| 夜間看護体制加算 | なし | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | なし | 対象者のみ |
| 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 | 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 | あり | |
| 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 | なし | 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(II) | |
| 介護職員等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24条（費用の改定）により、管理費・食費の見直しを消費物価の変遷に併せて毎年1回当事業所の定める時期に協議いたします。 | |

【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 | 月払い方式 | | |
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 0 | 238,400 |
| ※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

| |
|---|
| <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> |
|--|

介護サービス一覧表

| 介護を行う場所 | 自立 | | 要支援Ⅰ～Ⅱ・要介護Ⅰ～Ⅱ | | 要介護Ⅲ～Ⅴ | |
|---------------|------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | 全室 | 個室 | 介護居室(個室) | | 介護居室(個室) | |
| | 一時金及び月額利用料含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス | | | | | | |
| ○巡回 | | | | | | |
| ・昼9時～18時 | — | — | ・2時間毎巡回 | — | ・2時間毎巡回 | — |
| ・夜18時～9時 | — | — | ・2時間毎巡回 | — | ・2時間毎巡回 | — |
| ○食事介助 | — | — | ・食事の都度見守り又は一部介助 | — | ・食事の都度見守り又は一部介助 | — |
| ○排泄 | | | | | | |
| ・排泄介助 | — | — | ・トイレでの排泄の都度一部介助 | — | 毎日適宜 全面介助 | — |
| ・おむつ交換 | — | — | ・就寝時装着し起床時に着脱 | — | | — |
| ・おむつ代 | — | 実費徴収 | | 実費徴収 | | 実費徴収 |
| ○入浴 | | | | | | |
| ・清拭 | — | — | 入浴困難時清拭 | — | 入浴困難時清拭 | — |
| ・一般浴介助 | — | — | ・毎日入浴可(最低週2回程度) | — | ・毎日入浴可(最低週2回程度) | — |
| ・特浴介助 | — | — | — | — | | — |
| ○身辺介助 | | | | | | |
| ・体位交換 | — | — | — | — | ・毎2時間おき及び随時のおむつ交換時 | — |
| ・居室からの移動 | — | — | ・杖又は歩行器で移動介助・見守り | — | ・車椅子での移動介助 | — |
| ・衣類の着脱 | — | — | ・毎朝・夜及び入浴時一部介助、見守り | — | ・毎朝・夜及び入浴時、全面介助 | — |
| ・身だしなみ介助 | — | — | ・毎朝・夜及び入浴時一部介助、見守り | — | ・毎朝・夜及び入浴時、全面介助 | — |
| ○機能訓練 | — | — | ・身体状況に応じた訓練 | — | ・身体状況に応じた訓練 | — |
| ○通院の介助 | — | ・協力外病院通院等の付添い1時間1500円及びタクシー代実費 | ・協力病院通院等の付添い | ・協力外病院通院等の付添い1時間1500円及びタクシー代実費 | ・協力病院通院等の付添い | ・協力外病院通院等の付添い1時間1500円及びタクシー代実費 |
| ○緊急時対応・緊急通報装置 | ・24時間対応 | — | ・24時間対応 | — | ・24時間対応 | — |

| | 自 立 | | 要支援Ⅰ～Ⅱ・要介護Ⅰ～Ⅱ | | 要介護Ⅲ～Ⅴ | |
|---------------------|------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 介護を行う場所 | 全 室 個 室 | | 介 護 居 室 (個室) | | 介 護 居 室 (個室) | |
| | 一時金及び 月額利用料 含むサー ビス | その都度徴 収するサー ビス | 介護保険給付、 一時金及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴 収するサー ビス | 介護保険給付、 一時金及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴 収するサー ビス |
| 生活サービス | | | | | | |
| ○家事 | | | | | | |
| ・清掃 | ・毎日 | ・リネン交換1 回300円 | ・毎日 | — | ・毎日 | — |
| ・洗濯 | | ・1回500円 | ・毎日 | — | ・毎日 | — |
| ○居室配膳・下膳 | — | — | — | — | — | — |
| ○理美容 | — | 理美容代実費 | — | 理美容代実費 付添い時タク シー代実費 | — | 理美容代実費 付添い時タク シー代実費 |
| ○代行 | | | | | | |
| ・買い物 | ・随時 | 1回500円 | ・随時 | — | ・随時 | — |
| ・役所手続き | ・月1回指定日 | ・左記以外1回 (1 時間) 1500円 | ・月1回指定日 | ・左記以外1回 (1 時間) 1500円 | ・月1回指定日 | ・左記以外1回 (1 時間) 1500円 |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| ・健康診断 | ・年に1回 | ・左記以外は別 途負担 | ・年に1回 | ・左記以外は別 途負担 | ・年に1回 | ・左記以外は別 途負担 |
| ・健康相談 | ・随時 | — | ・随時 | — | ・随時 | — |
| ・生活指導 | ・随時 | — | ・随時 | — | ・随時 | — |
| ・医師の訪問診療 | — | ・月2回 ・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 ・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 ・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 の提供サービス | | | | | | |
| ・医療費 | — | ・医療保険制度で支給さ れる以外の費用は入居者 負担 | — | ・医療保険制度で支給さ れる以外の費用は入居者 負担 | — | ・医療保険制度で支給さ れる以外の費用は入居者 負担 |
| ・付添いサービス | ・協力病院への 入退院の付添い | ・協力外病院通院 等の付添い1時間 1500円及びタク シー代実費 | ・協力病院への入 退院の付添い | ・協力外病院通院 等の付添い1時間 1500円及びタク シー代実費 | ・協力病院への入 退院の付添い | ・協力外病院通院 等の付添い1時間 1500円及びタク シー代実費 |
| ・お見舞い・連絡 等 | ・週1回 | | ・週1回 | | ・週1回 | |
| その他のサービス | | | | | | |
| ・レクリエーション | ・適宜 | ・材料費等は参加希 望者のみ実費負担 | ・適宜 | ・材料費等は参加希 望者のみ実費負担 | ・適宜 | ・材料費等は参加希 望者のみ実費負担 |
| ・クラブ活動 | ・適宜 | ・材料費等は参加希 望者のみ実費負担 | ・適宜 | ・材料費等は参加希 望者のみ実費負担 | ・適宜 | ・材料費等は参加希 望者のみ実費負担 |

施設名:コミュニティホームのがわ

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------------------|----------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 . 不適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 . 不適合 . 非該当 | 保全先: |
| 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 | |