

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | ねむの木 |
| 定員・室数 | 32 人 ・ 32 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 営利法人 | | |
| | フリカテナ 名 称 | カブシカイシャ ユー・アイウェルフェア 株式会社 ユー・アイウェルフェア | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 195-0061 | 東京都町田市鶴川3-16-15 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 042-735-4063 | |
| | ファックス番号 | 042-735-4063 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 漆原 敏子 |
| 設 立 年 月 日 | 平成13年6月1日（組織変更 平成18年8月22日） | | |
| 主 な 事 業 等 | 1. 認知症対応型共同生活介護 2. 介護付有料老人ホーム | | |

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 | ねむの木 | 新宿区西新宿4-4-6 |
| 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 花水木 | 町田市鶴川3-16-15 |
| 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 | 私/キ | | |
| | 名 称 | ねむの木 | | |
| 所 在 地 | 〒 | 160-0023 | 東京都新宿区西新宿4-4-6 | |
| | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5304-8362 | | |
| | ファックス番号 | 03-5304-8363 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1370403428号 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 管理者 | 氏名 | 小島 裕信 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 18 年 12 月 1 日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 18 年 11 月 13 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 18 年 12 月 1 日 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回） | 平成 18 年 12 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 6 年 11 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） | — | | |
| | 指定の有効期間 | — まで | | |
| 事業所へのアクセス | <ul style="list-style-type: none"> ・都営地下鉄大江戸線「西新宿五丁目」駅から徒歩3分（約200m） ・JR「新宿」駅西口から徒歩約20分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし |
| | 面 積 | 1020.21 m ² | | |

| | | | | | |
|-------------|----------------|---|-------------------------|--|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 1737.7 m ² うち有料老人ホーム分 1058.82 m ² | | | |
| | 竣工日 | 昭和 39 年 2 月 20 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 5 階 地下 1 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 4 階 地下 1 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 病院 | |
| | 併設施設等 | あり (駒ヶ嶺医院・小原整骨院) | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成18年11月1日 ~ 令和8年10月31日 | | |
| | | 自動更新 | なし | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 5 | 9.9 m ² ~ 11.5 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 13 | 9.9 m ² ~ 11.5 m ² | |
| | 4階 | 1人 | 14 | 9.9 m ² ~ 11.5 m ² | |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 3階 | 1人 | 1 | 9.9 m ² ~ 9.9 m ² | |
| 便 所 | 居室 | 設置なし | 共同便所 | 6 箇所 (男女共用) | |
| | 浴室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：1 大浴槽：0 機械浴：1 | |
| 浴 室 | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| | 兼用 | あり | (機能訓練室) | | |
| 食 堂 | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| | あり (談話室 (3)) | | | | |
| その他の共用施設 | あり (談話室 (3)) | | | | |
| 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 | 0.7 | 生活相談・介護職員・計画作成 |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 管理者・事務職員・介護職員・計画作成 |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | | | | 2 | 3人 | 2.0 | 機能訓練指導 |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 4 | 2 | | 9 | | 15人 | 13.0 | 管理者・生活相談・計画作成・事務職員 |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | 2 | 2人 | 0.2 | 看護職員 |
| 計画作成担当者 | | 1 | | | | 1人 | 0.3 | 管理者・生活相談・介護職員 |
| 栄養士 | | | | 1 | | 1人 | 0.3 | |
| 調理員 | | | | 3 | | 3人 | 2.4 | |
| 事務員 | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 生活相談・介護職員 |
| 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 | | 1 | | 1 | |
| 実務者研修 | | 1 | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 4 | 2 | 4 | |
| 介護支援専門員 | | | 2 | | 1 |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | |
| 資格なし | | | | 5 | |

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 | | | | | 2 |
| 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

18 時 0 分～ 8 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 | | | | | |
| はり師又はきゆう師 | | | | | |
| 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 | | | | | 1.0 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 | | | 1 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 2 | | 5 | | | | 2 | | |
| 3年以上5年未満 | | | | | 1 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 4 | | 1 | | | | 1 | |
| 10年以上 | | | | 2 | 2 | 1 | | | | | |
| 合計 | | 1 | 2 | 6 | 9 | 2 | 0 | 0 | 2 | 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（直営） |
| 食事介助サービス | あり |
| 入浴介助サービス | あり |
| 排せつ介助サービス | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり |
| 相談対応サービス | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり |
| 服薬管理サービス | あり |
| 金銭管理サービス | あり |

| | |
|------------------|---|
| 定期的な安否確認の方法 | 定期的に巡回し、安否確認して記録を行い職員間の連携を図っています。（常時コール対応を行います） |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 医療は、同一建物にある駒ヶ嶺医院が診療を担当しています。また週2回は健康管理のため巡回検診を行っています。在宅酸素の管理、経管栄養対応可。 |

医療機関との連携・協力

| | | |
|-----------|-------|---|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 駒ヶ嶺医院 |
| | 所在地 | 新宿区西新宿4-4-6 |
| | 協力の内容 | 通常診療のほか、週2回は巡回検診を行います。診療科目（内科）。保険による実費。 |
| 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 | 小石川歯科クリニック |
| | 所在地 | 文京区小石川3-1-6 |
| | 協力の内容 | 週1回、診療を実施。距離7.6km。 |

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 | 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 | なし |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 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 |
| 口腔衛生管理体制加算 | なし |
| 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 | なし |
| 運営懇談会の開催 | あり (年 12 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（特定疾病の方は40歳以上） |
| | 要介護度 | 介護度1以上 |
| | 医療的ケア | 在宅酸素の管理、経管栄養対応可 |
| | 認知症 | 対応可 |
| | その他 | なし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人は入居者と連携して債務の履行の責任を負う。詳細は入居契約書第36条を参照。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 5泊6日まで |
| | 利用料金 | 1泊 7,724円 家賃相当額 2,550 管理費 2,306 食費 1,982 光熱水費 886 |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院の際は、部屋代及び管理費をご負担頂きます。（食費・日用品費等は頂きません） | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手續 | 身体拘束は原則として行いませんが、必要な場合はご家族のご了承を頂き、切迫性・非代替性・一時性の三原則に沿って真にやむを得ないと認められる場合に対応します。記録を作成し、常に身体的状況を観察し、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。 | |
| 事業者からの契約解除 | 虚偽の事項等記載により不正に入居したとき。また他の入居者・従業員に危害を及ぼしたとき。詳細は入居契約書第29条を参照。 | |

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・手續 | |
| 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 | 介護が特に必要な場合は、介護職員控室の近くにお移り頂きます。 | | |
| 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 | あり（居室面積） | | |
| 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 | 苦情相談窓口（管理者が対応） | | |
| 電話番号 | 03-5304-8362 | | |
| 対応時間 | 9:00 ～ 17:00 （ 年中無休 ） | | |
| 窓口の名称 2 | 新宿区役所高齢者総合相談センター | | |
| 電話番号 | 03-5273-4593 | | |
| 対応時間 | 8:30 ～ 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 | 03-6238-0011 | | |
| 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： 損害賠償責任保険（住友生命） | | |
| 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 | なし | | |
| 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： | 88.7 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 |
| 6 5 歳未満 | | | | | | | | |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | | | | | 1 | | | |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | | | | | | | | 1 |
| 8 5 歳以上 | | | | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 |
| 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 | 4 | 1 | 5 | 2 | 2 | | 14 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 3 人 | | | 女性： 11 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 44 %（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 | 1 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 1 | 医療機関への入院 | 5 |
| 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 | | その他 | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 2 | 退去者数合計 | 13 |

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 | 450,000 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 |
| なし | 0円 | 231,741円 | 76,500 | 69,207 | 0 | 59,450 | 26,584 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | $\text{月額単価 (円)} \times \text{想定居住期間 (月)} \text{ により算出}$ (月額単価の説明) (想定居住期間の説明) | | | | | |
| | 家賃 | 近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として76,500円と設定 | | | | | |
| | 管理費 | 69,207円 (各種設備の維持管理、共用の消耗品、事務管理費) | | | | | |
| | 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 400 円・昼食 550 円・夕食 550 円 間食 482 円 1日当たり 1,982 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) 全食欠食の場合、日割りで減額 | | | | | |
| | 光熱水費 | 電気料金、ガス料金、水道・下水道料金の月額合計を入居者数で分担することとして算出 | | | | | |

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 | 当月分を前月20頃までに支払う |
| 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 | — | — |
| 要支援2 | — | — |
| 要介護1 | 176,144 | 17,615 |
| 要介護2 | 197,726 | 19,773 |
| 要介護3 | 220,289 | 22,029 |
| 要介護4 | 241,217 | 24,122 |
| 要介護5 | 263,780 | 26,378 |

| 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 | 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 |
| 口腔衛生管理体制加算 | なし | |
| 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 | なし | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | なし | |

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 無料

料金改定の手続

「近隣建物」が大幅に改定されたときは「建物賃借料」を見直す契約になっている関係で、その際は改定をお願いせざるを得ない場合があります。運営懇談会にて提起します。

【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 | 名称なし | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 450,000 | 0 | 231,741 |

※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 | 入居希望者に交付 | 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 _____ 印 _____

説明年月日

_____年 月 日

説明者職・氏名

職 _____

氏名 _____ 印 _____

施設名:ねむの木

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 | 自動更新条項なし |
| 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 | 病院 |
| 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 | 都基準(既存建物の特例)9.9㎡~11.5㎡ |
| 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 | |

※ 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。

| | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|--|
| ○生活指導・栄養指導 | 〃 | 常時 | | | |
| ○服薬支援 | 〃 | 〃 | | | |
| ○生活リズムの記録（排便等） | 〃 | 〃 | | | |
| ○医師の往診 | | | あり | 実費 | |
| ○訪問診療 | | | あり | 実費 | |
| 入退院時、入院中のサービス | | | | | |
| ○移動サービス | なし | | なし | | <ul style="list-style-type: none"> ・送迎車の手配をする ・事情があり、同行が必要な場合はサービス ・事情があり、同行が必要な場合はサービス ・入院中は職員がお見舞いする |
| ○入退院時の同行（協力医療機関） | 〃 | | なし | | |
| ○入退院時の同行（上記以外） | 〃 | | なし | | |
| ○入院中の洗濯・買物 | 〃 | | なし | | |
| ○入院中の見舞い訪問 | 〃 | | あり | | |
| その他のサービス | | | | | |
| ○施設外の業者に依頼する洗濯 | 〃 | | あり | 実費 | |
| ○医療費 | 〃 | | あり | 〃 | |