

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 施設名 | グッドタイムホーム・調布 |
| 定員・室数 | 81 人 ・ 72 室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|------------|------------------|
| 類 型 | 介護付（一般型） |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 |
| 利用料の支払方式 | 選択方式 |
| 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1～2人（親族のみ対象） |
| 介護に関わる職員体制 | 1.5：1以上 |

1 事業主体

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------|---------------------|----|-------|--|
| 名 称 | 法人等の種別 | | | 営利法人 | |
| | フリカ`ナ | ガ`シカ`イヤジ`パ`ソライ`デザイン | | | |
| | 名 称 | 株式会社JAPANライフデザイン | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 107-0052 | | | |
| | 東京都港区赤坂1-7-1 赤坂榎坂森ビル6F | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5549-2600 | | | |
| | ファックス番号 | 03-5549-2660 | | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.japan-lifedesign.com | | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役社長 | 氏名 | 伊東 鐘賛 | |
| 設 立 年 月 日 | 平成16年4月21日 | | | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホーム事業の運営以外行っておりません。 | | | | |

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 | 3 | グッドタイムホーム・不動前 グッドタイムホーム・多摩川 | 品川区西五反田5-25-13 大田区西六郷4-29-1 |
| 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 | | |
| 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＞ | | | |
| 介護予防訪問介護 | なし | | |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | 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 | 3 | グッドタイムホーム・不動前 グッドタイムホーム・多摩川 | 品川区西五反田5-25-13 大田区西六郷4-29-1 |
| 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 | | |

2 事業所概要

| | | | | | | |
|---------------------|---|---|-------------------------|---|------------------|--|
| 名 称 | フリカナ | グッドタイムホーム・調布 | | | | |
| | 名 称 | グッドタイムホーム・調布 | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | 182-0026 | 東京都調布市小島町2-3-6 | | | |
| | 電 話 番 号 | 042-490-9006 | | | | |
| 連 絡 先 | ファックス番号 | 042-490-9007 | | | | |
| | ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.japan-lifedesign.com | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1374201331号 | | | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 (ホームマスター) | 氏名 | 仮屋園 由美子 | | |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 16 年 10 月 16 日 | | | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 16 年 6 月 2 日 | | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 16 年 10 月 16 日 | | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日 (初回) | 平成 16 年 10 月 1 日 | | | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 34 年 9 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 18 年 4 月 1 日 | | | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 30 年 3 月 31 日 まで | | | | |
| 事業所へのアクセス | ・京王線「調布」駅より徒歩9分 (710m) | | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | | |
| | 面 積 | 2902.94 m ² | | | | |
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | | |
| | 延床面積 | 2898.03 m ² うち有料老人ホーム分 2898.03 m ² | | | | |
| | 竣工日 | 平成 4 年 3 月 16 日 | | | | |
| | 階 数 | 地上 3 階 | | 地下 0 階 | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 3 階 | | 地下 0 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16年10月1日 ~ 平成36年10月1日 | | | |
| | | 自動更新 | あり | | | |
| | 土地 | 契約期間 | 平成16年10月1日 ~ 平成36年10月1日 | | | |
| | | 自動更新 | あり | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | |
| | 1階 | 1人 | 20 | 17.54 m ² ~ 19.24 m ² | | |
| | 2階 | 1人 | 28 | 17.54 m ² ~ 19.24 m ² | | |
| | | 2人 | 1 | 35.83 m ² ~ m ² | | |
| | 3階 | 1人 | 15 | 17.54 m ² ~ 17.92 m ² | | |
| | | 2人 | 8 | 34.73 m ² ~ 35.83 m ² | | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | |
| | | | | m ² ~ m ² | | |
| | | | | m ² ~ m ² | | |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 2 箇所 (男女共用) | | |
| 浴 室 | 居室 | 一部設置 | 共同浴室 | 個浴 : 4 大浴槽 : 1 機械浴 : 2 | | |
| | 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 (ラウンジ、ホール、健康相談室 (理美容室含む)、娯楽室、洗濯室、ガーデン等を配備しています。) | | | | | |
| 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 | 1.0 | | | | |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 計画作成担当者兼務 | | | |
| 看護職員：直接雇用 | 2 | | 1 | 2 | | 5人 | 4.5 | 機能訓練指導員兼務 | | | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 17 | | | 24 | | 41人 | 36.0 | | | | |
| 介護職員：派遣 | | | | 4 | | 4人 | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 看護職員兼務 | | | |
| 計画作成担当者 | | | 2 | | | 1人 | 1.0 | 生活相談員兼務 | | | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | 委託 | | | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 委託 | | | |
| 事務員 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | | | | |
| その他従業者 | 3 | | | 2 | | 5人 | 4.1 | | | | |
| 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 | 6 | | | 9 | | | | | / | | |
| 実務者研修 | | | | 1 | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 11 | | | 17 | | | | | | | |
| 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 | | | | 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 | | | | | | | | | / | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| ③-3 管理者（施設長）の資格 | | | | 介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉主事 | | | | | | | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | 17 時 0 分～ 9 時 30 分 | | | | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | | 介護職員 4 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 1.4 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 | 6 | 10 | 1 | | | | 1 | |
| 1年以上3年未満 | | 2 | | 8 | 12 | 1 | | 1 | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | | 1 | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 1 | 4 | | | | | | |
| 10年以上 | | | | 2 | 2 | | | | | | |
| 合計 | | 3 | 2 | 17 | 28 | 2 | 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 |
| 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 | <p>介護度に応じた最低限の巡視間隔を設け、個別性を重視した巡視対応を致します。詳しくは別紙1「介護サービス等の一覧表」をご覧ください。</p> <p>巡視時の安否確認については、できる限りプライバシーを尊重し、入居者本人の意向を確認し、同意の上行います。</p> <p>また、監視カメラは一部フロア共用部に設置しておりますが、居室への設置はございません。</p> <p>人感センサー等も設備はございません。入居者の状態に応じてセンサーマット等の安否確認機器の導入を相談させて頂く場合があります。</p> |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・日中、看護師が常駐する時間帯において、軽度の治療や処置 (傷の手当て、軟膏塗布、腫脹部へのクーリング対応等) を行います。また、胃瘻や、インスリンなど、医療的ケアが必要な方もお受け入れしております。ただし、ホームの体制・状況・その他の理由により、入居をお待ちいただく、又はお断りさせていただく場合がございます。 ・ご入居者様が罹病、負傷、身体状況の変化等により医療対応が必要になり、ホーム内での対応が困難な場合には、医療機関又は目的施設において医師による必要な治療が受けられるよう、医療機関との連絡・紹介・受診手続・通院介助等の協力を行います。 ・ご入居者様の身体状況が著しく低下した場合 (病院からの退院含む) においては、ホーム職員による本人の状況と状態の確認等の情報収集、及び協力医療機関への相談の上、身元引受人又は家族等とホームでの対応について協議します。ホームでの対応が困難となり、契約解除となる場合、ホームは移転先の有無を確認し、移転先がない場合には、ご入居者様、身元引受人又は家族等と協議し、移転先の確保について協力します。 ・感染症等への罹患が認められた場合、他の入居者への感染防止のため、占有居室への隔離又は医療機関での入院加療等の隔離を行うことがあります。 ・医療費 (入院費用) はすべて自己負担になります。 |

| 医療機関との連携・協力 | | |
|-----------------------------|-------|--|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 東京慈恵会医科大学附属第三病院 |
| | 所在地 | 狛江市和泉本町4-11-1 |
| | 協力の内容 | 契約に基づく治療の受入 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 洪庵会 いぐさクリニック |
| | 所在地 | 杉並区下井草3-39-21 2階 |
| | 協力の内容 | 契約に基づく受診・治療、週1日の訪問診療。臨時往診。定期健診手配 |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 医療法人社団明世会 成城内科 |
| | 所在地 | 世田谷区成城6-22-3 |
| | 協力の内容 | 契約に基づく受診・治療、週1日の訪問診療。臨時往診。 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | オカムラ歯科医院 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区玉川3-1-5 カメリアコート1F |
| | 協力の内容 | 契約に基づく受診・治療、週1日の訪問診療。 |
| 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 | | あり |
| 看取り介護加算 | | あり |
| 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) |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | | あり |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | | 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 | | 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 |
| | 要介護度 | 自立・要支援1,2・要介護1~5 |
| | 医療的ケア | 入居前に提出いただく医療情報を受け、事業所の看護体制で対応可能と判断できた方(ホームの状況によっては、お待ちいただくもしくはお断りする場合がございます) |
| | 認知症 | 他者への迷惑行為等共同生活に支障のない方 |
| | その他 | 入居前の検診等により常時医療的処置を要する方や伝染病、感染症及び暴力行為等により共同生活に支障を来す方は事業者からお断りすることがあります。 |

| | | |
|-------------------|---|--|
| 身元引受人等の条件、義務等 | <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人と返還金受取人が1人以上必要です。身元引受人は、入居契約の義務や利用料等の支払債務等についての連帯保証や契約解除時の入居者の身柄、所有物の引き取りの責任があります。また、入居者の心身、健康状態に変化があり、必要な対応を求められる場合には、その方法について事業者から相談を受ける役割を担うこともあります。 ・身元引受人が選任できない場合は、成年後見人等の代理が必要です。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 1泊2日～13泊14日まで（最大2週間）／1人1回 |
| | 利用料金 | 1泊5,400円（夕食・朝食付）／ 昼食822円（別途負担分） |
| | その他 | 外出等において、朝食及び夕食を召し上がられない場合でも、減額は致しません。昼食においては、召し上がった食数にて計算させていただきます。 |
| 入院時の契約の取扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・入院された場合、入院期間の長短に関わらず、入居契約は継続致します。 ・管理費、光熱水費、食堂運営費（食費の一部）は入院等不在期間においても全額徴収し、食費は欠食分を差し引いた費用を徴収します。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>本人又は他の利用者の生命又は身体を保護する為の措置として緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、委員会を中心に十分に検討を行い、切迫性・非代替性・一時性の3要件のすべてを満たした場合のみ、本人・家族への説明同意を得て行います。</p> <p>身体拘束を行った場合その経過を記録し、拘束解除においては、「緊急やむを得ない場合」に該当するかを常に観察・再検討を行い、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。</p> | |
| 事業者からの契約解除 | (1) | 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき |
| | (2) | 月額利用料、その他の費用の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞したとき |
| | (3) | 入居者の病状が、常時医療的処置を要すると、事業者の指定する医師または看護職員の意見を踏まえ、判断されるとき。 |
| | (4) | 入居者の行動・病状が他の入居者又は従業員の健康・心身・生活に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する事業者の有料老人ホームとしての通常の介護方法及び接遇方法でこれを防止することができないとき（暴力、暴言、奇声、奇行、窃盗行為、他居室への無断侵入、伝染病、感染症等） |
| | (5) | 入居者及びその家族又は身元引受人・返還金受取人・代理人から社会通念上良識を逸脱する苦情申し立てがあり、通常の解決方法ではそれを解決できないとき |
| | (6) | 本契約の規定及び管理規程、その他施設が定める諸規則に違反があったとき |
| | (7) | 天災地変、関係法令の改変、その他やむを得ない事由により、継続的な施設の運営が困難となった場合。 |

| 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 | 事業者がより適切な介護等を行うことを目的として、介護の状況等により一定の観察期間をおき、医師又は看護師の意見を踏まえ、本人の意思等を確認したうえで、一般居室を変更していただく場合があります。 | | |
| 利用料金の変更 | 一般居室の権利は、変更のうえ継続し、面積増減による賃用の調整は原則行いません。 | | |
| 前払金の調整 | 一般居室の権利は、変更のうえ継続し、面積増減による賃用の調整は原則行いません。 | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | 基本的設備の変更はありません。 | | |
| 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 | | 生活相談窓口（生活相談員） | |
| 電話番号 | 042-490-9006 | | |
| 対応時間 | 9:00 ～ 17:00 （ 月～日及び祝・祭日 ） | | |
| 窓口の名称 2 | | 調布市 福祉健康部 高齢者支援室 介護保険担当 | |
| 電話番号 | 042-481-7321 | | |
| 対応時間 | 8:30 ～ 17:15 （ 月～金 ） | | |
| 窓口の名称 3 | | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口担当 | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 対応時間 | 9:00 ～ 17:00 （ 月～金 ） | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：施設賠償責任保険 | | |
| 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： 91.1 歳 | | | | 入居者数合計： 70 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 | | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | 1 | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 2 | | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | |
| 85歳以上 | | 1 | 3 | 2 | 7 | 11 | 14 | 14 | 4 | |
| 合計 | | 5 | 3 | 3 | 8 | 13 | 15 | 17 | 6 | |

| 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 | 6 | 38 | 5 | 14 | 0 | 70 |

| 男女別入居者数 | 男性： 16 人 | 女性： 54 人 |
|------------------------|------------------|----------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 86 %（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 | 2 |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 11 |
| 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 | 1 | 退去者数合計 | 15 |

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 |
| ◆長期利用型 | | | | | | | |
| シングル／要介護1～要介護5の方 | | | | | | | |
| A. 80歳以下 | 14,400,000 | 244,783 | | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| B. 81歳以上85歳以下の方 | 12,000,000 | 244,783 | | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| C. 86歳以上90歳以下の方 | 9,600,000 | 244,783 | | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| D. 91歳以上又は要介護4・5の方 | 7,200,000 | 244,783 | | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| 自立者・要支援者 | | | | | | | |
| 全年齢対象 | 28,800,000 | 244,783 | | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| ツイン／要介護1～要介護5の方 | | | | | | | |
| A. 80歳以下 | 28,800,000 | 413,451 | | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |
| B. 81歳以上85歳以下の方 | 24,000,000 | 413,451 | | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |
| C. 86歳以上90歳以下の方 | 19,200,000 | 413,451 | | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |
| D. 91歳以上又は要介護4・5の方 | 14,400,000 | 413,451 | | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |
| ツイン／自立者・要支援者 | | | | | | | |
| 全年齢対象 | 57,600,000 | 413,451 | | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |
| ※料金表の「ツイン(2人利用)」は入居者が同一条件(対象者区分)の場合。 ※ツイン(2人利用)で、利用する2人が自立者と要介護の場合などにより各々適用内容が異なる場合、前払金はそれぞれのシングルの額を合算したものとし、償却方法もそれぞれの規定に基づきます。 | | | | | | | |
| ◆単年利用型／シングル・ツイン／全入居対象者共通 | | | | | | | |
| シングル | 2,400,000 | 244,783 | | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| ツイン | 4,800,000 | 413,451 | | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |
| ※単年利用型入居契約期間内に、継続入居による長期利用型への移行を希望する場合は、当初契約締結時点の重要事項説明書記載の対象者に該当する長期利用型前払金と支払済の単年利用型前払金の差額(「長期移行前払金」)を支払うことにより、長期利用型に移行することができます。なお、事前届出や償却方法等の詳細は入居契約書に基づきます。 | | | | | | | |

◆月払い利用型／シングル・ツイン／全入居対象者共通

| | | | | | | | |
|------|---|---------|---------|---------|--------|---------|--------|
| シングル | 0 | 444,783 | 200,000 | 129,600 | 30,857 | 61,697 | 22,629 |
| ツイン | 0 | 813,451 | 400,000 | 194,400 | 61,714 | 123,394 | 33,943 |

| | | | | | | | |
|-----------|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価 (200,000円) × 想定居住期間 (72月) により算出 (月額単価の説明) 施設維持コスト (施設賃借料、長期施設維持費、修繕費等) (想定居住期間の説明) 事業者団体による簡易生命表に基づき算定した想定居住年数を基礎としています。 | | | | | |
| | 家賃 | ・長期利用型及び単年利用型を選択した場合は前払金にてお支払い済みです。 ・月払い方式を選択した場合、 シングル：200,000円/月、ツイン：400,000円/月を月額利用料と合わせてお支払いいただきます。 | | | | | |
| | 管理費 | ・施設運営費・維持管理費 (短期的修繕及びその積立費用) や事務人件費 (施設内経理処理及び窓口対応等における人員の配置費用) としての費用 | | | | | |
| | 介護費用 | ○名称：特別介護サービス費 ○対象者：要介護認定者 (要支援・要介護) ○内容：要支援・要介護者に対して、特定施設入居者生活介護サービスを平成12年3月30日老企52号により、直接処遇職員 (介護職員・看護職員) を手厚く配置した特別介護費用の負担分。 算定方法…当ホーム最大定員入居数に対する人員配置を上回る職員数を基に算出したもの。【人員配置1.5:1】 ○その他： <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始月や契約終了月、不在期間発生月における1ヶ月に満たない期間の特別介護サービス費は、入居実績に基づき、1ヶ月を30日として、日割計算を行います。 ・費用は、開設前の費用設定時において、人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付 (利用者負担分を含む) による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく推定額で算出しています。 ・入居契約中に、要介護認定の資格を喪失した場合や自ら放棄した場合は、自動的に生活サポート費に移行します。 ○名称：生活サポート費 ○対象者：自立者 (介護保険未申請者を含む) ○内容：自立者に対する生活サービス (夜間巡回、入浴準備、ケアコール対応、居室清掃、リネン交換等) と健康管理サービス (バイタルチェック等) に係る負担分 ○その他： <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始月や契約終了月、不在期間発生月における1ヶ月に満たない期間の特別介護サービス費は、入居実績に基づき、1ヶ月を30日として、日割計算を行います ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 206 円・昼食 411 円・夕食 411 円 間食 - 円 1日当たり 1,028 円 × 30日で積算 ・通常月の食材費は、欠食がある場合、1ヶ月を30日 (90食) として欠食分を基準額から減算し、利用実績に基づき請求します。 ・利用開始月及び契約終了月における1ヶ月に満たない期間の食材費は、実食分を積算し利用実績に基づき請求します。 厨房管理運営費 30,857 円など ・通常月の食堂運営費は、厨房管理・維持費等より算出しております。 ・利用開始月や契約終了月における1ヶ月に満たない期間の食堂運営費は、1ヶ月を30日として日割計算を行います。 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) ・費用の減算を行う欠食は前日14:00迄の事前届出を要します。 | | | | | |
| 光熱水費 | ○水道・光熱費 (共用部含む) | | | | | | |

短期利用特定施設入居者生活介護の利用料

| プランの名称 | 前払金 | 短期利用料 1日当たり | (内訳) | | | | |
|---------------------|--|----------------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | | 家賃相当額 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| 短期利用特定施設 入居者生活介護 | 0 | 14,824 | 6,666 | 4,320 | 1,028 | 2,056 | 754 |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・最大30日までの利用が可能 ・介護保険要介護認定が要介護の方のみ利用が可能。 ・介護保険のサービス利用料金は、別途かかります。 ・費用の詳細、支払方法等については、短期利用特定施設入居者生活介護利用契約書の通り。 ・食費の内訳（厨房管理費（1,028円/日）、食材費（1,028円/日）となります。 | | | | | | |

前払金の取扱い

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| 支払日・ 支払方法 | 下記の当社取引銀行指定口座への振込みによりお支払いいただきます。 (振込先) 鹿児島銀行 福岡支店 (口座名) 株式会社 J A P A N ライフデザイン 代表取締役 伊東 鐘賛 | |
| 償却開始日 | 入居日 | |
| 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 | <p>【長期利用型・単年利用型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・償却起算日以降、次の月次償却基準額で償却します。 [月次償却基準額] 前払金 ÷ 償却期間 ・前払一時金の償却は入院等不在期間においても進行（徴収）します。 ・償却開始月や契約終了月における1ヶ月に満たない期間は、1ヶ月を30日とした日割計算によります。 ・ツイン(2人利用)で、その一方が解約となり、1人で継続利用する場合、前払金の返還金の清算、月次償却基準額や償却方法の変更は行いません。 ・償却期間内に解約される場合は未償却分を返還します。 <p style="text-align: center;">返還金目安 = 前払金 ÷ 償却期間 × 未償却期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期利用型の場合、償却期間を経過すると返還金はなくなりますが、前払金の追加徴収はありません。 ・明渡しに伴う原状回復等のため費用を差し引かれることがあります。 | |
| | 期間：3か月 | 起算日：入居した日 |

| | | | | | | |
|--|--|--------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------|------------------------------|
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | <p>契約解除日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方式</p> <p>入居日から3か月以内において、入居者が契約解除を申し出て、入居日より4か月目までに、入居契約に定める次号の精算金支払い並びに明渡しを行うことにより、事業者は前払金を全額無利息にて、当該明渡しを受けた日から90日以内に、乙又は返還金受取人に返還するものとします。なお、事業者は、当該精算金を前払金から控除し、残額を返還できるものとします。</p> <p>【当該精算金】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 実入居期間家賃相当額（前払金の月次償却基準額を30日で除し、入居日から居室明渡しの日までの日数で乗じたもの） 二 月額利用料精算金 三 その他の費用精算金（日常消耗品の実費負担分や個別選択による有料サービスの費用） 四 原状回復費用 五 その他の精算金（立替金等） | | | | | |
| 返還期限 | 契約終了日から 90 日以内 | | | | | |
| 保全措置 | なし 保全先： | | | | | |
| その他留意事項 | なし | | | | | |
| 月額利用料の取扱い | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | 毎月10日前後に、前月利用分のご請求書を発行し、同月18日（土日祝祭日の場合は翌営業日）に指定の口座より引き落としまたは、窓口にてお支払いとなります。 | | | | | |
| 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) | | | | | | |
| 介護度 | 基本単位 a | 加算 b | 処遇改善加算 c=(a+b)×d 小数点以下四捨五入 | 総単位数 e=a+b+c | 介護報酬 f=e×地域別単価 小数点以下切捨て | 自己負担額 g=f×0.1 小数点以下切上げ |
| 要支援1 | 5,370 | 80 | 447 | 5,897 | 62,979円 | 6,298円 |
| 要支援2 | 9,240 | 80 | 764 | 10,084 | 107,697円 | 10,770円 |
| 要介護1 | 15,990 | 380 | 1,342 | 17,712 | 189,164円 | 18,917円 |
| 要介護2 | 17,910 | 380 | 1,500 | 19,790 | 211,357円 | 21,136円 |
| 要介護3 | 19,980 | 380 | 1,670 | 22,030 | 235,280円 | 23,528円 |
| 要介護4 | 21,900 | 380 | 1,827 | 24,107 | 257,462円 | 25,747円 |
| 要介護5 | 23,940 | 380 | 1,994 | 26,314 | 281,033円 | 28,104円 |
| 加算の種類 | | 単位・割合 | 算定 | 備考 | | |
| b | | 個別機能訓練加算 | 0/日 | なし | なし | |
| b | | 夜間看護体制加算 | 10/日 | あり | 要介護のみ | |
| b | | 看取り介護加算 | 80～1,280/日 | あり | 対象者のみ | |
| b | | 医療機関連携加算 | 80/月 | あり | 対象者のみ | |
| b | | 認知症専門ケア加算 | 0/日 | なし | なし | |
| b | | サービス提供体制強化加算 | 0/日 | なし | なし | |
| d | | 介護職員処遇改善加算 | 8.20% | あり(I) | なし | |
| 当ホームの地域別単価は10.68です。(調布市) 看取り介護加算を算定した月においては自己負担額が変動します。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 物価や人件費の変動、若しくは介護保険料改定等を勘案し、運営懇談会にて説明の上、上記費用の額を変更できるものとします。 | | | | | | |

【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 | 長期利用型基本プラン | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 12,000,000 | 244,783 |
| ※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

| | |
|---------------------------------------|---------|
| 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 _____ |