

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 施設名 | しゃくじい台翔裕館 |
| 定員・室数 | 40人・40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 | |
| | フリカナ | カブシカイシャサンガジャパン | | |
| 名 称 | 株式会社サンガジャパン | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 330-0854 | | |
| | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町四丁目252番地 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 048-613-8463 | | |
| | ファックス番号 | 048-614-1552 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.kantousanga.co.jp | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 神成 裕介 |
| 設 立 年 月 日 | 令和3年1月1日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業 介護保険法に基づく居宅サービス事業 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 介護保険法に基づく介護予防支援事業 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業 | | | |

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 | 1 | あきる野翔裕館 | 東京都あきる野市草花1481-1 |
| 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 | 2 | あきる野翔裕館 | 東京都あきる野市草花1481-1 |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | 1 | 西おおいずみ翔裕館 | 東京都練馬区西大泉1-23-7 |
| 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居者生活介護 | 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 | あきる野翔裕館 | 東京都あきる野市草花1481-1 |
| 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 | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|-----|-------|
| 名称 | フリカバナ 名称 | シャクジダイショウユウカン しゃくじい台翔裕館 | | |
| 所在地 | 〒 178-0065 | 東京都練馬区石神井台7丁目12-22 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6904-8265 | | |
| | ファックス番号 | 03-6904-8365 | | |
| ホームページ | http://www.kantousanga.co.jp | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1372013514号 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 豊田 勝彦 |
| 事業開始年月日 | 令和3年3月1日 | | | |
| 届出年月日 | 令和3年1月17日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和3年3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3年3月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和8年2月28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3年3月1日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和8年2月28日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | 西武新宿線武蔵関駅下車 徒歩7分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし |
| | 面積 | 1494.34 m ² | | |

| | | | | | |
|-------------|-------------|------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 1511.76 m ² | うち有料老人ホーム分 1511.76 m ² | | |
| | 竣工日 | 令和2年12月31日 | | | |
| | 階 数 | 地上 2 階 | | 地下 0 階 | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 2 | | 地下 0 階 | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 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 | 令和3年1月30日 | ～ 令和33年1月29日 | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 15人 | 15 | 16.75 m ² ～ 17.64 m ² | |
| | 2階 | 25人 | 25 | 18.69 m ² ～ 19.16 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 | |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 2 箇所 (男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：3 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 | 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 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | なし |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | | | 2 | | 3人 | 2.3 | 無し |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 8 | | | 6 | | 14人 | 11.2 | 無し |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | 1 | | 1人 | 0.1 | |
| 計画作成担当者 | | | | 1 | | 1人 | 0.5 | |
| 栄養士 | | | | 1 | | 1人 | 0.2 | |
| 調理員 | | | | 4 | | 4人 | | |
| 事務員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 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 | | 4 | | 1 | |
| 実務者研修 | | 2 | | | |
| 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 | | 2 | | 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 | | | | 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 | | 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 | 19 時 30 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 | | | | | | 2.0 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 | 2 | 8 | 6 | 1 | | | 1 | | 1 |
| 1年以上3年未満 | | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 1 | 2 | 8 | 6 | 1 | | | 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（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 | なし |

定期的な安否確認の方法 24時間職員が常駐 夜間帯は2時間おきに居室巡回

施設で対応できる医療的ケアの内容 各種ストマ管理、在宅酸素、バルーンカテーテル
胃瘻、経管栄養は要相談（夜間帯のたん吸引は出来ません）
日中は看護師在住（夜間は介護職員のみ）

医療機関との連携・協力

| | | |
|-----------|-------|--|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 杉並北クリニック |
| | 所在地 | 東京都杉並区下井草4-31-2ツクイ・サンシャイン杉並1階 |
| | 協力の内容 | 訪問診療・往診・定期健康診断年2回 (診療科目：内科) |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 荻窪病院 |
| | 所在地 | 東京都杉並区今川3-1-24 |
| | 協力の内容 | 入院治療の受入・検査精査 (診療科目：内科・外科・整形外科・皮膚科・眼科) |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 城西病院 |
| | 所在地 | 東京都杉並区上荻2-42-11 |
| | 協力の内容 | 入院治療の受入・検査精査 (診療科目：内科・神経内科・整形外科・リウマチ科・眼科) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | フォレストデンタルクリニック |
| | 所在地 | 東京都西東京市東町3-1-13 |
| | 協力の内容 | 訪問治療・口腔ケア指導・緊急時の治療 |

| 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 | 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 | あり(I) |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | あり(II) |
| 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 | 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 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 | 60歳以上 |
| | 要介護度 | 自立・要支援1～ |
| | 医療的ケア | 気管切開・人工呼吸器・IVHについては対応不可能 症状によりご相談させていただきます |
| | その他 | 特になし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | ①入居者は身元引受人を最低でも1人定めること ②身元引受人は入居者に対する義務については入居者と連携して責任を負うとともに、必要な時は入居者の身柄を引き取る責任を負う。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 2泊3日(要介護1) |
| | 利用料金 | 9,000円/1日 |
| | その他 | 特になし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中は家賃・管理費・共益費が発生します。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | ①切迫性(本人又は他の入居者の身体が危険にさらされている可能性が著しく高いこと)・非代替性(身体拘束・その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと)・一時性(身体拘束・その他の行動制限が一時的なものであること)の要件をすべて満たした場合、身体拘束を行う場合があります。 ②ご家族に状況説明及び同意をいただき、様子を記録に残し定期的にご家族に報告いたします。(状況により主治医を交えてご相談させていただきます) ③早期解除することを目標に検討会議を随時開催します | |
| 事業者からの契約解除 | ①契約内容等に虚偽の記載があった場合 ②1か月以上利用料が延滞し、催告したにもかかわらず2週間滞納した場合 ③入居契約書第20条の規定に違反した場合 ④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、かつ通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない場合 ⑤他契約書内容に準ずる | |

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 | しゃくじい台翔裕館 施設長 豊田 勝彦 |
| 電話番号 | 03-6904-8265 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日・土日祝日) |
| 窓口の名称 2 | 株式会社サンガジャパン 東日本支社 管理本部 |
| 電話番号 | 048-613-8463 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日) |
| 窓口の名称 3 | 東京都福祉保健局施設支援課 |
| 電話番号 | 03-5320-4537 |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:15 (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害保険株式会社 |
| 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： 86.3 歳 | 入居者数合計： 8 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 | 1 | | 1 | |
| 85歳以上 | | | | | 2 | | 1 | 2 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 |
| 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 | 8 | | | | | | 8 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 1 人 | | | 女性： 7 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 20 %（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 | | その他 | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | 退去者数合計 | 3 |

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 | 443,100 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 共益費 含む | 食費 | 水光熱費 | | | |
| | | | 基本プラン | 0円 | 280,000円 | 147,700 | 75,600 | 56,700 | 管理費に含む |
| | | | | 0円 | 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 (月額単価の説明) (想定居住期間の説明) | | | | | | | |
| | 家賃 | 施設建設における有料老人ホーム部分に掛かった建築費用として | | | | | | | |
| | 管理費 | 居室維持の維持管理・事務用品費・水光熱費として41,600円 共益費として施設共有部分の維持管理費・事務用品費・水光熱費として34,000円 | | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 500 円・昼食 730 円・夕食 560 円 間食 100 円 1日当たり 1,890 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 ※ご提供させていただいた食事数で算定させていただきます (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 前日の午後4時までにお知らせください。ご連絡がない場合は費用が発生いたします。 | | | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費・共益費に含む | | | | | | | |

| 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 | 当日分を翌月27日に指定口座より自動引き落としにてお支払いをお願いいたします。 | |
| その他留意事項 | 自動引き落としができなかった場合は、連絡の上速やかにご入金をお願いいたします。 | |
| 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 | 59,514 | 5,951 |
| 要支援2 | 101,697 | 10,169 |
| 要介護1 | 175,926 | 17,592 |
| 要介護2 | 197,508 | 19,750 |
| 要介護3 | 220,398 | 22,039 |
| 要介護4 | 241,326 | 24,132 |
| 要介護5 | 263,888 | 26,389 |
| 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 | 対象者のみ |
| 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 | |
| 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 | 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(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 | | |

消費税、物価指数に併せて、物価の変動又は人件費の増額に応じて勘定、揭示、同意の元に改正させていただきます。

【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 | 基本プラン・標準 | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 443,100 | 0 | 280,000 |
| ※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 | 適宜行っております。 |

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 _____

介護サービス等の一覧表(参考様式)

| 区分 サービス | (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 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○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) 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 | | 応相談 | ■ | |
| 巡回 夜間 | | 応相談 | ■ | |
| 食事介助 | | 1回3,300円 | ■ | |
| 排泄介助 | | 1回3,300円 | ■ | |
| おむつ交換 | | 1回3,300円 | ■ | |
| おむつ代 | | 実費 | | 実費 |
| 入浴(一般浴)介助 | | 1回3,300円 | ■ | 3回目(週)から1回3,300円 |
| 清拭 | | 1回3,300円 | ■ | 3回目(週)から1回3,300円 |
| 特浴介助 | | 1回3,300円 | ■ | 3回目(週)から1回3,300円 |
| 身辺介助 | | | ■ | |
| ・体位交換 | | 1回3,300円 | ■ | |
| ・居室からの移動 | | 1回3,300円 | ■ | |
| ・衣類の着脱 | | 1回3,300円 | ■ | |
| ・身だしなみ介助 | | 1回3,300円 | ■ | |
| 機能訓練 | | 1回3,300円 | ■ | |
| 通院介助 (協力医療機関) | | 5,000円(2時間) | ■ | |
| 通院介助 (上記以外) | | 5,000円(2時間) | | 5,000円(2時間) |
| 緊急時対応 | ○ | | ■ | |
| オンコール対応 | ○ | | ■ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | 1回2,200円 | ■ | 2回目(週)から1回2,200円 |
| リネン交換 | | 1回2,200円 | ■ | 2回目(週)から1回2,200円 |
| 日常の洗濯 | | 1回2,200円 | ■ | 2回目(週)から1回2,200円 |
| 居室配膳・下膳 | | 1回2,200円 | ■ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | 実費 | | 実費 |
| おやつ | | | ■ | |
| 理美容 | | 実費 | | 実費 |
| 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 サービス | (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に含む)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 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に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) 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 | | 実費 | | 実費 |
| 健康相談 | | 1回2,200円 | ■ | |
| 生活指導・栄養指導 | | 1回2,200円 | ■ | |
| 服薬支援 | | 1回2,200円 | ■ | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | | 1回2,200円 | ■ | |
| 医師の訪問診療 | | 実費 | | 実費 |
| 医師の往診 | | 実費 | | 実費 |
| <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) | | 5,500円(2時間まで) | ■ | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 5,500円(2時間まで) | | 5,500円(2時間まで) |
| 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> | | | | |