

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | フローレンスケア調布 |
| 定員・室数 | 61 人 ・ 61 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 | 選択方式 |
| 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 | | |
| | フリカドナ | トウケンセツカブシカイシャ | |
| 名 称 | 工藤建設株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 225-0003 | | |
| | 神奈川県横浜市青葉区新石川4丁目33番地10 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 045-911-5736 | |
| | ファックス番号 | 045-911-5737 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.kudo.co.jp/ | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 工藤英司 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和46年7月1日 | | |
| 主 な 事 業 等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 建設事業（建築・土木の設計及び施工） ・ 住宅事業（設計・施工及び不動産販売） ・ 建物総合管理業 ・ 農業 | | |

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 | 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 | 5 | フローレンスケア聖蹟桜ヶ丘 フローレンスケア芦花公園 フローレンスケア萩窪 フローレンスケアホーム千鳥町 | 府中市日新町5-53-1 世田谷区南烏山2-32-28 杉並区萩窪2-4-29 大田区千鳥3-21-3 |
| 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 | 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 | 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 | 4 | フローレンスケア 芦花公園 フローレンスケア 聖蹟桜ヶ丘 フローレンスケアホーム千鳥町 | 世田谷区千歳烏山2-32-28 府中市日新町5-53-1 大田区千鳥町3-21-3 |
| 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 | 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 | フリカミナ 名 称 | フローレンスケア調布 | | |
| 所 在 地 | 〒 182-0026 | 東京都調布市小島町1-16-3 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 042-444-5222 | | |
| | ファックス番号 | 042-444-5221 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.good-care.jp/ | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1374203584号 | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 | 室井 正行 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 令和3年3月1日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 令和1年12月26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9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9年2月28日 まで | | |
| 事業所へのアクセス | （電車）京王線 調布駅下車 調布駅より徒歩4分 約330m （お車）調布インターより約1.2km 所要時間約3分 | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし |
| | 面 積 | 833.97 m ² | | |

| | | | | | |
|-----------|--|--|----------------------------|--|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 3276.71 m ² うち有料老人ホーム分 2979.77 m ² | | | |
| | 竣工日 | 令和3年2月9日 | | | |
| | 階 数 | 地上 7 階 地下 0 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 1~7 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、保育園 | |
| 併設施設等 | あり (調布そらいろ保育園 (運営は別法人)) | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 令和3年2月9日 ~ 令和33年2月8日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 3階 | 1人 | 9 | 18.0 m ² ~ 18.0 m ² | |
| | 4階 | 1人 | 14 | 18.0 m ² ~ 20.78 m ² | |
| | 5階 | 1人 | 13 | 18.0 m ² ~ 20.78 m ² | |
| | 6階 | 1人 | 11 | 18.0 m ² ~ 18.0 m ² | |
| | 7階 | 1人 | 14 | 18.0 m ² ~ 20.78 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 | 6 箇所 (男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：5 大浴槽：0 機械浴：1 | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり (来訪者、入居者の歓談の場所、その他レクリエーション、ホームの催し等に利用する。) | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| その他の共用施設 | あり 2階に機能訓練室・事務室・洗濯室・汚物処理室、 3階に理容室、各階に洗濯室・汚物処理室、 (ステーション (介護・看護職員室)) 5階に健康管理室、4・5・7階に談話コーナー | | | | |
| エレベーター | あり 2 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 | 7 | | | | | 7人 | 7.8 | |
| 看護職員：派遣 | | | | 1 | | 1人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 18 | | | 1 | | 19人 | 22.1 | |
| 介護職員：派遣 | 2 | | | 2 | | 4人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | | | 2 | | | 2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 | | | | 4 | | 4人 | 2.6 | |
| 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 | | 17 | | 3 | |
| 実務者研修 | | 2 | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 1 | | | |
| 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 | | | | | |

| 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 | | 1 | | | |
| 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 | | | | | |

| 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 | 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 1 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 | | 5 | 1 | 15 | 3 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | 2 | | 5 | | 2 | | 1 | | 2 | |
| 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 7 | 1 | 20 | 3 | 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 介護職員による巡回頻度は2時間に1回。各居室、トイレ、浴室にナースコール設置。必要時はセンサーマットを使用。

施設で対応できる医療的ケアの内容

- ・ 協力医療機関の医師による訪問診療。
- ・ 日常の健康管理・服薬管理や医師の指示及び指導に基づく看護師による処置等。
- ・ 看護師及び介護職員による緊急時・急変時の対応。（夜間の電話指示を含む）
- ・ 医師の指示に基づく看護師及び介護職員による看取り。
- ・ 医師の指示に基づく看護師による胃ろう、ストマー、バルーン、インスリンなどの処置。

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 和五会 森の台ファミリークリニック |
| | 所在地 | 神奈川県横浜市緑区森の台12-12 |
| | 協力の内容 | 原則、月2回の定期的な訪問診療と24時間対応、緊急時に対応する医療行為及び入院施設の紹介をします。 診療科目：内科/費用負担：医療保険/ ホームからの距離：15.9km、車で約45分 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 新ゆり整形外科 |
| | 所在地 | 神奈川県川崎市麻生区上麻生1-3-5 |
| | 協力の内容 | 約月1回の訪問診療 診療科目：眼科/費用負担：医療保険 施設より約12km、車で約30分 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 高輪会 わかば歯科医院 |
| | 所在地 | 東京都立川市若葉町4-1-1 エクセルM103 |
| | 協力の内容 | 訪問歯科 診療科目：歯科検診・相談・指導 施設より約14.0km 車で約35分 |

| 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 |
| 看取り介護加算 | あり(Ⅱ) |
| 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 | あり(Ⅰ) |
| 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(Ⅰ) |
| 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 | あり |
| ADL維持等加算 | なし |
| 科学的介護推進体制加算 | なし |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり |
| 口腔・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 | 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 | あり |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 入居の条件 | 年齢 | 概ね65歳以上 |
| | 要介護度 | 要支援及び要介護 |
| | 医療的ケア | 受入れ可 |
| | 認知症 | 共同生活が送れる方 |
| その他 | 身元引受人をたてて頂ける方、前払金及び月額利用料等の諸経費をお支払い頂ける方。 | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <p>【入居契約書より抜粋】 (連帯保証人) 第33条 連帯保証人は、設置者との合意により入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の金銭債務を履行する責任を負うものとします。 2 前項の連帯保証人の負担は、本契約書の記名押印欄に記載する極額を限度とします。 3 連帯保証人が負担する債務の元本は、次のいずれかの事由により確定するものとします。ただし設置者は、当該確定前であっても、債務の支払いを求めることができます。 一 入居者又は連帯保証人が破産手続開始の決定を受けたとき 二 入居者又は連帯保証人が死亡したとき 4 連帯保証人の請求があったときは、設置者は連帯保証人に対し遅滞なく月払い利用料の支払状況や滞納金の額・損害賠償の額等、入居者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。</p> <p>(身元引受人) 第34条 身元引受人は、設置者との合意により以下の義務を負います。 一 入居者の生活維持のため、又は介護等に関する意見申述等を行い、必要に応じて設置者と協議する 二 入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行う 三 入居者が第26条により本契約を解除された場合、入居者の身柄の引き取りについて協議する 2 入居者は、前項第二号に規定する、契約終了後に身元引受人が自己の遺体及び遺留金品を引き取ることを認めるものとします。 3 設置者は、入居者が要支援又は要介護状態にある場合には、入居者の日常生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 4 身元引受人は、連帯保証人又は返還金受取人を兼ねることができます。</p> <p>(返還金受取人) 第35条 入居者は、本契約に伴う返還金受取人を定めるものとします。 2 返還金受取人は、連帯保証人又は身元引受人を兼ねることができます。</p> | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <p>(設置者に通知を必要とする事項) 第36条 連帯保証人・身元引受人又は返還金受取人(以下「連帯保証人等」という。)は自己又は入居者に別表第(3)に定める事実が発生した場合、各々はその事実や内容等を遅滞なく設置者に通知するものとします。</p> <p>(連帯保証人等の変更) 第37条 設置者は、連帯保証人等が別表第(3)第2号又は第5号に該当し、相当の理由があると認めるときは、入居者に対して新たに連帯保証人等を定めることを求めることがあります。 2 前項の場合において、新たな連帯保証人等が定まらない場合には、設置者は、入居者と協議するものとします。</p> | |

| | | |
|-----------------------|---|--------------------------------|
| 体験入居 | 利用期間 | 原則7泊8日まで |
| | 利用料金 | 1泊2日16,500円(宿泊費、食費、介護サービス費を含む) |
| | その他 | 介護保険は適用外となります。 |
| 入院時の契約の取扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・病気や怪我の治療は、病院で受けて頂きます。 ・医療費は入居者の実費負担。 ・通院時の付添い及び入退院時の同行は、協力医療機関は無料ですが、それ以外の医療機関等は費用が掛かります。(サービス一覧参照) ・入院が長期にわたった場合でも、入居契約は存続しておりますので、退院後は入院前の居室に戻る事ができます。 ・入院期間中の料金負担額につきましては下記の料金が発生いたします。 ①家賃相当額 ②管理費 ③厨房管理費 ④前払金の償却期間中においては毎月の償却額 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため代替性、一時性、切迫性の3つの要件についてそれぞれ検討の上、この3要件を満たし緊急やむを得ない場合は身体拘束を行う場合があります。ただし、この場合はその経過及び結果を記録するとともに利用者の家族等に説明し、同意を得て行います。 ・身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、直ちにその日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、その他必要な事項について記録します。 ・身体拘束を行った場合は、身体拘束解除を目標に継続的にケアカンファレンスを行い、身体拘束の必要性を検討し、早期解除に努めます。 | |
| 事業者からの契約解除 | <p>【入居契約書より抜粋】 (設置者からの契約解除)</p> <p>第26条 設置者は、入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞したとき 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 第19条第1項又は同第2項の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は設置者の役職員の生命・身体・健康・財産(設置者の財産を含む)に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける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とき <p>2 設置者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、設置者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することができます。</p> <p>3 前2項の規定に基づく契約解除の場合、設置者は書面にて次の手続を行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する | |
| 事業者からの契約解除 | <ol style="list-style-type: none"> 4 本条第1項第五号によって契約を解除する場合、設置者は前項に加えて次の手続を書面にて行います。 <ol style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく 5 設置者は、入居者が次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約を直ちに解除することができます。 <ol style="list-style-type: none"> 一 第41条の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 6 設置者は、連帯保証人又は身元引受人が本条第5項第一号又は第二号のいずれかに該当する場合、各当事者との契約を直ちに解除することができます。 7 設置者は、前項において各当事者との契約を解除した場合、入居者に新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは本契約を解除することができます。 8 本条第1項・第2項及び第5項による契約解除において、1室2人入居の場合、第1項第五号の解除事由に限り、どちらか一方だけ契約を解除することがあります。 | |
| 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 | | あり | |
| 判断基準・手続 | | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、入居者に対してより適切な介護を提供する為に必要と判断する場合には、次の各号に掲げるすべての手続を行うものとします。それぞれの手続は書面にて確認します。 一 事業者の指定する医師の意見を聴く。 二 入居者の意思を確認する。 三 入居者の身元引受人等の意見を聴く。 ・事業者は、介護居室への住み替え等、居室の住み替えにより、入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、前項に加えて次の各項に掲げる全ての手続を行います。それぞれの手続は書面にて確認します。 一 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 二 住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。 三 入居者の同意を得る。 | |
| 利用料金の変更 | | 毎月の月額利用料金（管理費・家賃相当額）に関しまして、従前の居室の居室タイプ及び契約プランと、住替え後の居室タイプ及び契約プランに相違がある場合に限り、管理費及び家賃相当額に関しまして金額の変更がございます。居室の住替えを行った月は、居室変更日を基準日として従前居室及び住替え後居室の料金を其々日割り計算にて算定いたします。住替え日（基準日）当日分につきましては、従前または住替え後の何れか金額の安い方にて金額を算定いたします。食費については変更はございません。翌月分からは住替え後の居室タイプ及び契約プランに基づいた月額利用料金を算定いたします。 | |
| 前払金の調整 | | <p>前払金の償却期間内に介護居室を住み替える場合においては、次の精算金計算方式により算出します。従前の居室の入居一時金償却残高が、新たな介護居室の前払金を上回った場合は返還いたします。また、従前の居室の入居一時金償却残高が、新たな介護居室の前払金を下回った場合は、差額分をお支払いいただきます。</p> <p>【償却期間内に従前の居室から新たな居室へ住替える場合】</p> $\text{償却残高} = (\text{従前の居室の前払金} - \text{初期償却金}) \times (\text{償却期間} - \text{入居経過月数}) / \text{償却期間}$ $\text{清算金額} = \text{従前の居室の前払金償却残高} - \text{新たな介護居室の前払金}$ | |
| 従前居室との仕様の変更 | | 居室により、従前の居室からの面積増減は有りえます。 | |
| 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 | | <ul style="list-style-type: none"> ・施設 苦情・受付窓口 担当者：生活相談員 ・施設 苦情・解決窓口 担当者：ホーム長 ・介護事業本部 苦情・相談窓口 | |
| 電話番号 | | <ul style="list-style-type: none"> ・施設 苦情・相談窓口 042-444-5222 ・介護事業本部 苦情・相談窓口 045-911-5736 | |
| 対応時間 | | 9:00 ~ 18:00 (介護事業本部は土・日・祝日、12/28~1/5は休み) | |
| 窓口の名称 2 | | 調布市 健康福祉部高齢者支援室 | |
| 電話番号 | | 042-481-7149 | |
| 対応時間 | | 8:30 ~ 17:15 (平日 (土曜日祝日は定休日)) | |
| 窓口の名称 3 | | 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口 | |
| 電話番号 | | 03-6238-0177 | |
| 対応時間 | | 9:00 ~ 17:00 (平日 (土曜日祝日は定休日)) | |
| 賠償責任保険の加入 | | あり 保険の名称： 介護保険・社会福祉事業者総合保険 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： 86.0 歳 | | | | 入居者数合計： 57 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 | | |
| 65歳以上75歳未満 | | 1 | | | | | 1 | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 2 | 1 | 3 | 3 | | 1 | 3 | |
| 85歳以上 | | 6 | 3 | 10 | 6 | 4 | 7 | 4 | |
| 合計 | 0 | 9 | 4 | 13 | 9 | 5 | 10 | 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 | 17 | 34 | 6 | 0 | 0 | 0 | 57 | | |
| 男女別入居者数 | 男性： 18 人 | | 女性： 39 人 | | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 93 %（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 | 1 | | | 医療機関への入院 | | | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | | 死亡 | 15 | | | | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 2 | | | その他 | | | | | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | | | 退去者数合計 | 19 | | | | |

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 |
| 月払プラン | 0円 | 352,710円 | 165,000 | 99,000 | 19,800 | 68,910 | 管理費に含まれる |
| 前払金プランⅠ | 2,700,000円 | 307,710円 | 120,000 | 99,000 | 19,800 | 68,910 | 管理費に含まれる |
| 前払金プランⅡ | 5,100,000円 | 267,710円 | 80,000 | 99,000 | 19,800 | 68,910 | 管理費に含まれる |
| 前払金プランⅢ | 9,920,000円 | 187,710円 | 0 | 99,000 | 19,800 | 68,910 | 管理費に含まれる |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | <p>前払金プランⅠ (月額単価 45,000円 × 想定居住期間 48月) + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (540,000円)</p> <p>前払金プランⅡ (月額単価 85,000円 × 想定居住期間 48月) + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (1,020,000円)</p> <p>前払金プランⅢ (月額単価 165,000円 × 想定居住期間 48月) + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (2,000,000円)</p> <p>(月額単価の説明)</p> <p>当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等を勘案して算出</p> <p>(想定居住期間の説明)</p> <p>「確率的に入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間」として、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均余命等を参考に設定しています。 (有老協 簡易生命表に基づき算出)</p> | | | | | |
| | 家賃 | 当該目的施設の開発費、地代、建設費又は家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等を勘案して算出 | | | | | |
| | 管理費 | 事務管理部門の人員費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人員費・事務費・光熱水費、目的施設の維持管理費 | | | | | |
| | 介護費用 | <p>介護保険指定基準（ご入居者3名に対し、直接処遇職員1名配置）以上の人員配置（ご入居者2.5名に対し、直接処遇職員1名配置）を行うための費用（人員費）</p> <p>上乗せ介護費用として徴収する利用料 月額 19,800円</p> <p>入居後に自立となった場合（要支援・要介護と認定されなかった場合）、生活支援費として74,800円（税込）をお支払いいただくことにより、継続してご利用になれます。その場合、前払金の取扱いについての変更はありません。※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p style="text-align: right;">※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> | | | | | |
| | 食費 | <p>朝食 259 円・昼食 330 円・夕食 396 円 間食 夕食に含む 円</p> <p>1日当たり 985 円 × 30日で積算</p> <p>食事は喫食実績に基づき1食単位で清算するものとします。</p> <p>厨房管理運営費 39,360円 ※一人あたり (食事をキャンセルする場合の取扱いについて)</p> <p>都合により欠食される場合の欠食届は、その都度、3日前までに事務所へ届出て頂きます。申し出がない場合は召し上げるものとして準備いたします。当日の欠食の場合は、召し上げらなくても食費はいただきます。</p> | | | | | |
| 光熱水費 | 管理費に含む | | | | | | |
| 短期利用 | 1日当たり | 8,257 円 | 利用料の算出方法 | 短期利用入居契約書 表題部 (4) を参照 | | | |

| 前払金の取扱い | | |
|---|---|---|
| 支払日・支払方法 | 事業者に対して以下の方法で支払う 第1回（内金）金 円 令和 年 月 日 第2回（内金）金 円 令和 年 月 日 支払先：横浜銀行 たまプラーザ支店 普通口座 6147270 工藤建設株式会社 | |
| 償却開始日 | 入居日の翌日 | |
| 返還対象としない額 | あり | 入居時償却額一覧表のとおり（前払い金の約20%） |
| | 位置づけ | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。（一人入居で契約が終了した場合） $(前払金 - 初期償却分) \div 償却期間の日数 \times 契約終了日から償却期間満了日までの日数$ ・ 償却期間を超える場合、返還金はありませんが、家賃相当額の追加額の追加徴収も行いません。 前払金プランⅠ $(270万円 - 54万円) \div 償却期間の日数 \times 契約終了日から償却期間満了日までの日数$ 前払金プランⅡ $(510万円 - 102万円) \div 償却期間の日数 \times 契約終了日から償却期間満了日までの日数$ 前払金プランⅢ $(992万円 - 200万円) \div 償却期間の日数 \times 契約終了日から償却期間満了日までの日数$ | |
| 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 |
| | 事業者は、受領した前払金から、入居契約書表題部（6）に定める1日あたりの利用料（※）の入居日から契約終了日までの額および同契約書第31条に定める原状回復費用を差し引いて、居室の明け渡し後90日以内に無利息で返金します。ただし残額が不足する場合は、追加で支払いを求めるものとします。 （※）一日あたりの利用料＝想定居住期間内の前払金÷想定居住期間の月数÷30 | |
| 返還期限 | 契約終了日から 90日以内 | |
| 保全措置 | あり 保全先：みずほ信託銀行 | |
| その他留意事項 | みずほ信託銀行前払金分別信託による保全、保証する金額は未償却残金及び信託契約に基づく前払金分別信託による保全（500万円）いずれか金額の少ない方です。 | |
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 当月分を翌月27日（土日祭日の場合は翌日）に口座振替 | |
| その他留意事項 | 管理規程に定める | |
| 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 | 77,419 | 7,742 |
| 要支援2 | 122,884 | 12,289 |
| 要介護1 | 206,412 | 20,642 |
| 要介護2 | 229,673 | 22,968 |
| 要介護3 | 254,344 | 25,435 |
| 要介護4 | 276,900 | 27,690 |
| 要介護5 | 301,218 | 30,122 |
| 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 | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり(Ⅱ) | 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 | あり(Ⅰ) | |
| 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 | あり | 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 | |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 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 | 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(I) | |

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

東京都に係わ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聴いた上で行う。
また改定にあたっては、入居者及び身元引受人等への事前通知を行う。

【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 | 前払金プランⅡ | | |
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 5,100,000 | 267,710 |

※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 | 公開していない | その他開示情報 | ホームページにて公開 |

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 _____