別紙様式

| 基準日 | 令和6年7月1日 | 現在 |
|---|---|---|

# 有料老人ホーム重要事項説明書

| 施設名 | 医療対応住宅　ケアホスピス石川町 |
|---|---|
| 定員・室数 | 24 人　・　24 室 |

## 有料老人ホームの類型・表示事項

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 類型 | 住宅型 | | | | | |
| サ付登録の有無 | なし | | | | | |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | | | | | |
| 利用料の支払方式 | 1. 全額前払い方式 | | 2. 一部前払い・一部月払い方式 | | 3. 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 | 居宅サービス利用可 | | | | | |
| 居室区分 | 定員１人 | | | | | |
| 介護に関わる職員体制 | － | | | | | |

## １　事業主体

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 名称 | 法人等の種別 | 営利法人 | | |
| | フリガナ | カブシキガイシャ エーテイ | | |
| | 名称 | 株式会社AT | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 211-0063 | | | |
| | 神奈川県川崎市中原区小杉町1-403武蔵小杉タワープレイス14F | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 044-322-9288 | | |
| | ファックス番号 | 044-322-9163 | | |
| ホームページ | https://at-care.co.jp/ | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 津田　篤志 |
| 設立年月日 | 平成23年2月16日 | | | |
| 主な事業等 | 介護保険指定事業（訪問看護、訪問介護、居宅介護支援） | | | |

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 | 1 | ｱｯﾄﾌﾟﾚｲ石川町 | 八王子市石川町702-1 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | 3 | ｱｯﾄﾘﾊ八王子 | 八王子市本町9―2 |
| 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 | なし | | |
| 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・随時対応型訪問介護看護 | 2 | ｱｯﾄﾌﾟﾚｲ石川町 | 八王子市石川町702-1 |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | 1 | アットプレイス根岸 | 町田市根岸2-30-10 |
| 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 | | |
| 複合型ｻｰﾋﾞｽ（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 居宅介護支援 | 2 | ｱｯﾄｺﾚｯﾄ八王子 | 八王子市本町9―2 |
| ＜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 | 3 | ｱｯﾄﾘﾊ八王子 | 八王子市本町9―2 |
| 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 | 5 | ｱｯﾄｺﾚｯﾄ八王子 | 八王子市本町9―2 |
| ＜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 | | |
| 介護医療院 | なし | | |

## ２　事業所概要

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 名称 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｲﾘｮｳﾀｲｵｳｼﾞｭｳﾀｸ ｹｱﾎｽﾋﾟｽｲｼｶﾜﾏﾁ | | |
| | 名称 | 医療対応住宅　ケアホスピス石川町 | | |
| 所在地 | 〒 192-0032 | | | |
| | 東京都八王子市石川町702 - 1 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-649-9083 | | |
| | ファックス番号 | 042-649-9096 | | |
| ホームページ | https://hospice.at-care.co.jp/ | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 橋爪　義誠 |
| 事業開始年月日 | 令和 4 年 5 月 1 日 | | | |
| 届出年月日 | 令和 4 年 3 月 16 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和 4 年 5 月 1 日 | | | |
| 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 | |
| 介護予防<br>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 | JR八高線 小宮駅より徒歩5分<br>JR八王子駅北口から小宮小学校（バス）まで　所要時間27分 | | | |

施設・設備等の状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 敷地 | 権利形態 | ― | 抵当権 | なし |
| | 面積 | 1346.84 ㎡ | | |
| | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし |
| | 延床面積 | 764.41 ㎡ | うち有料老人ホーム分 | 725.29 ㎡ |
| | 竣工日 | 令和 4 年 4 月 30 日 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 建物 | 階数 | 地上 2 階 | | | 地下 － 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 2 階 | | | 地下 － 階 | | | |
| | 耐火構造 | 耐火建築物 | | | | | | |
| | 構造 | 鉄筋コンクリート造 | | 建築物用途区分 | 老人ホーム（有料） | | | |
| | 併設施設等 | なし | （ | ） | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 令和4年5月1日 | ～ | 令和34年4月30日 | | | |
| | | 自動更新 | あり | | | | | |

| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1階 | 1人 | 10 | 13.6 ㎡ | ～ | 13.72 ㎡ | | |
| | 2階 | 1人 | 14 | 13.6 ㎡ | ～ | 14.98 ㎡ | | |
| | | | | ㎡ | ～ | ㎡ | | |
| | | | | ㎡ | ～ | ㎡ | | |
| | | | | ㎡ | ～ | ㎡ | | |

| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ㎡ | ～ | ㎡ |
| | | | | ㎡ | ～ | ㎡ |

| 居室内の設備等 | | | |
|---|---|---|---|
| | 便所 | 全室あり | |
| | 洗面 | 全室あり | |
| | 浴室 | 一部あり | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | |
| | 電話回線 | 一部あり | （ ） |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | （ ） |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 共同便所 | 2 箇所 | （ 男女共用 ） | | | | | |
| 共同浴室 | 個浴： 1 | 大浴槽： - | 機械浴： 2 | | | | |
| | 併設施設との共用 | なし | （ ） | | | | |
| 食堂 | 兼用 | なし | （ ） | | | | |
| | 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 | | | | | 0人 | | |
| 看護職員：直接雇用 | | 8 | | | 8人 | 4.0 | 訪問介護事業所職員（同一敷地ではない）が常駐する |
| 看護職員：派遣 | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | 6 | | | 6人 | 3.0 | 訪問看護事業所職員が常駐する |
| 介護職員：派遣 | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | 0人 | | |
| 栄養士 | | | | | 0人 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 調理員 | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | 3 | | | | 3人 | 3.0 | |
| 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 | | 3 | | |
| 実務者研修の修了者 | | | | |
| 初任者研修の修了者 | | 3 | | |
| 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 | 0 | | | |
| 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　**作業療法士**

④夜勤・宿直体制

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 17 | 時 | 15 | 分～ | 9 | 時 | 15 | 分 |
| 上記時間帯の職員配置数 | 介護職員 | 1 | 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

| 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

| 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 | | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | | |
| 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

| 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

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）　人

| 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 | 2 | | 1 | | | | | | | |
| １年以上３年未満 | 6 | | 5 | | | | | | | |
| ３年以上５年未満 | | | | | | | | | | |
| ５年以上10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 8 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 | | |
| 食事介助サービス | あり | （　配食サービス　） |
| 入浴介助サービス | なし | |
| 排せつ介助サービス | なし | |
| 口腔衛生管理サービス | なし | |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | なし | |
| 服薬管理サービス | あり | |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施等） | なし | |
| 生活相談サービス | なし | |
| 金銭管理サービス | なし | |

| | |
|---|---|
| 定期的な安否確認の方法 | 日中（3回食事の時間帯）、夜間は3時間毎の巡回にて看護職員か介護職員にて確認いたします。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 在宅医療として訪問看護師が対応可能な医療処置。 |

医療機関との連携・協力

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団おおぞら会　つばさクリニック橋本 | | |
| | 所在地 | 神奈川県相模原市橋本6-38-5 | | |
| | 急変時の相談対応 | あり | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
| | 協力の内容 | 往診、その他緊急時対応等 | | |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人AI　あい歯科クリニック | | |
| | 所在地 | 東京都八王子市子安町1-2-6　南口駅前ビル1F，4F | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 急変時の相談対応 | あり | 事業者の求めに応じた診療 | あり | |
| | | 協力の内容 | 歯科往診 | | | |
| | 協力医療機関(3) | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | | 急変時の相談対応 | | 事業者の求めに応じた診療 | | |
| | | 協力の内容 | | | | |
| | 協力医療機関(4) | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | | 急変時の相談対応 | | 事業者の求めに応じた診療 | | |
| | | 協力の内容 | | | | |
| | 協力医療機関(5) | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | | 急変時の相談対応 | | 事業者の求めに応じた診療 | | |
| | | 協力の内容 | | | | |
| | 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | 協力歯科医療機関(1) | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | 協力歯科医療機関(2) | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |

介護保険加算サービス等

| | |
|---|---|
| 個別機能訓練加算 | |
| 夜間看護体制加算 | |
| 看取り介護加算 | |
| 協力医療機関連携加算 | |
| 認知症専門ケア加算 | |
| サービス提供体制強化加算 | |
| 介護職員等処遇改善加算 | |
| 入居継続支援加算 | |
| テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係） | |
| 生活機能向上連携加算 | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | |
| ＡＤＬ維持等加算 | |
| 科学的介護推進体制加算 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | |
| 生産性向上推進体制加算 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | |
| 退院・退所時連携加算 | |
| 退去時情報提供加算 | |

| | | |
|---|---|---|
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | | |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | 不可 | |
| 運営懇談会の開催 | あり | （ 年 1 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 | 概ね65歳以上の方 |
| | 要介護度 | 原則、要介護認定を受けている方 |
| | 医療的ケア | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |
| | 認知症 | お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。 |
| | その他 | 共同生活になりますので、他の入居者に迷惑の掛かる行為等がある場合、もしくは重篤な疾患をお持ちの入居者が多い施設のため、感染症がある場合など、入居をご遠慮いただく場合があります。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | ・入居者には保証人を2名定めていただきます。<br>・当施設の利用契約から生ずる、入居者のすべての債務の連帯保証<br>・入居契約終了時の入居者の身柄引取り<br>・入居者の治療、入院に関する手配の協力<br>・入居者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、入居者がその意思を示すことができない場合、入居者に代わってその対応および手続きを行うこと<br>・入居契約終了時に入居者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定等<br>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、入居者は新たな保証人を速やかに選定し、当施設に通知します。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | なし |
| | 利用料金 | なし |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、入居者の意思を確認し、身元引受人の同意を得て、医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。医療機関への受診・治療は、原則、入居者・身元引受人にてご対応をお願いいたします。<br>2ヵ月以上の入院等で施設に入居することができない場合、契約維持について本人・身元引受人にご相談させていただきます。<br>入院期間中も家賃と管理費のお支払いは発生いたします。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続等 | サービスの提供にあたっては、入居者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の３つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）は行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は、身体拘束廃止委員会を中心とし、身体拘束3要件の全てを満たしているかの確認後、拘束の方法・場所・時間帯・期間等について検討し、本人・家族に対して説明し同意を得たうえで実施致します。実施中の経過を記録し、再検討を行ない早期の拘束解除を目指します。 | |

| | |
|---|---|
| 高齢者虐待防止及び不当な侵害防止に向けた適切な対策 | 入居者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。<br>①従業員に対する虐待防止の研修の実施<br>②入居者およびその家族からの苦情処理体制の整備<br>③その他虐待防止のために必要な措置<br>施設は、サービス提供中に、施設の従業員または養護者（入居者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに八王子市（八王子市高齢者福祉課）に通報するものとする。 |
| 職員に対する虐待防止研修 | 身体拘束・虐待防止研修の実施 |
| 非常災害対策 | 非常災害が発生した場合は、あらかじめ策定した消防計画に従い、入居者の避難等適切に対応する。また、非常災害に備えて地域の協力機関と連携を図るとともに、定期的に消防訓練を実施する。 |
| 事業者からの契約解除 | 本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除する場合があります。<br>入居契約第28条参照 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 入居者の要介護状態の変化、医療処置の変更等により当該居室では適切な介護・医療処置を実施できないおそれが生じた場合、入居者および身元引受人と協議の上、より適切な居室に変更することがあります。 |
| | 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 | なし |
| 提携ホーム等への転居 | | あり　医療対応住宅ケアホスピス根岸　など |
| | 判断基準・手続 | 本人・身元引受人から転居希望の申し出があった場合、希望転居先施設の居室が空いていれば可能です。新たに転居先施設での入居契約手続きが必要となります。 |
| | 利用料金の変更 | あり（転居先施設利用料金に準拠） |
| | 前払金の調整 | なし |
| | 従前居室との仕様の変更 | あり（転居先施設居室仕様に準拠） |
| 苦情対応窓口 | | |
| 窓口の名称１ | | 医療対応住宅　ケアホスピス石川町：施設長 |
| | 電話番号 | 042-649-9083 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 対応時間 | 9:00 | ～ | 18:00 | （ 土日祝日を除く ） | |
| 窓口の名称２ | | 株式会社AT　本部 | | | | |
| | 電話番号 | 044-322-9288 | | | | |
| | 対応時間 | 9:00 | ～ | 17:00 | （ 土日祝日を除く ） | |
| 窓口の名称３ | | 八王子市福祉部　高齢者福祉課　相談担当 | | | | |
| | 電話番号 | 042 - 620 - 7420 | | | | |
| | 対応時間 | 8:30 | ～ | 17:00 | （ 土日祝日を除く ） | |
| 窓口の名称４ | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | 対応時間 | | ～ | （ ） | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 賠償責任保険の加入 | あり | 保険の名称： | （ 事業活動包括保険（東京海上日動火災保険株式会社 |
| 介護サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | あり | その内容： | 加入保険の補償範囲内 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 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：75.7 歳　入居者数合計：22 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 | 2 |
| ６５歳以上７５歳未満 | | | | | | 3 | 1 | 2 |
| ７５歳以上８５歳未満 | | | | | 1 | 4 | 2 | 1 |
| ８５歳以上 | | | | | 1 | | 1 | 3 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 5 | 8 |

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 | 13 | 1 | 8 | | | | 22 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 男女別入居者数 | 男性： | 15 人 | 女性： | 7 人 |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | ％（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　退去者数合計：33 人

| 理由＼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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 自宅・家族同居 | 0 | | | | | | | |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | | | | | | |
| 介護医療院へ転居 | | | | | | | | |
| 他の有料老人ホームへの転居 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居 | | | | | | | | |
| 医療機関（入院） | 1 | | | | | | | |
| 死亡 | | | | 2 | 9 | 2 | 6 | 9 |
| その他 | | | | | | | | |
| 合計 | 1 | 0 | 0 | 2 | 10 | 3 | 7 | 10 |

## ６ 利用料金

居住の権利形態、利用料金の支払い方式　【表示事項】

| | | |
|---|---|---|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】 | 1　利用権方式<br>2　建物賃貸借方式<br>3　終身建物賃貸借方式 | １～３のうち、いずれかを選択　1 |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 1　全額前払い方式<br>2　一部前払い・一部月払い方式<br>3　月払い方式 | １～３のうち、該当する方式をすべて選択　3 |

| 利用者の状態等に応じた金額設定の有無 | |
|---|---|
| 年齢に応じた金額設定 | なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし |

| | | |
|---|---|---|
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | 1　減額なし<br>2　日割り計算で減額<br>3　不在期間が____日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | １～３のうち、いずれかを選択　1 |

| | | |
|---|---|---|
| 入居準備費用 | なし | 円 |
| 内訳明細 | 敷金は、居室および共用施設の家賃相当額の全部または一部です。<br>＜敷金の算定方法＞<br>敷金は、入居一時金として以下の算定方式に則って算定しております。敷金：161,100円 ＝１か月分の家賃53,700円×想定居住期間3ヵ月（90日） | |
| 支払日・支払方法 | 敷金（入居一時金）は、入居時までに一括して弊社指定口座に振込にてお支払いいただきます。 | |
| 解約時の返還 | 【契約開始日から90日以内の解約の場合】返還金=入居一時金−（償却単価1,790円/日x 契約経過日数）<br>【契約開始日から90日を超えて入居されていた解約の場合】返還金はありません。 | |
| 敷金 | あり | |
| 金額 | 161,100 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 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| 名称なし | 0円 | 113,600円 | 53,700 | 27,500 | 0 | 32,400 | 管理費に含む |
| | | 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<br>（月額単価の説明）<br>（想定居住期間の説明） |
| | 家賃 | 近傍家賃相場を勘案して算出。非課税。 |
| | 管理費 | 居室・共用部の電気、ガス、水道料、その他共通サービス諸経費および人件費等を勘案して算出。 |
| | 介護費用 | 無し<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | 朝食　216　円・昼食　432　円・夕食　432　円　間食　なし　円<br>１日当たり　1,080　円　×　30日で積算<br>厨房管理運営費　－　円など<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて） |

| | |
|---|---|
| | 5日前までにキャンセルの申し出があった場合は上記記載額に応じていただきません。 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |

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 | なし | ― | |
| | 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 | 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 | なし | 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 | 月額利用料およびその他費用については、翌月利用分を当月にお支払いいただきます。お支払方法は、口座自動振替による毎月支払い（口座振替日：毎月27日）となります。 |
| その他留意事項 | 口座自動振替での手続きが完了するまで（概ね1～2ヵ月）は弊社指定口座へ振込となります。振込手数料はいずれも入居者負担となります。 |

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 | ― | ― |
| 要支援２ | ― | ― |
| 要介護１ | ― | ― |
| 要介護２ | ― | ― |
| 要介護３ | ― | ― |
| 要介護４ | ― | ― |
| 要介護５ | ― | ― |

| 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 |
| 協力医療機関連携加算 | なし | 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 | 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 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし | |
| 生産性向上推進体制加算 | 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 |
| 退去時情報提供加算 | なし | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算 | 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 | 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

東京都および八王子市が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた

【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 | 名称無し |
|---|---|

単位：円

| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
|---|---|---|---|
| 161,100 | 0 | 0 | 113,600 |

※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 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 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
　　八王子市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

説明年月日

年　　月　　日

説明者職・氏名

職

氏名

# 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<br><br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>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）<br><br>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 | | | ○ | |
| 巡回　夜間 | | | ○ | |
| 食事介助 | | | | ▲ |
| 排泄介助 | | | | ▲ |
| おむつ交換 | | | | ▲ |
| おむつ代 | | | | 入居者にて実費購入 |
| 入浴（一般浴）介助 | | | | ▲ |
| 清拭 | | | | ▲ |
| 特浴介助 | | | | ▲ |
| 身辺介助 | | | | ▲ |
| ・体位交換 | | | | ▲ |
| ・居室からの移動 | | | | ▲ |
| ・衣類の着脱 | | | | ▲ |
| ・身だしなみ介助 | | | | ▲ |
| 口腔衛生管理 | | | | ▲ |
| 機能訓練 | | | | ▲ |
| 通院介助<br>（協力医療機関） | | | | ▲ |
| 通院介助<br>（上記以外） | | | | ▲ |
| 緊急時対応 | | | | ▲ |
| オンコール対応 | | | | |
| ＜生活サービス＞ | | | ○（月2回） | |
| 居室清掃 | | | ○（月2回） | 防水シーツ4回以上交換<br>一律3000円 |
| リネン交換 | | | ○（週2回） | |
| 日常の洗濯 | | | | ▲ |
| 居室配膳・下膳 | | | | ▲（毎食100円追加） |
| 嗜好に応じた特別食 | | | ― | ― |
| おやつ | | | | ▲（実費） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 理美容 | | | ― | ― |
| 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 | | | | |
| ＜健康管理サービス＞ | | | | ▲ |
| 定期健康診断 | | | | ▲ |
| 健康相談 | | | ○（施設サービス） | |
| 生活指導・栄養指導 | | | | ▲ |
| 服薬支援 | | | | ▲ |
| 生活ﾘｽﾞﾑの記録（排便・睡眠等） | | | | ▲ |
| 医師の訪問診療 | | | | ▲ |
| 医師の往診 | | | | |
| ＜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） | | | | ▲ |
| 入退院時の同行（上記以外） | | | ― | ― |
| 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＞ | | | | |

この様式は参考様式です。施設ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

注1）自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2）上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。

注3）記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4）「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

基準日：令和6年7月1日

施設名：医療対応住宅　ケアホスピス石川町

八王子市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 | **抵当権設定等申出書あり** |
| 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】<br>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 | **開設後、年2回の避難訓練を予定** |
| 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 | |
| 8 | 災害時の関係機関への通報及び連携体制並びに地域との連携体制を整備し、これらを定期的に職員に周知しているか。 | ○ 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** | | | |
| 9 | 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 10 | 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 | |
| 11 | 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 | **各居室定員：1人** |
| 12 | 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 | **訪問診療にて対応** |
| 13 | 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 | |
| 14 | 入居者への虐待の防止早期発見のため、職員に対する研修の実施その他の必要な措置を講じているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 15 | 職員の資質向上のために、外部研修その他、適切な研修の機会を確保しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |

| 入居者の財産を保全するための項目 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 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：― |
| 17 | 前払金について、全額を返還対象としているか。<br>（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：　％ |
| 18 | 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 | |
| その他 | | | | | |
| 19 | 入居希望者への事前の情報開示することが定められているか。 | ○ 適合 | ・ | 不適合 | |

※　開設日前にあっ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。