

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|-------|-------------------------|---|------|
| 施設名 | アビリティーズ・気まま館ブルーベリーコート府中 | | |
| 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 | 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 | 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 | アビリティーズ・ケアネット株式会社 | | |
| | 名 称 | アビリティーズ・ケアネット株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 151-0053 | | |
| | 東京都渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5388-7200 | | |
| | ファックス番号 | 03-5388-7502 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | https://abilities.jp/ | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 伊東弘泰 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和41年6月11日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | リハビリテーション機器の輸出入・販売・レンタル、有料老人ホーム、デイサービス等の運営 | | | |

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 | 4 | アビリティーズ・デイサービスたての他 | 東大和市立野1-25-8 |
| 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 | アビリティーズ・気まま館東大和 | 東大和市立野1-25-8 |
| 福祉用具貸与 | 3 | アビリティーズ・ケアネット株式会社本店他 | 渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル |
| 特定福祉用具販売 | 3 | アビリティーズ・ケアネット株式会社本店他 | 渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル |
| ＜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 | 1 | 居宅介護支援事業所7ビリティーズ 西府町 | 府中市西府町3-32-8 |
| <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 | 2 | アビリティーズ・気まま館東大和 | 東大和市立野1-25-8 |
| 介護予防福祉用具貸与 | 3 | アビリティーズ・ケアネット株式会社 本店他 | 渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿 ミッドウエストビル |
| 介護予防特定福祉用具販売 | 3 | アビリティーズ・ケアネット株式会社 本店他 | 渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿 ミッドウエストビル |
| <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 | フリカナ | アビリティーズ・キマカンブルーベリーコート府中 | | | | |
| | | 名 称 | アビリティーズ・気まま館ブルーベリーコート府中 | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | 183-0031 | 東京都府中市西府町三丁目32番14号 | | | | |
| | 電 話 番 号 | 042-369-6724 | | | | | |
| 連 絡 先 | ファックス番号 | 042-369-7275 | | | | | |
| | ホームページ | https://abilities.jp/ | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | 1373802386 | | | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 篠塚和子 | | |
| 事 業 開 始 年 月 日 | | 平成23年8月1日 | | | | | |
| 届 出 年 月 日 | | 平成23年6月22日 | | | | | |
| 届出上の開設年月日 | | 平成23年8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23年8月1日 | | | |
| | | 指定の有効期間 | | 令和11年7月31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23年8月1日 | | | |
| | | 指定の有効期間 | | 令和11年7月31日 まで | | | |
| 事業所へのアクセス | | 府中駅より、京王バスの第七小学校循環（府中駅）に乗車し、西府町三丁目まで下車。徒歩400M | | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | | | |
| 敷 地 | 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | あり | | |
| | | 面 積 | 1877.00 m ² | | | | |
| 建 物 | 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | | |
| | | 延床面積 | 1398.06 m ² うち有料老人ホーム分 1398.06 m ² | | | | |
| | | 竣工日 | 平成23年5月20日 | | | | |
| | | 階 数 | 地上 2 階 | | 地下 0 階 | | |
| | | | うち有料老人ホーム分 地上 2 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 | | 契約期間 | | 平成23年7月1日 ～ 令和23年6月30日 | | | | | | |
| | | 自動更新 | | あり | | | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | |
| | 1階 | 1人 | 17 | 17.55 m ² | | ～ | 17.55 m ² | | | |
| | 2階 | 1人 | 23 | 17.55 m ² | | ～ | 17.55 m ² | | | |
| | | | | m ² | | ～ | 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 | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | |
| 居 室 内 の 設 備 等 | 便 所 | | 全室あり | | | | | | | |
| | 洗 面 | | 全室あり | | | | | | | |
| | 浴 室 | | なし | | | | | | | |
| | 冷暖房設備 | | 全室あり | | | | | | | |
| | 電話回線 | | 全室あり | | (設置・料金負担とも各自) | | | | | |
| | テレビアンテナ端子 | | 全室あり | | (設置・放送契約・料金負担とも各自) | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 共 同 便 所 | 6 箇所 | | (男女共用) | | | | | | | |
| 共 同 浴 室 | 個 浴 : | | 1 | 大浴槽 : | | 0 | 機械浴 : | 1 | | |
| | 併施設設との共用 | | なし () | | | | | | | |
| 食 堂 | 兼用 | | なし () | | | | | | | |
| | 併施設設との共用 | | 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 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 管理者（施設長） | | | 1 | | | 1人 | 0.4 |
| 生活相談員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 |
| 看護職員：直接雇用 | 1 | | | 1 | 1 | 3人 | 2.1 |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | |
| 介護職員：直接雇用 | 6 | | 1 | 8 | | 15人 | 14.2 |
| 介護職員：派遣 | | | | 4 | | 4人 | |
| 機能訓練指導員 | | | | | 1 | 1人 | 0.1 |
| 計画作成担当者 | | | | 1 | | 1人 | 0.3 |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | |
| 事務員 | | | | 1 | | 1人 | 0.6 |
| その他従業者 | | | | 4 | | 4人 | 1.4 |
| 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 | 6 | | |
| 実務者研修 | 1 | | 1 | | |
| 介護職員初任者研修 | 1 | | 5 | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | 21 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 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 | | | | | | 1.2 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 | | | | | 4 | | | | | | |
| １年以上３年未満 | 1 | 1 | | | 2 | | | | 1 | | |
| ３年以上５年未満 | | | | 3 | 3 | | | | | | 1 |
| ５年以上10年未満 | | | | | 1 | | | | | | |
| 10年以上 | | | 1 | 4 | 2 | 1 | | | | | |
| 合計 | | 1 | 2 | 7 | 12 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

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 | |
| 口腔衛生管理サービス | 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 | 館内巡回（頻度：1回/3時間）ナースコール | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 看護職員による健康管理 胃ろうや在宅酸素は状況に応じて可能 | |
| 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 つくし会 新田クリニック（内科） |
| | 所在地 | 東京都国立市西2-26-29 |
| | 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 | 1. 入居者と医療機関が契約をした場合の訪問診療 / 2. 当館入居者の緊急時における相談 / 3. 治療費は実費負担 / 4. ホームから医療機関までの距離 4km |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 浩央会 国立さくら病院（総合診療科・皮膚科・循環器科・泌尿器科・神経内科・内科・整形外科・形成外科・眼科・胃腸科・外科・小児科） |
| | 所在地 | 東京都国立市東1-19-10 |
| | 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 | 1. 救急搬送の受入および診療治療、および入院治療の受入 / 2. 当館入居者の緊急時における相談 / 3. 治療費は実費負担 / 4. ホームから医療機関までの距離 3.3km |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 医療法人社団 浩央会 さくらホームケアクリニック（神経内科・内科） |
| | 所在地 | 東京都国立市東1-17-20 サンライズ21ビル 301号室 |
| | 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 | 1. 入居者と医療機関が契約をした場合の訪問診療 / 2. 当館入居者の緊急時における相談 / 3. 治療費は実費負担 / 4. ホームから医療機関までの距離 3.3km |

| | | | | |
|-----------|----------|---|--------------|----|
| 協力医療機関(4) | 名称 | 愛和診療所 (内科・疼痛緩和内科) | | |
| | 所在地 | 東京都府中市栄町3丁目12-1 メディカルビル・グレイス1F | | |
| | 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 | 1. 入居者と医療機関が契約をした場合の訪問診療 / 2. 当館入居者の緊急時ほか各種相談 / 3. 治療費は実費負担 / 4. ホームから医療機関までの距離 2.0km | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療社団法人健歯会 王禅寺歯科クリニック | | |
| | 所在地 | 神奈川県川崎市麻生区上麻生4-15-1 山口台ビル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 | 1. 入居者と医療機関が契約をした場合の訪問歯科診療・各種相談 / 2. 治療費は実費負担 / 3. ホームから医療機関までの距離 10.0km | | |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| 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 |
| 協力医療機関連携加算 | | 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(Ⅲ) |
| 介護職員等処遇改善加算 | | あり(Ⅱ) |
| 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 | | なし |
| ADL維持等加算 | | なし |
| 科学的介護推進体制加算 | | あり |
| 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 |
| 退院・退所時連携加算 | | あり |
| 退去時情報提供加算 | | 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 | | 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 | 年齢制限は特にありませんが、概ね70歳以上の方 |
| | 要介護度 | 要支援1～要介護5 |
| | 医療的ケア | 状況確認のうえ |
| | 認知症 | 円満な共同生活を営むことができる方 |
| | その他 | 当館の運営の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただける方 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 入居者の当社に対する債務について、入居者と連帯して、入居契約書で定めた極度額を限度として履行の責務を負う。必要なときは入居者の身柄を引き取る。入居者が死亡した場合、遺体・遺留品の引き受けを行なう。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 6泊7日(最長14泊15日まで) |
| | 利用料金 | 1泊11,000円(宿泊費・食費・介護サービス料込み)／食費：1泊につき 3食 2,310円(利用料に含む) ※税込み表示 |
| | その他 | |
| 入院時の契約の取扱い | 入院された利用者の状況に配慮し、またご家族様と十分に協議のうえ居室の確保を行う。入院費用は自己負担とする。食費以外の月額利用料はご負担頂く。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 原則として身体拘束は行なわない。やむを得ず行う必要があると考えられる場合には、以下の手続を取る。(1)①切迫性、②非代替性、③一時性である状態を施設および主治医と確認後、施設内の「身体拘束廃止委員会」で取りまとめる。(2)利用者、家族等に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間帯、期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ることに努める。(3)全ての経過の記録を行い、その後も介護経過により検討し、早期の拘束解除を目指す。 | |
| 事業者からの契約解除 | 虚偽申告等不正手段による入居。管理費等の支払を正当な理由なく2ヶ月間遅滞した場合。入居契約書に掲げる館内での禁止事項に違反した場合。他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、他に対処方法がない場合。 | |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|----------|
| 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 | | 当社が適切な介護を提供するため必要と判断する場合に①当社の指定する医師の意見を聞く。②入居者の意思を確認する。③身元引受人の意見を聞く。④身元引受人等の合意を得る。といった手続きをとる。 | |
| 利用料金の変更 | | 原則として入居契約書を再締結して頂く | |
| 前払金の調整 | | 原則として入居契約書を再締結して頂く | |
| 従前居室との仕様の 変更 | | 原則として入居契約書を再締結して頂く | |
| 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 | | アビリティーズ・気まま館ブルーベリーコート府中 | |
| 電話番号 | | 042-369-6724 | |
| 対応時間 | | 9:00 ～ 17:00 (月曜日～日曜日) | |
| 窓口の名称 2 | | アビリティーズ・ケアネット (株) お客様相談室 | |
| 電話番号 | | 0120-875-910 | |
| 対応時間 | | 9:00 ～ 17:00 (平日のみ) | |
| 窓口の名称 3 | | 東京都福祉局高齢者施策推進部施設支援課有料老人ホーム担当 | |
| 電話番号 | | 03-5320-4537 | |
| 対応時間 | | 9:00 ～ 17:00 (平日のみ) | |
| 賠償責任保険の加入 | | あり 保険の名称: 「超ビジネス保険 (事業活動包括保険)」 (東京海上日動) | |
| 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：89.7 歳 | | 入居者数合計：23 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 | | | 1 | |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | | | | | 2 | | 1 | |
| 8 5 歳以上 | | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 |
| 合計 | 0 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 6 | 3 |

| 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 | 2 | | 16 | | 5 | | 23 |

| | | |
|---------|--------|---------|
| 男女別入居者数 | 男性：3 人 | 女性：20 人 |
|---------|--------|---------|

| | |
|------------------------|------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 58 %（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 | 2 |
| 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 | 3 |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 8 |
| 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 | 1 | 退去者数合計 | 14 |

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 | | 576, 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 | |
| プラン①前払金あり | | 5, 826, 000円 | 162, 800円 | 0 | 93, 500 | 0 | 69, 300 | 居室電気代のみ実費 | |
| プラン②前払金なし | | なし | 259, 900円 | 96, 000 | 94, 600 | 0 | 69, 300 | 居室電気代のみ実費 | |
| プラン③(短期利用特定施設入居者生活介護の利用コース<30日以内>) | | なし | 月額9, 173円 | 月額3, 200 | 月額3, 663 | 0 | 月額2, 310 | 居室電気代のみ実費 | |
| | | | 0円 | | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価 (97, 000円) × 想定居住期間 (60ヶ月) により算出 | | | | | | | |
| | | (月額単価の説明) | | | | | | | |
| | | 入居者が終身にわたって居住する居室および共用施設の家賃および管理費の一部に充当する額 | | | | | | | |
| | 家賃 | (想定居住期間の説明) | | | | | | | |
| | | 当社における平均的な居住期間として想定された月数 | | | | | | | |
| | 家賃 | 96, 000円 (近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定した。) | | | | | | | |
| | 管理費 | 共有部分維持管理費・光熱水費、人件費、建物管理費等。 86, 000円(税別) | | | | | | | |
| | 介護費用 | なし | | | | | | | |
| | 食費 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | |
| 朝食 550 円・昼食 880 円・夕食 880 円 間食 0 円 1日当たり 2, 310 円 × 30日で積算 食費の内訳は、食材費、厨房部門の人件費、厨房運営管理費等です。 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 3日前の17時までの申し出とし、その後は食費を頂きます。 | | | | | | | | | |
| 光熱水費 | 居室内の電気使用分は実費で個人負担。 | | | | | | | | |
| 短期利用 | 1日当たり | 9, 173 円 | 利用料の算出方法 | 月額利用料の日割り計算を参考に料金体系設定 | | | | | |

| 前払金の取扱い | | |
|---|---|---|
| 支払日・支払方法 | 予め協議し決めた、入居日前の期日までに、所定の銀行口座に振り込んでいただきます。 | |
| 償却開始日 | 入居日 | |
| 返還対象としない額 | あり | 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(前払金の30%相当額) |
| | 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"> ・次の額を返還します。 前払金×70% (100%－初期償却率)÷償却期間 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数 ・但し、前払金償却期間を超える場合には、返還金はありません。 ・前払金の追加徴収も行いません。 | |
| 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 | |
| | ・受領済みの前払金の全額を無利息で返還します。 | |
| 返還期限 | 契約終了日から 90 日以内 | |
| 保全措置 | あり 保全先： 株式会社三井住友銀行 | |
| その他留意事項 | | |
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 毎月27日に原則として口座引落としによる。 | |
| その他留意事項 | | |
| 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 | 68,426 | 6,843 |
| 要支援2 | 115,151 | 11,516 |
| 要介護1 | 197,483 | 19,749 |
| 要介護2 | 221,567 | 22,157 |
| 要介護3 | 246,729 | 24,673 |
| 要介護4 | 270,097 | 27,010 |
| 要介護5 | 294,896 | 29,490 |
| 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 | |
| 看取り介護加算 | なし | |
| 協力医療機関連携加算 | 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(Ⅲ) | |
| 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 | |
| ADL維持等加算 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | |
| 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 | あり | 対象者のみ |
| 退院・退所時連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 退去時情報提供加算 | あり | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算 | 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 | |
| 月額利用料、食費及び入居契約書22条のその他費用を改定する場合、事前に入居者、身元引受人に通知し、目的施設が所在する地域の自治体が発表す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います。 | |

【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 | プラン① | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| なし | 576,000円 | なし | 259,900円 |
| ※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 | |

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

| |
|--|
| <p>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。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>署名 _____</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>説明年月日</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 施設長</p> <p>署名 篠塚和子 印</p> |
|---|

介護サービス等の一覧表(気まま館ブルーベリーコート府中)

2024(令和6)年7月1日現在 税込(消費税率10%)表示

| | (自 立) | | (要支援Ⅰ・Ⅱ、 要介護Ⅰ～Ⅱ区分) | | (要介護Ⅲ～Ⅴ区分) | |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 介護を行う場所 | 一般居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 一時金及び月 額利用料に含 むサービス | その都度徴収す るサービス | 介護保険給付、 一時金及び月額 利用料に含む サービス | その都度徴収す るサービス | 介護保険給付、 一時金及び月額 利用料に含む サービス | その都度徴収す るサービス |
| <介護サービス> | | | | | | |
| ○巡回 | | | | | | |
| ・昼間9時～17時 ・夜間17時～9時 | 3時間毎 | × | 3時間毎 | × | 3時間毎 | × |
| ○食事介助 | × | 別献立による特 別食は実費徴収 | 食事の都度一部 介助 | 別献立による特 別食は実費徴収 | 食事の都度全面 介助 | 別献立による特 別食は実費徴収 |
| ○排泄介助 | × | × | トイレでの排泄 の都度一部介助 | × | 毎日6回及び全 面介助 | × |
| ○おむつ交換 | × | × | 就寝時に装着 し、起床時に着 脱 | × | | × |
| ○おむつ代 | × | 実費徴収 | × | 実費徴収 | × | 実費徴収 |
| ○入浴(一般浴) | 週2回 | | | | | |
| ・清拭 | × | × | 入浴日に入浴で きなかった場合 に清拭 | | 入浴日に入浴で きなかった場合 に清拭 | |
| ・一般浴介助 | × | × | 週2回入浴時介 助 | × | 週2回入浴時介 助(一般浴また は特殊浴) | × |
| ・特浴介助 | × | × | × | × | 週2回入浴時介 助(一般浴また は特殊浴) | × |
| ○身辺介助 | | | | | | |
| ・体位交換 | × | × | × | × | 毎日3回および 随時のおむつ交 換時 | × |
| ・居室からの移動 | × | × | 杖又は歩行器で 移動を介助 | × | 車いすでの移動 を介助 | × |
| ・衣類の着脱 | × | × | 毎日朝、夜及び 入浴時に一部介 助 | × | 毎日朝、夜及び 入浴時に全面介 助 | × |
| ・身だしなみ介助 | × | × | 毎日朝、夜及び 入浴時に一部介 助 | × | 毎日朝、夜及び 入浴時に全面介 助 | × |
| ○機能訓練 | 週2回身体状況 に応じた訓練 | × | 週2回身体状況 に応じた訓練 | × | 週2回身体状況 に応じた訓練 | × |
| ○通院介助 (協力医療機関) | 協力医療機関 への通院等の 付添 | 協力医療機関以 外で且つ市外へ の通院等の付添 1時間1,100円 | 協力医療機関へ の通院等の付添 | 協力医療機関以 外で且つ市外へ の通院等の付添 1時間1,100円 | 協力医療機関へ の通院等の付添 | 協力医療機関以 外で且つ市外へ の通院等の付添 1時間1,100円 |
| ○緊急時対応 | | | | | | |
| ・ナースコール | 24時間対応 | × | 24時間対応 | × | 24時間対応 | × |

| | (自 立) | | (要支援Ⅰ・Ⅱ、 要介護Ⅰ～Ⅱ区分) | | (要介護Ⅲ～Ⅴ区分) | |
|-------------------|---------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 介護を行う場所 | 一般居室 | | 介護居室 | | 介護居室 | |
| | 一時金及び月 額利用料に含 むサービス | その都度徴収す るサービス | 介護保険給付、 一時金及び月額 利用料に含む サービス | その都度徴収す るサービス | 介護保険給付、 一時金及び月額 利用料に含む サービス | その都度徴収す るサービス |
| <生活サービス> | | | | | | |
| ○家事 | | | | | | |
| ・ 清掃 | 週2回 | 左記以外 1回550円 | 週2回 | 左記以外 1回550円 | 週2回 | 左記以外 1回550円 |
| ・ 洗濯 | 週2回 | 左記以外 1回(1kg毎) 550円 | 週2回 | 左記以外 1回(1kg毎) 550円 | 週2回 | 左記以外 1回(1kg毎) 550円 |
| ○居室配膳・下膳 | × | 本人希望による 場合1回220円 | × | 本人希望による 場合1回220円 | × | 本人希望による 場合1回220円 |
| ○理美容 | × | 実費徴収 | × | 実費徴収 | × | 実費徴収 |
| ○代行 | | | | | | |
| ・ 買物 | 週1回指定日 | 左記以外1回(1 時間)1,100円 | 週1回指定日 | 左記以外1回(1 時間)1,100円 | 週1回指定日 | 左記以外1回(1 時間)1,100円 |
| ・ 役所手続き | 月1回指定日 | 左記以外1回(1 時間)1,100円 | 月1回指定日 | 左記以外1回(1 時間)1,100円 | 月1回指定日 | 左記以外1回(1 時間)1,100円 |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| ・ 健康診断 | 年2回 | 費用は自己負担 | 年2回 | 費用は会社負担 | 年2回 | 費用は会社負担 |
| ・ 健康相談 | 随時 | × | 随時 | × | 随時 | × |
| ・ 生活指導 | 月1回。更に必 要に応じ随時 | × | 月1回。更に必 要に応じ随時 | × | 月1回。更に必 要に応じ随時 | × |
| ・ 医師の往診 | × | 必要に応じ随時 医療保険制度で 支給される以外 の費用は入居者 負担 | × | 必要に応じ随時 医療保険制度で 支給される以外 の費用は入居者 負担 | × | 必要に応じ随時 医療保険制度で 支給される以外 の費用は入居者 負担 |
| 入退院時、入院中の サービス | | | | | | |
| ・ 医療費 | × | 医療保険制度で 支給される以外 の負担は入居者 負担。 | × | 医療保険制度で 支給される以外 の負担は入居者 負担。 | × | 医療保険制度で 支給される以外 の負担は入居者 負担。 |
| ・ 移送サービス | 協力医療機関 への入院の付 添 | 協力医療機関以 外で且つ市内の 場合、30分毎に 1,100円 | 協力医療機関へ の入院の付添 | 協力医療機関以 外で且つ市内の 場合、30分毎に 1,100円 | 協力医療機関へ の入院の付添 | 協力医療機関以 外で且つ市内の 場合、30分毎に 1,100円 |
| その他のサービス | | | | | | |
| ○レクリエーション | 週1回実施 | 材料費等は実費 負担 | 週1回実施 | 材料費等は実費 負担 | 週1回実施 | 材料費等は実費 負担 |
| ○日帰りまたは宿泊 旅行 | × | 実施の都度徴収 | × | 実施の都度徴収 | × | 実施の都度徴収 × |

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。

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:アビリティーズ・気まま館ブルーベリーコート府中

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 |
| 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】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 | |
| 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：株式会社三井住友銀行 |
| 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：30% |
| 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。