

**メディカルホーム ボンセジュール白糸台
入居契約兼特定施設入居者生活介護等利用契約
重要事項説明書**

| | | | |
|------|-------|-------|--------------------------|
| 記入者名 | 石東 英樹 | 記入年月日 | 平成23年10月1日 |
| | | 所属・職名 | メディカルホーム ボンセジュール白糸台・ホーム長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (あり) : 営利法人 |
| | 名称 | (ふりがな) 株式会社ボンセジュール かぶしきがいしゃぼんせじゅーる |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒150-0002 | 東京都渋谷区渋谷二丁目17番5号 |
| | 電話番号 | 03-5774-4544 |
| 事業主体の連絡先 | FAX番号 | 03-5774-4543 |
| | ホームページアドレス | なし |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> : http://www.bonsejour.co.jp/ |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 小林 仁 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 事業主体の設立年月日 | 平成20年8月28日 | |
| 事業主体が行っている主な事業等 | (介護予防) 特定施設入居者生活介護、居宅介護支援、(介護予防) 訪問介護 | |

| 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 | | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所在地 | |
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | | |
| 通所介護 | あり | なし | | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 11 | ホーンゼージュール南千束 | 大田区南千束1-1-8 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 11 | ホーンゼージュール南千束 | 大田区南千束1-1-8 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | あり | 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 | あり | なし | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | | |

2. 事業所概要

| 事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
|---|---|---|
| 事業所の名称 | (ふりがな) めでいかるほーむ ぼんせじゅーるしらいとだい メディカルホーム ボンセジュール白糸台 | |
| 事業所の所在地 | 〒183-0011 東京都府中市白糸台1-29-1 | |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 | 042-358-5650 |
| | FAX番号 | 042-351-5511 |
| | ホームページ アドレス | なし |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> http://www.bonsejour.co.jp/ |
| 有料老人ホームの類型・表示事項 | | |
| 類 型 | 介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） | |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | |
| 利用料の支払方式 | 一時金方式 | |
| 入居時の要件 | 入居時要支援・要介護 | |
| 介護保険 | 東京都指定特定施設入居者生活介護 東京都指定介護予防特定施設入居者生活介護 | |
| 専用居室区分 | 全室個室（夫婦部屋5室あり） | |
| 介護にかかわる職員体制* | 3:1以上 | |
| その他 | | |
| 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護 東京都 1373802147号 | |
| 事業所の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 | 石東 英樹 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び届出の年月日、指定を受けた年月日（指定の更新を受けた場合にはその年月日） | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 20年 12月 1日 | |
| 届出の年月日 | 平成 20月 11年 19日 | |
| 指定の年月日* | 平成 20年 12月 1日 | |
| 指定の更新年月日* | 平成 月 年 日 | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 京王線「多磨霊園」駅より徒歩12分（約960m） 西武多摩川線「白糸台」駅より徒歩9分（約720m） | | |

3. 従業者に関する事項

(平成23年7月1日現在)

| 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 | | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 備考 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 施設長 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 1.0人 | |
| 生活相談員 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 1.0人 | 介護福祉士 |
| 看護職員 | 3人 | 1人 | 7人 | 0人 | 11人 | 5.9人 | 機能訓練指導員兼務 |
| 介護職員 | 38人 | 0人 | 5人 | 0人 | 43人 | 40.5人 | |
| 機能訓練指導員 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0.2人 | 看護職員兼務 |
| 計画作成担当者 | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 | 2人 | 2.0人 | |
| 栄養士 | - | - | - | - | - | - | 外部委託 |
| 調理員 | - | - | - | - | - | - | 外部委託 |
| 事務員 | 3人 | 0人 | 1人 | 0人 | 4人 | 3.5人 | |
| その他従業者 | 1人 | 0人 | 8人 | 0人 | 9人 | 4.8人 | ドライバー・清掃員 介護補助業務等 |
| 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従業者の資格 | | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | | |
| 延べ人数 | | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 介護福祉士 | | 14人 | 0人 | 1人 | 0人 | | |
| 介護職員基礎研修 | | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 訪問介護員1級 | | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 2級 | | 21人 | 0人 | 4人 | 0人 | | |
| 3級 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 介護支援専門員 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | | |
| 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人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 作業療法士 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 言語聴覚士 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| 看護師及び准看護師 | | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | | |
| 柔道整復士 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | |
| ④夜勤（宿直を除く）を行う看護職員及び介護職員の人数 | | 最少時の人数 | | | | 3人 | |
| | | 平均時の人数 | | | | 4人 | |
| ⑤管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | | あり | なし |
| 管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等 | なし | あり | | 資格等の名称 ヘルパー2級 | | | |

| ⑥特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態* | | | | | | | |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-------|--------|-----------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 備考 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 生活相談員 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 1.0人 | 介護福祉士 |
| 看護職員 | 3人 | 1人 | 7人 | 0人 | 11人 | 5.9人 | 機能訓練指導員兼務 |
| 介護職員 | 38人 | 0人 | 5人 | 0人 | 43人 | 40.5人 | |
| 機能訓練指導員 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0.2人 | 看護職員兼務 |
| 計画作成担当者 | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 | 2人 | 2.0人 | |
| その他従業者 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0.0人 | |
| ⑦ 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数* | | | | | 40時間 | | |
| ⑧従業員の資格* | | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 介護福祉士 | 14人 | 0人 | 1人 | 0人 | | | |
| 介護職員基礎研修 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 訪問介護員1級 | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 訪問介護員2級 | 21人 | 0人 | 4人 | 0人 | | | |
| 訪問介護員3級 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 介護支援専門員 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | | |
| 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人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 作業療法士 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 言語聴覚士 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| 看護師及び准看護師 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | | | |
| 柔道整復士 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| ⑨看護職員及び介護職員1人当たりの特定施設入居者生活介護の利用者数* | | | | | 3:1以上 | | |

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 2人 | 2人 | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 前年度1年間の退職者数 | 4人 | 4人 | 2人 | 1人 | 0人 | 0人 |
| 業務に従事した経験年数 | - | - | - | - | - | - |
| 1年未満の者の人数 | 2人 | 0人 | 6人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 1人 | 3人 | 19人 | 0人 | 1人 | 0人 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1人 | 4人 | 2人 | 5人 | 0人 | 0人 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 11人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 10年以上の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | | 非常勤 | |
| 前年度1年間の採用者数 | 0人 | 0人 | 0人 | | 0人 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0人 | 0人 | 0人 | | 0人 | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | | 0人 | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 1人 | 0人 | 0人 | | 0人 | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 2人 | | 0人 | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | | 0人 | |
| 10年以上の者の人数 | 0人 | 0人 | 0人 | | 0人 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | なし | | | あり | | |

4. サービスの内容

事業所の運営に関する方針

<介護理念>
 ○基本を守って、安心・安全を提供します。
 ○その方の全てを受容し、尊厳をおまもりします。
 ○その方のできないことだけを支援し、自立性を高めていただきます。
 ○お1人おひとりのリズムに合った個別ケアを行います。生活スケジュールの押しつけはいたしません。
 <介護の3ステップ>
 私たちは、介護保険制度に則った適切な手順でサービスを実施することにより、常にサービスの品質を高める努力をいたします。
 1. ご入居者の毎日が輝くお手伝いはご入居者を良く知り、適切なケアプランをつくることから始まります。
 私たち全員がケアプランづくりの責務を担っていることを認識し、協力して適切なケアプランをつくりまします。
 2. ケアプランの確実な実行によりご入居者の生活の質を高めます。
 3. ご入居者の心身の状況の変化や要望の変化を的確に捉え、常にサービスを見直します。

サービスの内容、利用定員等

生活支援サービスの有無

| | | |
|--------------------------|----|----|
| 食事の提供サービスの有無 | なし | あり |
| 入浴介護サービスの有無 | なし | あり |
| 排せつ介護サービスの有無 | なし | あり |
| 食事介護サービスの有無 | なし | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービスの有無 | なし | あり |
| 健康管理サービスの有無 | なし | あり |

介護保険加算サービス等の有無*

| | | |
|-----------------------|----|----|
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | なし | あり |

利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況

別紙

| | | | |
|--------|----|----|---|
| 協力医療機関 | なし | あり | 名称 医療法人社団和啓会 メディクスクリニック溝の口 所在地 神奈川県川崎市高津区下作延1224-1川辺ビル201 (ホームからの距離 約15km) |
| | | | (協力の内容) 診療科目 内科 週一回の訪問診療、24時間緊急相談対応 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |
| 協力医療機関 | なし | あり | 名称 医療法人社団 マグノリア まりあ内科クリニック 所在地 東京都調布市国領町3-3-20 大竹ビル2F (ホームからの距離 約5.4km) |
| | | | (協力の内容) 診療科目 内科 月2回以上の定期訪問診療、24時間緊急相談対応、定期健康診断の実施、他医療機関の紹介、日常の健康相談業務、他。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |

| | | | | | |
|-----------------------|----|----|--|--|--|
| 協力医療機関 | なし | あり | 名称 くすの木ファミリークリニック 所在地 東京都調布市国領町8-2-9 ライフタウン国領4号棟 (ホームからの距離 約6.3km) | | |
| | | | (協力の内容) 診療科目 内科、外科、小児科、皮膚科 月2回以上の定期訪問診療、24時間緊急相談対応、定期健康診断の実施、他医療機関の紹介、日常の健康相談業務、他。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | 名称 医療法人社団 高輪会 わかば歯科医院 所在地 東京都港区高輪2-21-40 国際高輪ビル5F (ホームからの距離 約25km) | | |
| | | | (協力の内容) 定期訪問歯科診療、病態急変時の応援協力、他の医療機関への紹介、日常の健康相談、口腔ケアに関する入居者及びご家族向けセミナーの開催、他。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | | | |
| 同じ居室で行います。 | | | | | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | | | | |
| 判断基準・手続について | | | | | |
| (その内容) なし | | | | | |
| 追加的費用の有無 | | なし | あり | | |
| 居室利用権の取扱い | | | | | |
| (その内容) なし | | | | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | | なし | あり | | |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | | なし | あり | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | | | | |
| 便所の変更の有無 | | なし | あり | | |
| 浴室の変更の有無 | | なし | あり | | |
| 洗面所の変更の有無 | | なし | あり | | |
| 台所の変更の有無 | | なし | あり | | |
| その他の変更の有無 | | なし | あり | | |
| (その内容) | | | | | |

| 他の専用居室（介護居室）へ移る場合 | | |
|--|----|----|
| 判断基準・手続について | | |
| <p>(その内容)</p> <p>事業者は、入居者の心身状況により居室の住み替えが発生するなど、居室の権利等において本契約に重大な変更を行う場合は、次の各号の手続きを行い、書面にて確認します。</p> <p>一 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>二 入居者又は連帯保証人等の同意を得る</p> <p>三 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</p> <p>四 居室変更に伴う入居金の精算</p> <p>転居前居室の入居金＝A、転居後居室の入居金＝Bとし以下の方法で入居金の精算を致します。</p> <p>・A＞Bの場合、以下の金額を精算致します。</p> <p>精算金＝(A×70%÷60ヶ月×未償却月数)－(B×70%÷60ヶ月×未償却月数)</p> <p>・B＞Aの場合、以下の金額を精算致します。</p> <p>精算金＝(B×30%－A×30%)＋{(B×70%÷60ヶ月×未償却月数)－(A×70%÷60ヶ月×未償却月数)}</p> <p>(端数は初月に償却致します)</p> | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) 従前の居室から住み替えた居室へ利用権が移行します。 | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 | なし | あり |
| (その内容) 夫婦部屋にのみ簡易式台所が設置 | | |
| その他へ移る場合 | なし | あり |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 | なし | あり |
| (その内容) | | |

| 施設の入居に関する要件 | | | |
|---------------|---|----|----|
| 自立している者を対象 | | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | | なし | あり |
| 留意事項 | 原則として65歳以上の方で、介護保険の要支援・要介護認定をお持ちの方。健康保険に加入されている方。お二人でご入居の場合は、ご夫婦の方。身体状況・共同生活への適応力・お支払い能力について当社の審査基準を満たされた方。 | | |
| 入居者の条件 | 原則として65歳以上の方で、介護保険の要支援・要介護認定をお持ちの方。健康保険に加入されている方。お二人でご入居の場合は、ご夫婦の方。身体状況・共同生活への適応力・お支払い能力について当社の審査基準を満たされた方。 | | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | ・別紙「入居契約書」第36条2項による・第36条（連帯保証人）前項の連帯保証人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要な時は入居者の身柄を引き取るものとします。 | | |
| 契約の解除 | ①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらとも逝去した場合） ②入居者から契約解約が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居者の行動が、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 | | |
| 体験入居 | 最大7泊8日間、1泊15,750円。体験入居は介護保険を使用しません。 | | |
| 医療を必要とする場合の処遇 | ホームの協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において治療を受ける。費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担。近隣医院は、送迎による外来受診。 | | |
| 安否確認の方法 | 各介護居室・浴室等に緊急コール設置、PHS受信により24時間緊急対応します。尚3時間間隔で安否確認を行います。 | | |
| その他 | | | |

| 入居者の状況 | | | | | | |
|------------------------|--|-----------|----------|-----------|------------|--------|
| 入居者の人数 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 65歳未満 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 |
| 75歳以上85歳未満 | 9人 | 4人 | 9人 | 7人 | 4人 | 33人 |
| 85歳以上 | 11人 | 6人 | 11人 | 14人 | 6人 | 48人 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 1人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 2人 |
| 75歳以上85歳未満 | 0人 | 3人 | 2人 | 0人 | 0人 | 5人 |
| 85歳以上 | 0人 | 3人 | 2人 | 0人 | 0人 | 5人 |
| 入居者の平均年齢 | | | | | | 85.8歳 |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 11人 | | 女性 | 83人 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | | | 94.00% |
| 前年度退居した者の人数と理由 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 介護保険施設 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | 1人 | 2人 |
| 医療機関 | 0人 | 0人 | 3人 | 0人 | 1人 | 4人 |
| 死亡者 | 3人 | 1人 | 3人 | 2人 | 2人 | 11人 |
| その他 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 介護保険施設 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 医療機関 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 死亡者 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| その他 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 入居者の入居期間 | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上1年未満 | 一年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数 | 5人 | 10人 | 42人 | 37人 | 0人 | 0人 |
| 入居定員 | 100名 | | | | | |
| 運営懇談会の実施状況 | <p>【開催回数】 原則年1回以上開催</p> <p>【議題】</p> <p>(1) 施設における入居者の状況、サービス提供の状況</p> <p>(2) 介護保険、管理費、食費等の収支状況のほかホーム本体の各会計年度の財務諸表等の決算報告</p> <p>(3) 管理費、食費その他のサービス費用及び使用料の改訂</p> <p>(4) 管理規程、細則等の諸規程の改定</p> <p>(5) 入居者の意向の確認や意見交換</p> <p>(6) 年度ごとの介護にかかわる職員体制の算定方法及び算定結果についての説明等</p> <p>(7) その他特に必要と認められた事項</p> | | | | | |

| 施設、設備等の状況 | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|----------|-----------------------|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | なし | あり | | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | あり | なし | | |
| 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | | |
| | 専用居室個室 (自立以外) | あり | なし | 81室 | 1の居室の床面積 | |
| | | | | 9室 | | 14.58㎡ 16.20㎡ ㎡ |
| | 専用居室夫婦部屋 (自立以外) | あり | なし | 5室 | 10人 | 30.78㎡ ㎡ |
| | 専用居室個室 (自立) | あり | なし | | | ㎡ |
| | 専用居室相部屋 (自立) | あり | なし | | | ㎡ |
| 一時介護室 | あり | なし | | | ㎡ | |
| 共同便所の設置数 | 男子便所 | か所 | うち車椅子等の対応が可能な数 | | か所 | |
| | 女子便所 | か所 | うち車椅子等の対応が可能な数 | | か所 | |
| | 男女共用 | 14か所 | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 12か所 | |
| 個室の便所の設置数 | 95か所 | | 個室における便所の設置割合 | | 100% | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 95か所 | |
| 浴室の設備状況 | | | | | | |
| 浴室の総数 | | | | 7か所 | | |
| 個浴 | | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | |
| か所 | | 1か所 | か所 | 2か所 | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 2~6階：388.8㎡ (2、3Fはリビングと共有) | | | | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | なし | あり | | | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | | |
| なし | あり | (その内容) ヘルパーステーション・厨房・食堂兼機能訓練コーナー・ファミリールーム・健康管理室・シャワールーム・洗濯コーナー・理美容室・自販機コーナー・マッサージチェア・リビングスペース・(4階~6階)・図書コーナー・玄関ホール・事務室・喫煙室・汚物処理室 | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| (その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手摺設置。車いすでの移動可能。 | | | | | | |
| 消火設備等の状況 | | なし | あり | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | |
| 外線電話回線の設置状況 | | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | |
| テレビ回線の設置状況 | | なし | 一部あり | 各居室内にあり | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | |
| 敷地の面積 | | | 1,906.95㎡ | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | | | なし | あり | | |
| 貸借(借地) | | | なし | あり | | |
| 所 有 者 | 契約期間 | | 始:平成 年 月 日 | 終:平成 年 月 日 | | |
| | 契約の自動更新 | | なし | あり | | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | 4,017.27㎡ (うち有料老人ホーム部分は3,516.80㎡) | | | |
| 階数 | | | 鉄骨造 地上6階建 | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | | | なし | あり | | |
| 貸借(借家) | | | なし | あり | | |
| 所 有 者 | 鹿島三重子様 | | 契約期間 | 始:平成16年8月1日 終:平成46年7月31日 | | |
| | 契約の自動更新 | | なし | あり | | |
| 施設の利用にあたっての留意事項 | | | | | | |
| (その内容) 居室、共用施設、敷地その他の利用にあたっては、その本来の用途に従って、妥当かつ適切に利用してください。 | | | | | | |
| 非常災害対策 | | | | | | |
| (その内容) 非常災害が発生した場合「防災計画」に従い、入居者等について適切に対応します。非常災害に備え、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。スプリンクラー、自動火災報知機、避難階段、誘導灯など防災設備は法令に準拠します。 | | | | | | |

| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | |
|--|---|--|
| 窓口の名称 | ①メディカルホーム ボンセジュール白糸台 苦情受付担当 ②株式会社ボンセジュール コンプライアンス推進室 ③東京都国民健康保険団体連合会 ④社団法人全国有料老人ホーム協会 ⑤東京都福祉保険局高齢社会対策部施設支援課 | |
| 電話番号 | ①042-358-5650 ②03-5774-4544 ③03-6238-0177 ④03-3272-3781 ⑤03-5321-1111 | |
| 対応している時間 | 平日 | ①9時00分～17時00分 ②9時30分～17時30分 ③9時00分～17時00分 ④10時00分～17時00分 ⑤9時00分～17時00分 |
| | 土曜 | ①9時00分～17時00分 ②なし ③なし ④なし ⑤なし |
| | 日曜 | ①9時00分～17時00分 ②なし ③なし ④なし ⑤なし |
| | 祝日 | ①9時00分～17時00分 ②なし ③なし ④なし ⑤なし |
| 定休日 | ①なし ②土曜・日曜・祝日 ③土曜・日曜・祝日 ④土曜・日曜・祝日 ⑤土曜・日曜・祝日 | |
| 留意事項 | | |
| 緊急時における対応方法 | | |
| 介護等のサービス提供に当る者は、サービス提供時に入居者に病状の急変が生じた場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめホームが定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行います。 | | |
| サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | | |
| 損害賠償責任保険の加入状況 | なし あり | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | |
| (その内容) ■ご入居者の毎日が輝くために ○ 私は、介護という仕事にたずさわれる感謝を常に忘れず、ご入居者の心身両面の支えとなります。 ○ 介護のプロとしての誇りを持って、介護技術の向上に努めます。 ○ 私は、ご入居者のお話を心の耳で聴き、共感します。 ○ 私は、ご入居者のことを人生の先輩として尊敬し、その方のことをたくさん知ろうとつとめます。 ○ 私は、ご入居者の喜びを自分自身の喜びととらえ、毎日が輝くお手伝いをあきらめることなく追求していきます。 ○ 私は、一回でも多く、ご入居者に笑っていただけるよう、ご入居者と一緒に楽しみます。 | | |

| 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 | | | |
|----------------------------------|----|-------------|--------------------------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | | |
| なし | あり | 当該結果の開示状況 | なし あり |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施状況 | | | |
| なし | あり | 実施した直近の年月日 | 平成 年 月 日 |
| | | 実施した評価機関の名称 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |
| その他機関による第三者評価の実施状況 | | | |
| なし | あり | 実施機関名又は直接実施 | 有料老人ホームサービス評価事業 (社団法人全国有料老人ホーム協会) |
| | | 実施した年月日 | 平成22年12月26日 |
| | | 実施した評価機関の名称 | NPO法人福祉経営ネットワーク |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |

5. 利用料金

| | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|----|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | | <input type="radio"/> なし | <input checked="" type="radio"/> あり | | |
| 利用料の支払い方式 (□にレを記入) | | 一時金方式 <input checked="" type="checkbox"/> | 月払い方式 <input type="checkbox"/> | 選択方式 <input type="checkbox"/> | | |
| 一時金に関する費用 | | | | | | |
| ①居室に要する一時金 (専用居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの) | | | なし | <input checked="" type="radio"/> あり | | |
| 名称 入居金 | | | | | | |
| 1人の入居の場合 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | | |
| | 532万円 | 948万円 | 700万円 | 円 | | |
| 2人の入居の場合 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | | |
| | 1,292万円 | 1,628万円 | 1,460万円 | 円 | | |
| 留意事項 | 【選択価格制】 基本コースの価格をもとに 入居金84万円を加算するごとに月額費用が1万円減額されます。 入居金84万円を減額するごとに月額費用が1万円加算されます。 ※詳細は別紙「選択価格制度」参照 | | | | | |
| 名称 | | | | | | |
| 1人の入居の場合 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 2人の入居の場合 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 留意事項 | | | | | | |
| 名称 | | | | | | |
| 1人の入居の場合 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 2人の入居の場合 | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 留意事項 | | | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり | | | |
| | 上記以外 | (その内容) | | | | |
| 初期償却率 (%) | 30% | | | | | |
| 償却年月数 | 5年 (60ヶ月) | | | | | |
| 留意事項 | | | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | 入居金 - (入居金 × 30%) - (入居金 × 70% ÷ 60 × 入居月数) 1. 入居金の30%は、入居期間にかかわらず返還されません。 2. 5年 (60ヶ月) 経過後は、返還金がなくなります。 3. 居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。 入居金700万円の場合の返還金一覧表 単位：万円 | | | | | |
| | 経過年数 | 1年 | 2年 | 3年 | 4年 | 5年 |
| | 金額 | 392 | 294 | 196 | 98 | 0 |

| | | | |
|--|---|--------|--|
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) 事業者が入居金の返還債務を負うことになった場合においては、その債務のうち保全金額に相当する部分(実際に返還を要する金額又は金500万のうちいずれか低い方までの額)を、親会社である株式会社ベネッセホールディングスとの間の入居金等保証委託契約に基づき連帯して保証します。 |
| 一時金の算定根拠 | 入居金の設定方法として、想定居住期間と要介護者の平均寿命を勘案し、地域不動産の相場と部屋の広さ等を考慮に入れて積算して定めております。 | | |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料* (人員配置が手厚い場合の介護サービス) (「あり」の場合、その内容及び利用料) | なし | | あり |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | なし | | あり |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) |
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 (「あり」の場合、その内容及び利用料) | なし | | あり |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) |
| 一時金の算定根拠 | | | |

| | | | | |
|---|-----------|---|------------|--------|
| ④その他に要する一時金 | | なし | | あり |
| 名称 | | | | |
| 1人の入居の場合 | 最低の額 円 | 最高の額 円 | 最多価格帯 円 | |
| 2人の入居の場合 | 最低の額 円 | 最高の額 円 | 最多価格帯 円 | |
| 留意事項 | | | | |
| 名称 | | | | |
| 1人の入居の場合 | 最低の額 円 | 最高の額 円 | 最多価格帯 円 | |
| 2人の入居の場合 | 最低の額 円 | 最高の額 円 | 最多価格帯 円 | |
| 留意事項 | | | | |
| 名称 | | | | |
| 1人の入居の場合 | 最低の額 円 | 最高の額 円 | 最多価格帯 円 | |
| 2人の入居の場合 | 最低の額 円 | 最高の額 円 | 最多価格帯 円 | |
| 留意事項 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | |
| 一時金の算定根拠 | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | (その内容) |
| 契約締結日から90日以内の契約解除による返還金について (※の設定を含む) | | | | |
| 入居金の償却起算後90日以内に解約される場合は、本契約第45条に基づき、受領済みの入居金の全額を返還します。ただし、この場合において、受領済の入居金総額の契約期間に係る日割り分を受領します。 | | | | |
| 一時金の支払方法 | | | | |
| 入居時までには事業者の指定する口座に振込にて支払うものとします。 | | | | |
| 一時金に対する留意事項等 | | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) 1ヶ月以上お部屋を予約する場合、予約金を頂きます。 予約金は契約時にお支払頂く入居金に充当いたします。 万一お客様の理由によりキャンセルする場合は、全額ご返金いたします。 | | |

※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

| 一時金以外の費用（個室で基本価格700万円の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------|-----|------|-----------|--|--------|----------|---------|-------------|------|---------|---------|----------|------|---------|----------|-----------|------|---------|----------|-----------|------|---------|----------|-----------|------|---------|----------|-----------|------|---------|----------|-----------|------|---------|----------|-----------|----------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|----------|--------|------|-------|
| 月額の場合の利用料の額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理費 | なし | <input checked="" type="radio"/> | 78,750円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 留意事項 | 共用施設等の維持管理費、水道光熱費、事務費、基本サービス（入居契約書第16条）に係る人件費（税込み） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食費 | なし | <input checked="" type="radio"/> | 60,480円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 留意事項 | 普通食を一日3食30日=90食を利用した場合（税込み） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 光熱水費 | なし | <input checked="" type="radio"/> | 実費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | | <input checked="" type="radio"/> | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「あり」の場合、利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | | <input checked="" type="radio"/> | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家賃相当額 | なし | <input checked="" type="radio"/> | 最低の額 18,320円 | 最高の額 61,820円 | 最多価格帯 38,320円 81室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 留意事項 | 選択価格制度による | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他に必要な月額利用料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | なし | <input checked="" type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※自立と認定された場合、日常の安否確認等の費用として生活サービス費31,500円/人・月（税込）が必要となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※要介護者等の場合、介護保険給付の自己負担額をお支払いいただきます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※個別機能訓練加算・夜間看護体制加算・医療機関連携加算は、施設が基準を満たしていない場合は、適用になりません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>特甲地</th> <th>地域単価</th> <th colspan="2">1単位=10.45</th> </tr> <tr> <th>要介護認定等</th> <th>介護給付費の単位</th> <th>30日分の目安</th> <th>代理受領時の自己負担分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>203単位/日</td> <td>63,640円</td> <td>6,364円/月</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>469単位/日</td> <td>147,031円</td> <td>14,704円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>571単位/日</td> <td>179,008円</td> <td>17,901円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>641単位/日</td> <td>200,953円</td> <td>20,096円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>711単位/日</td> <td>222,898円</td> <td>22,290円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>780単位/日</td> <td>244,530円</td> <td>24,453円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>851単位/日</td> <td>266,788円</td> <td>26,679円/月</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>12単位/日</td> <td>3,762円</td> <td>377円/月</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>10単位/日</td> <td>3,135円</td> <td>314円/月</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>80単位/月</td> <td>836円</td> <td>84円/月</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | 特甲地 | 地域単価 | 1単位=10.45 | | 要介護認定等 | 介護給付費の単位 | 30日分の目安 | 代理受領時の自己負担分 | 要支援1 | 203単位/日 | 63,640円 | 6,364円/月 | 要支援2 | 469単位/日 | 147,031円 | 14,704円/月 | 要介護1 | 571単位/日 | 179,008円 | 17,901円/月 | 要介護2 | 641単位/日 | 200,953円 | 20,096円/月 | 要介護3 | 711単位/日 | 222,898円 | 22,290円/月 | 要介護4 | 780単位/日 | 244,530円 | 24,453円/月 | 要介護5 | 851単位/日 | 266,788円 | 26,679円/月 | 個別機能訓練加算 | 12単位/日 | 3,762円 | 377円/月 | 夜間看護体制加算 | 10単位/日 | 3,135円 | 314円/月 | 医療機関連携加算 | 80単位/月 | 836円 | 84円/月 |
| 特甲地 | 地域単価 | 1単位=10.45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定等 | 介護給付費の単位 | 30日分の目安 | 代理受領時の自己負担分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援1 | 203単位/日 | 63,640円 | 6,364円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 469単位/日 | 147,031円 | 14,704円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 571単位/日 | 179,008円 | 17,901円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 641単位/日 | 200,953円 | 20,096円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 711単位/日 | 222,898円 | 22,290円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 780単位/日 | 244,530円 | 24,453円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 851単位/日 | 266,788円 | 26,679円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個別機能訓練加算 | 12単位/日 | 3,762円 | 377円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間看護体制加算 | 10単位/日 | 3,135円 | 314円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関連携加算 | 80単位/月 | 836円 | 84円/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | なし | <input checked="" type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・おむつ代：実費 ・通院介助：近隣医療機関の週2回目以降は30分1,500円（税込み） （遠方移送は実施しません。） ・居室清掃：実施日以外は30分1,500円（税込み） ・リネン交換：実施日以外は1回1,500円（税込み） ・日常の洗濯：実施日以外は1回500円（税込み） ・理美容：実費 ・入退院時の同行：近隣医療機関は週2回目以降 ・遠方付添は30分1500円（税込み） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 料金改定の方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の維持管理・公租公課等の負担が増加したとき、もしくは物価の変動・近隣相場との不均衡・施設の改良があった場合、運営懇談会の意見を聴いた上で改定します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 消費税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居金、家賃相当額は非課税、それ以外は消費税対象となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類： 「介護サービス等の一覧表」
「選択価格制度」
「東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表」

※ _____ 様 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求めます。

別 添 メディカルホーム ボンセジュール白糸台 介護サービス等の一覧表

| | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|--|---|---|--|---|
| 介護を行う場所 | 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 |
| <介護サービス> ○巡回 ・ 夜間 ○食事介助 ○排泄介助 ○おむつ交換 ○おむつ代 ○入浴(一般浴) ・ 清拭 ・ 介助 ○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 ○機能訓練 ○通院介助 (協力医療機関) ○通院介助 (上記以外) ○緊急時対応 ・ 緊急コール | 3時間毎 配下膳は毎食事 — — — 週2回 — — — 週2回 — 適宜実施 移送は土日祝以外の9:00～17:00 適宜実施 24時間対応 | — — — — — — — — — — — 付添は30分1500円、遠方移送は実施しません。 — — | 3時間毎 配下膳は毎食事 適宜実施 適宜実施 — 入浴出来ない場合に週2回 週2回 週2回 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 近隣への付添は週1回、移送は土日祝以外の9:00～17:00 適宜実施 24時間対応 | — — — — 実費 — — — — — — 近隣医療機関は週2回目以降・遠方付添は30分1500円 遠方移送は実施しません。 — — |
| <生活サービス> ○居室清掃 ○リネン交換 ○日常の洗濯 ○居室配膳・下膳 ○嗜好に応じた特別食 ○おやつ ○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 | 週一回 週一回 週一回 適宜実施 適宜実施 10時、15時に実施 — 適宜実施 — 必要時(介護申請) — | 実施日以外は30分1500円 実施日以外は1回1500円 実施日以外は1回500円 — — 実費 — — — — | 週一回 週一回 週一回 適宜実施 適宜実施 10時、15時に実施 — 適宜実施 — 必要時(介護申請) 必要時対応 | 実施日以外は30分1500円 実施日以外は1回1500円 実施日以外は1回500円 — — 実費 — — — — |
| <健康管理サービス> ○定期健康診断 ○健康相談 ○生活指導・栄養指導 ○服薬支援 ○生活リズムの記録(排便・睡眠等) ○医師の往診 | 年2回の機会を設けます 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 週1回 | 受診料は実費 — — — — — | 年2回の機会を設けます 適宜実施 適宜実施 適宜実施 適宜実施 週1回 | — — — — — — |
| <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(協力医療病院) ○入退院時の同行(指定範囲内) ○入院中の洗濯物交換・買物 ○入院中の見舞い訪問 | 移送は土日祝以外の9:00～17:00 — — 週1回 適宜実施 | 遠方移送は実施しません。 付添は30分1500円 付添は30分1500円 — — | 移送は土日祝以外の9:00～17:00 適宜実施 週1回 週1回 適宜実施 | 遠方移送は実施しません。 — 近隣医療機関は週2回目以降・遠方付添は30分1500円 — — |
| <その他サービス> | — | — | — | — |

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。

別 添

選択価格制度

全タイプとも基本価格をもとに
 入居金84万円を加算することにより、月額費用1万円を減額いたします。
 入居金84万円を減額することにより、月額費用1万円を加算いたします。

Aタイプ選択価格表

| | 入居金 | 月額費用 | 月額費用内訳 | | |
|------|------------------|---------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | 施設利用料 | 管理費 | 食費 |
| 上限 | 868万円 | 157,550円 | 18,320円 | 78,750円 | 60,480円 |
| ↑ | 784万円 | 167,550円 | 28,320円 | 78,750円 | 60,480円 |
| 基本価格 | 基本額 700万円 | 基本額 177,550円 | 38,320円 | 78,750円 | 60,480円 |
| ↓ | 616万円 | 187,550円 | 48,320円 | 78,750円 | 60,480円 |
| 下限 | 532万円 | 197,550円 | 58,320円 | 78,750円 | 60,480円 |

Bタイプ選択価格表

| | 入居金 | 月額費用 | 月額費用内訳 | | |
|------|------------------|---------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | 施設利用料 | 管理費 | 食費 |
| 上限 | 948万円 | 161,050円 | 21,820円 | 78,750円 | 60,480円 |
| ↑ | 864万円 | 171,050円 | 31,820円 | 78,750円 | 60,480円 |
| 基本価格 | 基本額 780万円 | 基本額 181,050円 | 41,820円 | 78,750円 | 60,480円 |
| ↓ | 696万円 | 191,050円 | 51,820円 | 78,750円 | 60,480円 |
| 下限 | 612万円 | 201,050円 | 61,820円 | 78,750円 | 60,480円 |

Cタイプ選択価格表

| | 入居金 | 月額費用 | 月額費用内訳 | | |
|------|-------------------|---------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| | | | 施設利用料 | 管理費 | 食費 |
| 上限 | 1628万円 | 329,100円 | 50,640円 | 157,500円 | 120,960円 |
| ↑ | 1544万円 | 339,100円 | 60,640円 | 157,500円 | 120,960円 |
| 基本価格 | 基本額 1460万円 | 基本額 349,100円 | 70,640円 | 157,500円 | 120,960円 |
| ↓ | 1376万円 | 359,100円 | 80,640円 | 157,500円 | 120,960円 |
| 下限 | 1292万円 | 369,100円 | 90,640円 | 157,500円 | 120,960円 |

施設名：メディカルホーム ボンセジュール白糸台

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

(適合：○ 兼用・条件付：△ 不適合：× 非該当：－)

| 指針項目 | 適合 | 備考等 |
|---|----|--------------------|
| 1 必要な設備（指針4） | | |
| 食堂 | ○ | |
| 機能訓練室 | △ | 食堂と兼用 |
| 浴室（介護浴槽以外） | ○ | |
| 介護浴槽 | ○ | |
| 健康管理室 | ○ | |
| 談話室（遮蔽されたもの） | ○ | |
| 事務室 | ○ | |
| 宿直室 | － | |
| 洗濯室 | ○ | |
| 汚物処理室 | △ | 洗濯室の一部 |
| 看護・介護職員室（ヘルパーステーション） ※併設の居宅介護サービス事業所等を含めない | ○ | |
| エレベーター | ○ | 2機 |
| ナースコール等緊急通報装置 | ○ | |
| 自動火災報知設備 | ○ | |
| 消防機関へ通報する火災報知設備 | ○ | |
| 消火器 | ○ | |
| スプリンクラー設備 | ○ | |
| 居室は全室個室であること 4(8)7 | ○ | |
| 居室は全室1人あたり13㎡以上の床面積であること 4(8)7 | ○ | 14.58㎡以上 |
| 廊下の有効幅は1.8m以上（退避スペースがある場合には1.4m以上）であること 4(8)カ | ○ | 居室の外側が共有の広間になっている為 |

| 指針項目 | 適合可否 | 備考等 |
|---|------|---|
| 2 事業用土地建物の権利関係（指針3） | | |
| 有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないこと。3(2) | ○ | |
| 借地・借家等の契約関係が複数にならないこと。3(3) | ○ | |
| 通常の借地・借家契約とすること。（定期借地・借家契約による場合には備考に説明）3(3) | ○ | |
| 借家の契約期間は20年であることとし、自動更新条項があること。（借地の場合は30年以上）3(3)7イ | ○ | 建物賃貸借契約（20年・自動更新） |
| 3 職員の配置（指針5） | | |
| 夜間の介護、緊急時に対応できる職員がいること。5(1)イ | ○ | 夜勤：介護職3名（最小時2名） 看護職員1名（最小時0名） |
| 1人以上の介護福祉士、ホームヘルパー1級又は2級の資格を持つ職員がいること。5(1)ウ | ○ | |
| 4 記録の整備（指針6） | | |
| 入居者、設備、職員、会計に関する事項の記録を整備のうえ、帳簿を作成し、2年間保存すること。6(2) | ○ | |
| 5 サービス（指針7） | | |
| 入居時及び1年に2回以上健康診断を行うこと。7(3) | ○ | 毎年2月・8月に実施 |
| 緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならないこと。7(4) | ○ | |
| 外部の居宅介護サービスの利用については、あくまで入居者自身の選択によるものであり、恣意的に誘導していないこと。7(4) | ○ | 特定施設の為 |
| 6 一時金（指針9） | | |
| 一時金の算定根拠を書面で明示するとともに、必要な保全措置を講じなければならないこと。9(1)ウ | ○ | 親会社である株式会社ベネッセホールディングスとの間の入居金等保証委託契約に基づく連帯保証 |
| 入居時に全額を償却しないこと。9(1)ウ | ○ | 初期償却30%。残りは均等60ヶ月償却。 |
| 契約締結日から90日以内の契約解除の場合については、既受領の一時金の全額を利用者に返還すること。9(1)ウ | ○ | 返還金＝受領済入居金－（1日当りの施設利用料×利用日数） 1日当りの施設利用料＝入居金÷60ヶ月÷各月の日数 |
| 7 情報開示（指針11） | | |
| 契約書、管理規程等を公開するものとし、求めに応じ交付すること。また、一時金を受領する施設にあつては、貸借対照表及び損益計算書又はそれらの要旨についても閲覧に供すること。11(1) | ○ | 入居契約書・管理規程・特定施設入居者生活介護等利用契約書・運営規程・財務諸表・貸借対照表・損益計算書を開示。 |