

(前編) エスペランサ川崎 重度医療 重要事項説明書

(後編) フィルケア訪問看護ステーション川崎 重要事項説明書

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和7年1月1日

1 事業主体概要

事業主体名	スミリンフィルケア株式会社
代表者名	代表取締役 福永 匡
所在地	東京都新宿区西新宿二丁目3番1号
電話番号	電話 03-5909-8750 / FAX 03-3340-8120
ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp
資本金(基本財産)	1億円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	住友林業株式会社
設立年月日	平成16年5月6日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)5,124百万円 (費用)5,313百万円 (損益)▲189百万円
主要取引金融機関	三井住友銀行
会計監査人との契約	☒ 無 ・ 有 ()
他の主な事業	通所介護

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	エスペランサ川崎		
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (☒ 一般型 ・ 外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型	
	居住の権利形態	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 ☒ 4 自立・要支援・要介護	
	介護保険	1 指定介護保険特定施設 (番号1475001663、指定年月日 平成19年7月1日) 介護専用型・ ☒ 混合型 ・ 混合型 (外部サービス利用型) 地域密着型・ ☒ 介護予防 ・ 介護予防 (外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可	
	居室区分	1 全室個室 (夫婦等居室含む) 2 相部屋あり	

	介護に関わる職員体制	2.5 : 1以上 要介護認定を受けている方に対して、現在及び将来にわたって、要介護者2.5人に対して職員1人以上の割合(年度ごとの平均値)で介護に当たります。 これは介護保険の特定施設入居者生活介護サービスの職員配置基準(3 : 1以上)を上回る手厚い体制であり、保険外に別途費用を受領できるとされています。 なお、職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また常時要介護者2.5人に職員が1人お世話するものではありません。																													
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可(入居者の希望により当社が運営する施設へ住み替えができる場合があります。) 2 提携ホーム移行型()																													
開設年月日		平成19年7月1日																													
施設の管理者氏名		高橋 かおり																													
所在地		神奈川県川崎市川崎区榎町2-2																													
電話番号		044-244-9300																													
交通の便 ※3		京急「川崎駅」徒歩8分(約640m)																													
ホームページアドレス		https://www.fillcare.co.jp																													
敷地概要 ※4		権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 404.48㎡																													
建物概要		権利形態 所有 ・ <u>借家</u> (借家の場合の契約形態) <u>通常借家契約</u> ・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成19年6月29日～平成39年6月28日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ <u>有</u> 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下-階 地上7階建(<u>耐火</u> ・準耐火・その他) 延床面積 1,802.00㎡ (うち有料老人ホーム1,802.00㎡) 建築年月日 平成19年6月29日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <u>有料老人ホーム</u> ・その他()																													
居室、一時介護室の概要		居室総数 40室 定員 40人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>40室</td> <td>16.13㎡～ 16.65㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋 (個室)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋 (個室)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋 (個室)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋 (個室)</td> <td>室</td> <td>㎡～ ㎡</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	40室	16.13㎡～ 16.65㎡	うち2人定員	室	㎡～ ㎡	2人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡	人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡	一時介護室	個室	室	㎡～ ㎡	2人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡	人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡
	居室定員	室数	面積																												
居室	個室	40室	16.13㎡～ 16.65㎡																												
	うち2人定員	室	㎡～ ㎡																												
	2人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡																												
	人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡																												
一時介護室	個室	室	㎡～ ㎡																												
	2人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡																												
	人部屋 (個室)	室	㎡～ ㎡																												

共用施設・設備の概要（設置箇所、面積、設備の整備状況等）	共同生活室（ユニットケアの場）	設置階 (m ²)
	食堂	設置階 4階 (32.86m ²) 5階 (32.86m ²) ※両階とも機能訓練コーナー兼用
	浴室（一般浴槽）	設置階 2階 (22.34m ²) 3階 (個浴 3.20m ²) 6階 (個浴 3.20m ²)
	浴室（特別浴槽）	設置階 2階 (8.00 m ²) ※ストレッチャー浴 一般浴槽と同一場所に設置（カーテンでの仕切りあり）
	便所	設置箇所 各居室、1、4、5階に共用
	洗面設備	設置箇所 各居室、1、4、5階に共用
	医務室（健康管理室）	設置階 (16.65m ²)
	談話室	設置階 (11.10m ²)
	応接室/面談室	設置階 (11.10m ²)
	事務室	設置階 1階
	宿直室	設置階
	洗濯室	設置階 2階 (8.84m ²)
	汚物処理室	設置階 3階 (5.17m ²) 6階 (5.17m ²)
	看護・介護職員室	設置階 4階 (5.17m ²) 5階 (5.17m ²) 7階 (5.17m ²)
	機能訓練室	設置階 4階 (32.86m ²) 5階 (32.86m ²) 他の共用施設との兼用 無・ ☒ （食堂）
	健康・生きがい施設	設置階 (m ²)
	外来者宿泊室	設置階 (m ²)
	エレベーター ※5	1基（うちストレッチャー搬入可 1基）
	スプリンクラー	設置箇所 全館 （各居室、設備、廊下）
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m～1.8m)
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室（ベット横）に会話可能なケアコールを設置。各居室（トイレ横）及び共用部分（浴室、トイレ）にコールを設置 安否確認の方法・頻度等 見守りシステムによる確認、ただし、目視が必要な場合は適宜	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む）は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	一時金方式	<u>月払い方式</u>	選択方式
----------	-------	--------------	------

(2) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	契約締結日までに一括払い						
・敷金	☐ 無 ・ 有（一円 非課税）						
・入居準備費用	110,000円(内消費税10,000円)						
月額利用料	131,250円(内消費税 7,050円)						
年齢に応じた金額設定	☐ 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	☐ 無 ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	131,250円 内消費税 7,050円	42,900円 内消費税 3,900円	※	34,650円 内消費税 3,150円	※	53,700円 非課税	—
算定根拠 ※11	管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費・水光熱費・厨房維持管理費(居室内の電話代、NHK受信料・衛星放送受信料等は別途実費負担)					
	介護費用	要介護認定が自立の場合： 生活サポート費用79,200円（内税7,200円） が適用になります					
	食費	1日当たり 1,155円(うち消費税105円)×30日で積算(内訳) 朝食 347円(うち消費税31円) 昼食 347円(うち消費税31円) 夕食 461円(うち消費税41円) ※外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合は、朝食347円・昼食347円・夕食461円を返金させていただきます。 軽減税率の対象外とします。					
	(光熱水費)	管理費に含みます。					
	家賃相当額	近傍同種家賃を参照し算出。					
	その他	居室内の電話代、NHK受信料・衛星放送受信料等は別途実費負担					

月額利用料に含まれない実費負担等 ※1 2	〔自立〕 おむつ代、希望による清拭、週2回以上の清掃・リネン交換、週4回以上の洗濯、被服クリーニング、理美容、通常の利用区域内への週2回以上の買い物代行、通常の利用区域外への買い物代行、月2回以上の役所手続き、年3回以上の定期健康診断、通院の介助、医療費、市外への移送サービス、協力医療機関以外への入退院時の同行、入院中の洗濯交換・買物、小旅行、レクリエーション材料費、行事食の通常食との差額 〔要介護者・要支援者〕 介護保険の本人負担分、 おむつ代、希望による清拭、週2回以上の清掃・リネン交換、週4回以上の洗濯、被服クリーニング、理美容、通常の利用区域内への週2回以上の買い物代行、通常の利用区域外への買い物代行、月2回以上の役所手続き、年3回以上の定期健康診断、通院の介助、医療費、市外への移送サービス、協力医療機関以外への入退院時の同行、入院中の洗濯交換・買物、小旅行、レクリエーション材料費、行事食の通常食との差額																											
介護保険に係る利用料 ※1 3 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) <table><tr><td></td><td>月 額</td><td>自己負担額</td></tr><tr><td>要介護1</td><td>202,662円</td><td>20,266円</td></tr><tr><td>要介護2</td><td>226,835円</td><td>22,684円</td></tr><tr><td>要介護3</td><td>252,102円</td><td>24,210円</td></tr><tr><td>要介護4</td><td>272,558円</td><td>27,556円</td></tr><tr><td>要介護5</td><td>300,449円</td><td>29,045円</td></tr></table> 個別機能訓練加算 (無・有)、夜間看護体制加算 (無・有) 協力医療機関連携加算 (無・有)、看取り介護加算 (無・有) 科学的介護推進体制加算 (無・有) 退去時情報提供加算 (無・有) 新興感染症等施設療養費 (無・有) 介護職員等処遇改善加算 (無・有) 介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) <table><tr><td></td><td>月 額</td><td>自己負担額</td></tr><tr><td>要支援1</td><td>69,873円</td><td>6,987円</td></tr><tr><td>要支援2</td><td>116,784円</td><td>11,678円</td></tr></table> 個別機能訓練加算 (無・有)、協力医療機関連携加算 (無・有) 科学的介護推進体制加算 (無・有) 退去時情報提供加算 (無・有) 新興感染症等施設療養費 (無・有) 介護職員等処遇改善加算 (無・有)		月 額	自己負担額	要介護1	202,662円	20,266円	要介護2	226,835円	22,684円	要介護3	252,102円	24,210円	要介護4	272,558円	27,556円	要介護5	300,449円	29,045円		月 額	自己負担額	要支援1	69,873円	6,987円	要支援2	116,784円	11,678円
	月 額	自己負担額																										
要介護1	202,662円	20,266円																										
要介護2	226,835円	22,684円																										
要介護3	252,102円	24,210円																										
要介護4	272,558円	27,556円																										
要介護5	300,449円	29,045円																										
	月 額	自己負担額																										
要支援1	69,873円	6,987円																										
要支援2	116,784円	11,678円																										

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	消費者物価指数及び人件費、物価の変動を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行う。
前払金の返還金の保全措置	保全措置の内容（不動産信用保証株式会社が行う「前払金保証事業」に拠出し、保全を実施。敷金については保全措置の対象外とします。） 無・☒有 無の場合の理由（ ）
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・☒有 有の場合の保険名 三井住友海上火災保険株式会社 （総合賠償責任保険、団体総合生活補償保険）
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額 なお、それ以外の費用は消費税等を含んだ金額です。
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	☒無・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 総額表示のこと。

※8 前払方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは枠内に記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、協力医療機関連携加算、看取り介護加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

4 サービスの内容

月額利用料（介護費用、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用施設の管理、補修、フロントにおける各種取次ぎサービス、入退院時の手続き介助、生活相談、水光熱費・厨房維持管理費
	食費	1日3食（定食方式）、おやつ 食堂内配膳（必要時居室配膳・下膳）、栄養管理
	その他	—
（介護予防）特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	

一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	委託先：イフスコヘルスケア株式会社 委託内容：厨房業務全般
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	・施設担当者 （ホーム長） 高橋 かおり 連絡先：044-244-9300 ・本社窓口 担当責任者 （管理本部長） 北村 謙一 連絡先：03-5909-8750 「苦情解決細則」に従い担当者に連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。 また、施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。 ・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 連絡先：03-3548-1077 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係 連絡先：045-329-3447 ・川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課 連絡先：044-200-2454
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関の24時間電話窓口への連絡若しくは119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、ホーム長から家族への連絡を行います。 また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。
事故発生の防止のための指針	無・ ☒
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、速やかに誠実に対応します。但し、地震、戦争、暴動等の天災、人災、あるいは入居者の故意、重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 （引受会社） 三井住友海上火災保険株式会社 ・損害保険（死亡・後遺障害、入院・通院保険） （引受会社） 三井住友海上火災保険株式会社 ・総合賠償責任（業務上の事故に伴う賠償責任）
(社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入 無・ ☒
	入居者基金への加入 ☐ ・有

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や(社)全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所		入居されている介護居室において介護します。
入居後に居室又は施設を替える場合	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	—
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	介護居室等から他の介護居室への住み替え <u>1. 事業者からの申出による住み替えの場合</u> 事業者は、入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。この場合、事業者は居室の住み替え等により、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、次の各号の手続きを行います。 ① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 入居者の意思を確認する。 ③ 入居者の身元引受人の意見を聴く。 ④ 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。 ⑤ 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等について入居者及び身元引受人に説明を行う。 ⑥ 入居者の同意を得る。 居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。この場合、居室の清掃費及び原状回復費はございません。 <u>2. 入居者からの申出による住み替えの場合</u> 事業者は、入居者から目的施設内におけるサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、サービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。また、居室の変更による契約プランの変更は致しません。この場合、入居者は居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	—

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医） の概要及び協力内容	名称	あおきクリニック
	診療科目	内科、精神科
	所在地	東京都港区芝大門2-9-4 VORT芝大門Ⅲ 5階
	距離及び所要時間	約1.6km 車で約30分
	協力内容	入居者の受診、治療、健康相談指導 等
	名称	医療法人社団黎明会 おおもり訪問クリニック
	診療科目	内科
	所在地	東京都大田区山王3-27-6 大森ラルタビル4階
	距離及び所要時間	約8km 車で30分
	協力内容	入居者の受診、治療、定期健康診断、 健康相談指導 等
	名称	医療法人社団招福会 川崎七福診療所
	診療科目	内科、循環器科
	所在地	神奈川県川崎市川崎区小田1-1-2 ソルスティス京町ビル4F
	距離及び所要時間	約2.3km 車で8分
	協力内容	入居者の受診、治療、定期健康診断、 健康相談指導 等
入居者が医療を要する場合 の対応（入居者の意思確認、 医師の判断、医療機関の選定 、費用負担、長期に入院する 場合の対応等）	名称	医療法人社団葵会 AOI 国際病院
	診療科目	内科、外科
	所在地	神奈川県川崎市川崎区田町2-9-1
	距離及び所要時間	約4.4km 車で14分
	協力内容	医療提供
	名称	医療法人社団藤栄会 日航ビル歯科室
	診療科目	歯科、小児歯科、歯科口腔外科、審美歯科、 訪問歯科
	所在地	川崎市川崎区日新町1 日航ビル6階
	距離及び所要時間	約1.2km 徒歩20分
	協力内容	〔通院〕 協力医療機関への通院同行は月額使用料に含みます。 （自立者の通院介助は実費負担） 〔入院〕 ・医師の判断を基本として入居者及びご家族とお話し合いいただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は管理費、家賃相当額をお支払いください。 ・生活サポート費については、入院等による長期不在時のご返金は致しません。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は月額利用料に含み

	ます。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また状況により週1回の清掃を行います。
--	---

7 入居状況等

(令和6年6月1日現在)

入居者数及び定員	37人(定員 40人)	
入居者内訳	性 別	男 性 17人、女 性 20人
	介護の 要否別	自 立 0人 要介護 36人 要介護1 7人 要介護2 4人 要介護3 11人 要介護4 7人 要介護5 7人 要支援 1人 (内訳) 要支援1 0人 要支援2 1人 未認定 0人
平均年齢	86.1歳(男性 83歳、女性 88.8歳)	
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職 員を除く参加者数、 主な議題等)	・年2回実施 施設状況報告	

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(令和6年6月1日現在)

		職 員 数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌9時) (最少人数)	備 考 (資格・委託等)
			人数	うち自前		
従業者の内訳	管理者	1(0)				
	生活相談員	1(0)				
	直接処遇職員	20(4)	17.3	0	2	
	介護職員	17(4)	14.3	0	2	
	看護職員	3(0)	3.0	0	0	
	機能訓練指導員	2(2)				
	理学療法士	1(1)				
	作業療法士	0(0)				
	その他	1(1)				言語聴覚士
	計画作成担当者	1(0)				介護支援専門員
	医師	0(0)				
	栄養士	0(0)				厨房会社委託

	調理員	0(0)			厨房会社委託
	事務職員	0(0)			
	その他職員	3(3)			庶務
	合 計	28(9)			

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援1の人数	4.4	2.0	0.7
要支援2及び要介護者の人数	33.0	35.3	34.7
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	13.7	14.4	13.9
配置している直接処遇職員の人数 ※17	17.4	19.3	17.0
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合	2.0:1	1.9:1	2.1:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番 7:00～16:00 日勤 9:00～18:00 遅番 10:30～19:30 夜勤 17:00～ 9:30		
	看護職員 日勤 9:00～18:00		

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

(令和6年6月1日現在)

社会福祉士	1人 (0人)	ホームヘルパー1級	0人 (0人)
介護福祉士	6人 (1人)	ホームヘルパー2級	0人 (0人)
介護支援専門員	1人 (1人)	介護職員初任者研修	5人 (0人)
介護職員実務者研修	4人 (0人)	無資格者	0人 (0人)

注) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件(年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護等))	概ね65歳以上で自立の方。 要支援及び要介護の方
身元引き受け人等の条件及び義務等	身元引受人を1名定めていただきます。身元引受人は、本契約に基づく入居者の債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ ☒ 可

施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	[事業者の契約解除事由] 1. 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上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、本契約を解除することがあります。 (1) 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 (2) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき (3) 入居契約書第3条（目的施設の終身利用契約）第4項の規定に違反したとき (4) 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき (5) 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 2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続を行います。 (1) 契約解除の通告について、90日の予告期間をおく (2) 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 (3) 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・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 3. 第1項5号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第1号及び第2号に掲げる手続を行います。 (1) 医師の意見を聴く (2) 一定の観察期間を置く 4. 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。 (1) 入居契約書第45条(反社会的勢力の排除の確認)の各号の確約に反する事実が判明したとき (2) 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき (3) 入居契約第20条(禁止又は制限される行為)第1項第6号から第8号までの各号に掲げる行為を行ったとき [入居者からの契約解除] 1. 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。 2. 入居者が、前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合は、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をも
--	---

	って本契約は解約されたものと推定します。 3. 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。 (1) 第45条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき (2) 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき 〔敷金の返還〕について 「3. 利用料 解約時の返還金」の通り計算し、契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還します。
前年度1年間の施設からの契約解除件数	0件
体験入居の期間及び費用負担等	・体験入居（最長7泊8日、3食付） 1泊13,200円（うち消費税1,200円） ・長期体験入居（最長30泊31日、3食付） 1泊16,500円（うち消費税1,500円） 介護保険は適用外となります。

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、入居一時金の返還時期等を正確に記入。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	☒ 公開（ ☒ 閲覧・写し交付）	☐ 非公開
	入居契約書の公開	☒ 公開（ ☒ 閲覧・写し交付）	☐ 非公開
	管理規程の公開	☒ 公開（ ☒ 閲覧・写し交付）	☐ 非公開
	財務諸表の公開	☒ 公開（ ☒ 閲覧・写し交付）	☐ 非公開
	事業収支計画の公開	☒ 公開（ ☒ 閲覧・写し交付）	☐ 非公開

※20 指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：「別添1 介護サービス等の一覧表」

「別添2 短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名

重要事項説明書

訪問看護

スミリンフィルケア株式会社

フィルケア訪問看護ステーション川崎

訪問看護重要事項説明書〔令和6年10月1日現在〕

1 概要：フィルケア訪問看護ステーション川崎

(1) サービス提供地域

訪問看護ステーション名	フィルケア訪問看護ステーション川崎
所在地	神奈川県川崎市川崎区榎町2丁目2号
サービス提供地域	川崎市川崎区

(2) 営業時間

月～日	午前9時～午後6時 (サービス提供は24時間)
-----	----------------------------

(3) サービス職員体制

管理者	1名
看護師	2. 5名以上

2 事業の目的、運営方針

〈事業の目的〉

スマリソフィルケア株式会社が開設するフィルケア訪問看護ステーション川崎（以下「事業所」という。）が行う指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語療法士（以下「看護職員等」という。）が、主治の医師が必要を認めた高齢者に対し、訂正な事業の提供を目的とする。

〈運営の方針〉

1. 指定訪問看護の提供にあたって、事業所の看護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する。
2. 支援介護予防訪問看護の提供にあたって、事業所の看護職員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
3. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3 サービスの内容

- (1) 身体疾患・精神疾患による症状、障害の観察、健康相談（血圧・熱・呼吸・脈拍などの測定、症状の観察と助言、生活指導、環境設備など）
- (2) 日常生活の看護（清拭・洗髪・爪切り等による清潔な維持、入浴介助、食事・排泄介助など）
- (3) 医師の指示による医処置（褥瘡などの処置、吸引、人工呼吸器・胃瘻・在宅酸素・留置カテーテルなどのチューブ類の管理、点滴薬剤及び服薬管理・相談）
- (4) 認知症の看護（認知症の介護相談、悪化予防・事故予防の助言）

(5) リハビリテーション

*理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心にしたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であることをご了承ください。

(6) 療養環境の調節と支援

(7) 疼痛の緩和と看護

(8) その他（家族の相談と支援、地域の社会資源の活用、介護用品の利用相談、住宅改修の相談）

4 利用料金

(1) 介護保険による利用料（1単位：11.12円、自己負担1割とした場合）

サービス内容	単位数	自己負担額
訪問看護費（20分未満）	314単位	350円
（20分以上30分未満）	471単位	524円
（30分以上60分未満）	823単位	916円
（60分以上90分未満）	1128単位	1,255円
理学・作業療法士、言語聴覚士の場合 （1回20分以上、6回/週まで）	294単位	327円
長時間訪問看護加算 （60分以上90分未満の訪問看護に続き行う場合に 定）（特別管理加算Ⅰ及びⅡの対象者に限る）	300単位	334円
複数名訪問看護加算 30分未満（看護師2名）	254単位	283円
30分以上	402単位	447円
30分未満（看護補助者同行）	201単位	224円
30分以上	317単位	353円
夜間・早朝加算（18時～22時、6時～8時）	基本単位の25%加算	
深夜加算	基本単位の50%加算	
緊急時訪問看護加算Ⅰ（1月につき）	600単位	668円
特別管理加算Ⅰ（1月につき）	500単位	556円
特別管理加算Ⅱ（1月につき）	250単位	278円
退院時共同指導加算 （退院後翌日以降の初回訪問時）	600単位	668円
初回加算Ⅰ（初回の訪問時のみ）	350単位	390円
初回加算Ⅱ（初回の訪問時のみ）	300単位	334円
ターミナルケア加算	2500単位	2,780円
口腔連携強化加算（1回につき）	50単位	56円

(2) 定期巡回

サービス内容・加算	単位数	自己負担額
要介護 1～4	2,961 単位	3,293 円
要介護 5	3,754 単位	4,175 円
医療保険：特別指示期間減算（1 日につき）	▲97 単位	▲108 円
緊急時訪問看護加算（1 月につき）	574 単位	639 円
特別管理加算Ⅰ（1 月につき）	500 単位	556 円
特別管理加算Ⅱ（1 月につき）	250 単位	278 円
退院時共同指導加算	600 単位	668 円
初回加算	300 単位	334 円
ターミナルケア加算（死亡月）	2,000 単位	2,224 円

(3) 医療保険による訪問看護利用料（自己負担額は年齢等に応じて 1～3 割となります）

診療内容	算定回数等	診療報酬
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問）	1 回	7,670 円
訪問看護管理療養費Ⅰ（2 日目以降）	1 日につき	3,000 円
訪問看護管理療養費Ⅱ（2 日目以降）	1 日につき	2,500 円
訪問看護基本療養費Ⅰ（1 日につき）	週 3 日目まで	5,550 円
	週 4 日目以降	6,550 円
訪問看護基本療養費Ⅱ	週 3 日目まで	5,550 円
訪問看護基本療養費Ⅱ（同一日に 2 人まで）	週 4 日目まで	6,550 円
（同一日に 3 人以上）	週 3 日目まで	2,780 円
	週 4 日目以降	3,280 円
訪問看護基本療養費Ⅲ	入院中 1 回目（基準告示第 2 の 1 に規定する疾病等は 2 回）	8,500 円
難病等複数回訪問看護加算	1 日に 2 回の場合	4,500 円
	1 日に 3 回の場合	8,000 円
緊急訪問看護加算（在宅療養支援診療所の主治医）月 14 日まで	1 日につき	2,650 円
緊急訪問看護加算（在宅療養支援診療所の主治医）月 15 日目以降	1 日につき	2,000 円
長時間訪問看護加算	週 1 日	5,200 円
複数名訪問看護加算	週 1 日	4,500 円
夜間・早朝訪問看護加算	1 回につき	2,100 円
深夜訪問看護加算	1 回につき	4,200 円
24 時間対応体制加算（届け出）	月 1 回	6800 円

特別管理加算Ⅰ（１月につき）	月１回	5,000 円
特別管理加算Ⅱ（１月につき）	月１回	2,500 円
退院支援指導加算	退院後翌日以降の 初回訪問時	6,000 円
退院時共同指導加算	退院後翌日以降の 初回訪問時	8,000 円
在宅患者連携指導加算 ※ただし特別の関係での算定不可	月１回	3,000 円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 ※ただし特別の関係での算定不可	月２回	2,000 円
訪問看護ターミナルケア療養費		25,000 円
訪問看護情報提供療養費	月１回	1,500 円
乳幼児加算（６歳未満）月１回	厚生労働大臣が定める もの	1,800 円
	上記以外	1,300 円

（４） 医療保険による精神科訪問看護の利用料（自己負担は年齢等に応じて１～３割となります）

サービス内容	算定回数等	診療報酬
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問）	月１回	7,670 円
訪問看護管理療養費Ⅰ（２日目以降の訪問）	１日につき	3,000 円
訪問看護管理療養費Ⅱ（２日目以降）	１日につき	2,500 円
精神科訪問看護基本療養費Ⅰ（１日につき）	週３日目まで	5,550 円
	週４日目以降	6,550 円
訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物で２人/日まで）	週３日目まで	5,550 円
	週４日目以降	6,550 円
訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物で３人/日以上）	週３日目まで	2,780 円
	週４日目以降	3,280 円
訪問看護基本療養費Ⅳ	入院中１回（基準告示 第２の１に規定する疾 病等は２回）	8,500 円
精神科複数回訪問加算（精神科重症患者早期集中 支援管理料を算定する利用者に限る）	１日に２回の場合	4,500 円
	１日に３回の場合	8,000 円
精神科緊急訪問看護加算（月１４日まで）	１日につき	2,650 円
精神科緊急訪問看護加算（月１５日以降）	１日につき	2,000 円
長時間訪問看護加算	週１日を限度	5,200 円
複数名訪問看護加算	週１日を限度	4,500 円
夜間・早朝訪問看護加算	１回につき	2,100 円
深夜訪問看護加算	１回につき	4,200 円
24 時間対応体制加算（届け出）	月１回	6,800 円

特別管理加算Ⅰ（1月につき）	月1回	5,000円
特別管理加算Ⅱ（1月につき）	月1回	2,500円
退院支援指導加算	退院後翌日以降の 初回訪問時	6,000円
退院時共同指導加算	退院後翌日以降の 初回訪問時	8,000円
在宅患者連携指導加算 ※ただし特別の関係での算定不可	月1回	3,000円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 ※ただし特別の関係での算定不可	月2回限り	2,000円
訪問看護ターミナルケア療養費		25,000円
訪問看護情報提供療養費	月1回	1,500円
精神科重症患者支援管理連携加算Ⅰ	月1回	8,400円
精神科重症患者支援管理連携加算Ⅱ	月1回	5,800円

※保険証の負担割合、公費により自己負担額は異なります。

(5) その他サービスの加算料金

項目	基本料金
自費サービス（30分）	4,400円（税込み）/回

(6) キャンセル料金

キャンセル料金は不要ですが、キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：フィルケア訪問看護ステーション川崎 TEL：044-276-8317）

(7) 交通費 交通費は不要です。

(8) 料金の支払い方法

- 毎月末締めとし、翌月中旬頃に当月分の料金を請求いたしますので、当社指定口座にお支払いしてください。振込手数料はご利用者負担となります。
ただし、口座振替をご利用の場合はご利用翌月の毎月27日（27日が土・日・祝祭日の場合は金融機関翌営業日）に自動的に振替され、振込手数料は弊社が負担いたします。
- 難病法に基づく医療費助成制度を受けられている利用者においては、自己負担額計算のため、最終訪問日に自己負担上限額管理表をご提示ください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでご相談ください。

重要事項説明後に訪問看護計画書を作成しサービス提供を開始いたします。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

- 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

2 事業所の都合でサービスを終了する場合

利用者がサービス提供地域外に転居し、それによりサービスの提供継続が困難と見込まれる場合は、終了2週間前までに通知いたします。

3 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了いたします）

- ・利用者が介護保険施設や医療施設に入所または入院した場合（3か月以上）
- ・利用者が亡くなられた場合

4 その他

- ・入院・入所等により1か月以上の利用を休止された場合、利用再開については当事業所の状況により、希望される曜日に対応できない場合があります。その際は、他の利用可能な時間や曜日を提示し、改めて調整させていただきます。
- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者はサービスの中止を申し出ることによって即座にサービスを終了することができます。

(3) サービスの提供を中止する場合

- 1 利用者が、サービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1か月以内に支払われない場合
- 2 利用者やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス職員に対して暴力等の迷惑行為を行った場合（当事業所より利用者へ通知することで、即座にサービスを終了させていただく場合があります）
- 3 他の利用者の健康に影響を与える可能性がある疾患（感染症）が明らかになった場合（速やかに申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただく場合があります）
- 4 雪や、台風による天候不良には、利用者との訪問予定の調整のため、訪問時間を変更させていただく場合があります。

(4) 保険証等について

初回利用時・毎月1回・保険証等の変更時に複写させていただきます。

(5) 看護師は年金の管理、金銭の取り扱いはいたしません。

6 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、利用者または利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業所の責任を問えない場合はこの限りではありません。

7 弊社が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

設置主体	連絡先	担当者
フィルケア訪問看護ステーション川崎	044-276-8317	管理者
川崎市健康福祉局	044-200-2469	長寿社会部高齢者事業推進課
神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談直通	045-329-3447	

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

訪問看護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

スマリソフィルケア株式会社
フィルケア訪問看護ステーション川崎
川崎市指定事業所番号：1465090378

説明者〔 _____ 〕

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、本書面 1 部の交付を受け、訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者氏名〔 _____ 〕

署名代行者氏名〔 _____ 〕

署名代行事由（ _____ ）