

有料老人ホーム重要事項説明書

|       |           |   |      |
|-------|-----------|---|------|
| 施設名   | リアンレーヴ上板橋 |   |      |
| 定員・室数 | 49 人      | ・ | 49 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（自立含む）        |
| 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                                                   | カ`シカ`イヤキ`シタ`カゴ` |      |        |
|             | 名 称                                                     | 株式会社木下の介護       |      |        |
| 主たる事務所の所在地  | 〒 163-1329                                              |                 |      |        |
|             | 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階                           |                 |      |        |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号                                                 | 03-5908-1310    |      |        |
|             | ファックス番号                                                 | 03-5908-2382    |      |        |
| ホ ー ム ペ ー ジ | https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/                      |                 |      |        |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                                                     | 代表取締役           | 氏名   | 佐久間 大介 |
| 設 立 年 月 日   | 1995年10月26日                                             |                 |      |        |
| 主 な 事 業 等   | 有料老人ホーム、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護の企画・開発・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        | 3   | ブレール・ロヴェ豊洲ケアセンター | 江東区豊洲1-2-8   |
| 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        | 1   | 木下の介護 小平         | 小平市美園町2-10-9 |
| 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 | 41  | リアンレーヴ高田馬場       | 新宿区下落合1-6-9  |
| 福祉用具貸与      | なし  |                  |              |
| 特定福祉用具販売    | なし  |                  |              |
| <地域密着型サービス> |     |                  |              |

|  |                |    |  |  |
|--|----------------|----|--|--|
|  | 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし |  |  |
|--|----------------|----|--|--|

|                        |    |                     |                |
|------------------------|----|---------------------|----------------|
| 夜間対応型訪問介護              | なし |                     |                |
| 地域密着型通所介護              | なし |                     |                |
| 認知症対応型通所介護             | なし |                     |                |
| 小規模多機能型居宅介護            | なし |                     |                |
| 認知症対応型共同生活介護           | 7  | 木下の介護 グループホーム千歳烏山   | 世田谷区北烏山3-16-10 |
| 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                 | 2  | プレール・ロヴェ豊洲ケアプランセンター | 江東区豊洲1-2-8     |
| <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        | 39 | リアンレーヴ高田馬場          | 新宿区下落合1-6-9    |
| 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       | 7  | 木下の介護 グループホーム千歳烏山   | 世田谷区北烏山3-16-10 |
| 介護予防支援                 | なし |                     |                |
| <介護保険施設>               |    |                     |                |
| 介護老人福祉施設               | なし |                     |                |
| 介護老人保健施設               | なし |                     |                |
| 介護療養型医療施設              | なし |                     |                |
| 介護医療院                  | なし |                     |                |

## 2 事業所概要

|               |   |                                                                                  |                    |                    |       |
|---------------|---|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| 名             | 称 | フリカミナ                                                                            | リアンレーヴカミイタバシ       |                    |       |
|               |   | 名 称                                                                              | リアンレーヴ上板橋          |                    |       |
| 所             | 在 | 地                                                                                | 〒 174-0064         | 東京都板橋区中台 2 丁目11番1号 |       |
| 連             | 絡 | 先                                                                                | 電 話 番 号            | 03-3550-0320       |       |
|               |   |                                                                                  | ファックス番号            | 03-3932-9820       |       |
| ホー ム ペー ジ     |   | https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien_reve_kamiitabashi.html |                    |                    |       |
| 介護保険事業所番号     |   | 第1371911676号                                                                     |                    |                    |       |
| 管 理 者 職 氏 名   |   | 役職名                                                                              | 施設長                | 氏名                 | 小林 寿樹 |
| 事 業 開 始 年 月 日 |   | 2020 年 7 月 1 日                                                                   |                    |                    |       |
| 届 出 年 月 日     |   | 2019 年 6 月 18 日                                                                  |                    |                    |       |
| 届出上の開設年月日     |   | 2020 年 7 月 1 日                                                                   |                    |                    |       |
| 特定施設入居者生活介護   |   | 新規指定年月日（初回）                                                                      | 2020 年 7 月 1 日     |                    |       |
|               |   | 指定の有効期間                                                                          | 2026 年 6 月 30 日 まで |                    |       |
| 介護予防          |   | 新規指定年月日（初回）                                                                      | 2020 年 7 月 1 日     |                    |       |

|             |         |                    |
|-------------|---------|--------------------|
| 特定施設入居者生活介護 | 指定の有効期間 | 2026 年 6 月 30 日 まで |
|-------------|---------|--------------------|

|           |       |                                                          |     |         |       |  |
|-----------|-------|----------------------------------------------------------|-----|---------|-------|--|
| 事業所へのアクセス |       | 東武東上線「上板橋」駅から徒歩14分                                       |     |         |       |  |
| 施設・設備等の状況 |       |                                                          |     |         |       |  |
| 敷地        | 権利形態  | —                                                        | 抵当権 | あり      |       |  |
|           | 面積    | 1404.32 m <sup>2</sup>                                   |     |         |       |  |
| 建物        | 権利形態  | 賃貸借                                                      | 抵当権 | あり      |       |  |
|           | 延床面積  | 1996.73 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 1996.73 m <sup>2</sup> |     |         |       |  |
|           | 竣工日   | 2020 年 3 月 22 日                                          |     |         |       |  |
|           | 階数    | 地上 3 階      地下 - 階                                       |     |         |       |  |
|           |       | うち有料老人ホーム分 地上 1～3 階      地下 - 階                          |     |         |       |  |
|           | 構造    | 耐火建築物                                                    |     | 建築物用途区分 | 老人ホーム |  |
|           | 併設施設等 | なし      (                                                |     |         |       |  |

### 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<br>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     | 1   |    |     |     |     | 1人  | 1.0        |                   |
| 看護職員：直接雇用 | 2   |    |     |     |     | 2人  | 2.0        |                   |
| 看護職員：派遣   |     |    |     |     |     | 0人  |            |                   |
| 介護職員：直接雇用 | 10  |    |     | 11  |     | 21人 | 15.9       |                   |
| 介護職員：派遣   |     |    |     |     |     | 0人  |            |                   |
| 機能訓練指導員   | 2   |    |     |     |     | 2人  | 2.0        |                   |
| 計画作成担当者   | 1   |    |     |     |     | 1人  | 1.0        |                   |
| 栄養士       |     |    |     |     |     | 0人  |            | 業務委託（グラン・グルメ株式会社） |
| 調理員       |     |    |     |     |     | 0人  |            | 業務委託（グラン・グルメ株式会社） |
| 事務員       |     |    |     |     |     | 0人  |            |                   |
| その他従業者    |     |    |     | 5   |     | 5人  | 1.8        |                   |

##### 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<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤 |     |  |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|--|
|              |          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |  |
| 介護福祉士        | 2        |    |     | 6   |     |  |
| 実務者研修        | 1        |    |     | 1   |     |  |
| 介護職員初任者研修    | 6        |    |     | 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         | 1        |    |     | 1   |     |  |

##### ③-2 機能訓練指導員の資格

| 資格          | 延べ<br>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       | 1        |    |     |     |     |  |
| あん摩マッサージ指圧師 | 1        |    |     |     |     |  |
| 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 00 分～ 7 時 00 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ー1 介護職員の資格                    |      |      |     |      |     | ③ー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ー2 機能訓練指導員の資格                 |      |      |     |      |     | ③ー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ー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 |      |      |     |      |     | 2.2 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                           |      | 1    |     | 5    | 7   |               |        |         |     |         |     |
| 1年以上3年未満                       |      |      |     | 4    | 2   | 1             |        | 2       |     |         |     |
| 3年以上5年未満                       |      | 1    |     | 1    | 2   |               |        |         |     | 1       |     |
| 5年以上10年未満                      |      |      |     |      |     |               |        |         |     |         |     |
| 10年以上                          |      |      |     |      |     |               |        |         |     |         |     |
| 合計                             |      | 2    | 0   | 10   | 11  | 1             | 0      | 2       | 0   | 1       | 0   |

#### 4 サービスの内容

| 提供するサービス              |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|
| 食事の提供サービス             |                                                                                                                                                       | あり（委託）                                                                                                                             |                |  |
| 食事介助サービス              |                                                                                                                                                       | あり                                                                                                                                 |                |  |
| 入浴介助サービス              |                                                                                                                                                       | あり                                                                                                                                 |                |  |
| 排せつ介助サービス             |                                                                                                                                                       | あり                                                                                                                                 |                |  |
| 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 |                                                                                                                                                       | 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           | 昼間・夜間3時間に1回、介護職員等が巡回                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |                |  |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      | 配置されている看護職員及び協力医療機関による定期的な訪問診療による通常の治療の範囲になります。詳細は利用前の入居希望者の状態を確認させて頂き、ご相談とさせて頂きます。入居後に常時医療行為が必要となり、通常の介護で対応できないと判断された場合は、身元引受人等に相談の上、契約解除になる場合があります。 |                                                                                                                                    |                |  |
| 医療機関との連携・協力           |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                |  |
| 協力医療機関(1)             | 名称                                                                                                                                                    | キノメディッククリニック高田馬場                                                                                                                   |                |  |
|                       | 所在地                                                                                                                                                   | 東京都新宿区下落合1-6-9                                                                                                                     |                |  |
|                       | 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                                                                                                                                                 | 訪問診療・往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保します。（費用）実費負担（施設からの距離）約6.1km、車で約33分（診療科目）内科、外科、人工透析内科 |                |  |
| 協力医療機関(2)             | 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(1)             | 名称                                                                                                                                                    | ラビット歯科                                                                                                                             |                |  |
|                       | 所在地                                                                                                                                                   | 埼玉県戸田市新曽1292-4                                                                                                                     |                |  |
|                       | 急変時の相談対応                                                                                                                                              | なし                                                                                                                                 | 事業者の求めに応じた診療なし |  |
|                       | 協力の内容                                                                                                                                                 | 訪問歯科診療（費用）実費負担（施設からの距離）約6km、車で約23分（診療科目）歯科                                                                                         |                |  |
| 協力医療機関(2)             | 名称                                                                                                                                                    | 大塚デンタルオフィス                                                                                                                         |                |  |
|                       | 所在地                                                                                                                                                   | 東京都豊島区北大塚1-11-15大塚台ハウスアネックス1階102号室                                                                                                 |                |  |
|                       | 急変時の相談対応                                                                                                                                              | なし                                                                                                                                 | 事業者の求めに応じた診療なし |  |
|                       | 協力の内容                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    |                |  |



|  |  |  |       |                                                  |
|--|--|--|-------|--------------------------------------------------|
|  |  |  | 協力の内容 | 訪問歯科診療（費用）実費負担（施設からの距離）約6.2km、<br>車で約19分（診療科目）歯科 |
|--|--|--|-------|--------------------------------------------------|

|                             |       |                                                                                                                                |
|-----------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保険加算サービス等                 |       |                                                                                                                                |
| 個別機能訓練加算                    |       | あり                                                                                                                             |
| 夜間看護体制加算                    |       | あり(Ⅱ)                                                                                                                          |
| 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                |       | なし                                                                                                                             |
| 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                                                                                                                             |
| A D L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                                                                                                                             |
| 退院・退所時連携加算                  |       | なし                                                                                                                             |
| 退去時情報提供加算                   |       | なし                                                                                                                             |
| 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          |       | 不可                                                                                                                             |
| 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 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    | 原則として65歳以上                                                                                                                     |
|                             | 要介護度  | 自立、要支援、要介護                                                                                                                     |
|                             | 医療的ケア | 当施設は主に介護を目的とした有料老人ホームであるため、基本的に医療的ケアには制限があります。医師の指示のもとで、当施設の看護職員が対応できる範囲の医療的ケアが条件となりますので、常時医療的ケアが必要な場合は、ご相談の上、当社の別の施設等をご案内します。 |
|                             | 認知症   | 基本的に認知症の受入れは可能ですが、共同生活になりますので、認知症により、他のお客様に迷惑の掛かる行為等がある場合、他のお客様・職員等の生命に危険が及ぶ暴力行為等がある場合は入居をご遠慮頂きます。                             |
|                             | その他   | 共同生活になりますので、他のお客様に迷惑の掛かる行為等がある場合、他のお客様・職員等の生命に危険が及ぶ暴力行為等がある場合は入居をご遠慮頂きます。                                                      |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 身元引受人等の条件、義務等     | <p>【連帯保証人】<br/>入居者は連帯保証人を定めるものとします。<br/>・連帯保証人は、入居契約の履行及び入居契約書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ものとします。<br/>・連帯保証人の負担は、入居契約書の主表に記載する極度額を限度とします。</p> <p>・連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者が死亡したときに確定するものとします。ただし事業者は、当該確定前であっても債務の支払いを求めることができます。</p> <p>【身元引受人】<br/>入居者は身元引受人を定めるものとします。<br/>・身元引受人は、事業者と相談の上、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。<br/>・事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。<br/>・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。<br/>(上記は主な内容であるため、詳細は入居契約書第40条「連帯保証人」及び第41条「身元引受人」を参照下さい)</p> |                                       |
| 体験入居              | 利用期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7泊8日以上2週間まで                           |
|                   | 利用料金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1泊2日 14,400円<br>※夕・朝食付き(2泊以上の利用で昼食無料) |
|                   | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | なし                                    |
| 入院時の契約の取扱い        | <p>・医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及び身元引受人の意思を確認します。<br/>・入院に関わる費用は入居者の負担となります。<br/>・月額料金については管理共益費、施設利用費を通常通りお支払頂きます。<br/>・前払金の償却は通常通り、当該月の居室の施設利用費として事業者が取得します。<br/>・入院中も居室利用権は継続します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について検討した上で、身体拘束を必要と判断した場合には、身元引受人等に説明し同意を書面で得た上で実施します。尚、実施中の経過の記録をし、再検討をして早期の拘束解除を目指します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>事業者からの契約解除</p> | <p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき</li> <li>・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける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</li> <li>・入居者等による事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき</li> </ul> <p>（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書33条「事業者からの契約解除」を参照下さい）</p> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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<br>変更 |                                                                                      |
| その他の居室への移動 |                 | あり                                                                                   |
|            | 判断基準・手続         | 介護上、その他やむを得ない事由が発生した場合、観察期間を設け、医師等の助言のもと、入居者等に説明の上、同意書を交わします。                        |
|            | 利用料金の変更         | 従前居室と差額が生じた場合はあります。                                                                  |
|            | 前払金の調整          | 前払金に差額が生じた場合はあります。                                                                   |
|            | 従前居室との仕様の<br>変更 | 居室の仕様や構造が変更になる場合があります。                                                               |
| 提携ホーム等への転居 |                 | あり      木下の介護が運営するライフコミュニケーション、リアン、応援家族ブランドの施設                                       |
|            | 判断基準・手続         | 他の施設へ住み替える場合の判断基準及び手続きは、当初以外の居室へ住み替える場合と同様となります。判断基準は建物の老朽化その他のやむを得ない理由が発生した場合も含みます。 |
|            | 利用料金の変更         | 施設によってあります。                                                                          |
|            | 前払金の調整          | 施設によってあります。                                                                          |
|            | 従前居室との仕様の<br>変更 | 転居先の施設により、広さ、レイアウト、方角、トイレの有無、浴室の有無、キッチンの有無が変更になる場合があります。                             |

|                               |      |                                          |    |       |
|-------------------------------|------|------------------------------------------|----|-------|
| 苦情対応窓口                        |      |                                          |    |       |
| 窓口の名称 1                       |      | リアンレーヴ上板橋（担当 小林 寿樹 ）                     |    |       |
|                               | 電話番号 | 03-3550-0320                             |    |       |
|                               | 対応時間 | 9:00 ～ 18:00 （ 曜日 日～土 ）                  |    |       |
| 窓口の名称 2                       |      | 株式会社木下の介護 介護ご意見110番                      |    |       |
|                               | 電話番号 | 0120-100-537                             |    |       |
|                               | 対応時間 | 10:00 ～ 18:00 （ 月～金（祝日、年末年始除く） ）         |    |       |
| 窓口の名称 3                       |      | 板橋区保健生きがい部介護保険課                          |    |       |
|                               | 電話番号 | 03-3579-2357                             |    |       |
|                               | 対応時間 | 8:30 ～ 17:00 （ 月～金（祝日、年末年始除く） ）          |    |       |
| 窓口の名称 4                       |      | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口                    |    |       |
|                               | 電話番号 | 03-6238-0177                             |    |       |
|                               | 対応時間 | 9:00 ～ 17:00 （ 月～金（祝日、年末年始除く） ）          |    |       |
| 窓口の名称 5                       |      | 東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課有料老人ホーム担当            |    |       |
|                               | 電話番号 | 03-5320-4296                             |    |       |
|                               | 対応時間 | 9:00 ～ 17:00 （ 月～金（祝日、年末年始除く） ）          |    |       |
| 賠償責任保険の加入                     |      | あり 保険の名称： 介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおいニッセイ同和損保） |    |       |
| 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 |
| その他機関による第三者評価の実施              |      |                                          | なし | 結果の公表 |

## 5 入居者

|                 |    |       |             |       |             |       |       |       |  |
|-----------------|----|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------|-------|--|
| 介護度別・年齢別入居者数    |    |       | 平均年齢：88.3 歳 |       | 入居者数合計：44 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         | 0  | 0     | 0           | 0     | 0           | 1     | 0     | 0     |  |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 0  | 0     | 0           | 1     | 0           | 0     | 0     | 0     |  |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 1  | 2     | 2           | 1     | 2           | 0     | 0     | 0     |  |
| 8 5 歳以上         | 0  | 1     | 2           | 10    | 5           | 3     | 11    | 2     |  |
| 合計              | 1  | 3     | 4           | 12    | 7           | 4     | 11    | 2     |  |

|             |      |              |              |               |                |       |    |
|-------------|------|--------------|--------------|---------------|----------------|-------|----|
| 入居継続期間別入居者数 |      |              |              |               |                |       |    |
| 入居期間        | 6月未満 | 6月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 | 合計 |
| 入居者数        | 14   | 1            | 29           | 0             | 0              | 0     | 44 |

|         |        |         |
|---------|--------|---------|
| 男女別入居者数 | 男性：9 人 | 女性：35 人 |
|---------|--------|---------|

|                        |  |                   |  |
|------------------------|--|-------------------|--|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） |  | 90 % （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                | 3  | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 1  |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 0  | 医療機関への入院           | 4  |
| 介護老人保健施設へ転居            | 0  | 死亡                 | 12 |
| 介護療養型医療施設へ転居           | 1  | その他                | 0  |
| 他の有料老人ホームへ転居           | 0  | 退去者数合計             | 21 |

## 6 利用料金

|          |                                  |  |   |
|----------|----------------------------------|--|---|
| 入居準備費用   | なし                               |  | 円 |
| 明内<br>細訳 |                                  |  |   |
| 支払日・支払方法 |                                  |  |   |
| 解約時の返還   |                                  |  |   |
| 敷金       | なし                               |  |   |
| 金額       | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。 |  |   |

家賃及びサービスの対価

| プランの名称    | 前払金        | 月額利用料                                                                                                                                                                                               | (内訳)     |         |      |        |          |
|-----------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|------|--------|----------|
|           |            |                                                                                                                                                                                                     | 家賃       | 管理費     | 介護費用 | 食費     | 光熱水費     |
| 前払金0円プラン  |            | 276,000円                                                                                                                                                                                            | 137,000  | 107,500 | －    | 31,500 | 管理共益費に含む |
| 前払金プラン1   | 3,000,000円 | 222,250円                                                                                                                                                                                            | 83,250   | 107,500 | －    | 31,500 | 管理共益費に含む |
| 前払金プラン2   | 6,000,000円 | 168,500円                                                                                                                                                                                            | 29,500   | 107,500 | －    | 31,500 | 管理共益費に含む |
|           |            | 0円                                                                                                                                                                                                  |          |         |      |        |          |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金        | 月額単価（円）×想定居住期間（60ヶ月）+想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額＝前払金<br>例：前払金プラン<br>35,000円（1ヶ月分の施設利用費）×60ヶ月（想定居住期間）+900,000円（想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額）＝3,000,000円<br><br>※要介護1以上を対象とします。<br>（月額単価の説明） |          |         |      |        |          |
|           |            | 家賃相当額である施設利用費の全部又は一部に充当します。                                                                                                                                                                         |          |         |      |        |          |
|           |            | （想定居住期間の説明）                                                                                                                                                                                         |          |         |      |        |          |
|           |            | 当社既存ホームの実績等を元に第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し、60ヶ月と設定しております。                                                                                                                                    |          |         |      |        |          |
|           |            | （想定居住期間を超えて契約が継続した場合に備えて事業者が受領する額の説明）                                                                                                                                                               |          |         |      |        |          |
|           |            | 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額を公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し前払金の30%としております。                                                                                                                           |          |         |      |        |          |
|           | 家賃         | 建物所有者への支払家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋及び付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。（施設利用費）                                                                                      |          |         |      |        |          |
|           | 管理費        | 施設運営に係る維持管理費、水道光熱費、厨房管理費、本社管理部門人件費等を基礎に算定しています。（管理共益費）                                                                                                                                              |          |         |      |        |          |
|           | 介護費用       | 【自立の入居者】自立生活サポート費：198,000円／月 巡回、健康管理、生活指導、服薬管理、夜間コール対応等 上記内訳には記載しておりません。<br><br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                               |          |         |      |        |          |
|           | 食費         | 朝食 250 円・昼食 349 円・夕食 451 円 間食 - 円<br>1日当たり 1,050 円 × 30日で積算<br><br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて）<br>基本的に3日前までに欠食届を提出                                                                                       |          |         |      |        |          |
|           | 光熱水費       | 施設全体の水道代、電気代、ガス代より算定。（管理共益費に含む）                                                                                                                                                                     |          |         |      |        |          |
|           | 短期利用       | 1日当たり - 円                                                                                                                                                                                           | 利用料の算出方法 |         |      |        |          |



|                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 前払金の取扱い               |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |
| 支払日・支払方法              | 入居する日の前日までに当社指定の金融機関口座へ一括して振込                                                                                                                                                                                                                     |                                           |
| 償却開始日                 | 入居日                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |
| 返還対象としない額             | あり                                                                                                                                                                                                                                                | 前払金：30%      900,000円・1,800,000円          |
|                       | 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        | 償却期間満了前に契約が終了した場合、次の算式により返還金が発生いたします。<br>返還金＝（前払金－初期償却額）÷（償却期間）×（償却期間－経過月数）<br>*支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。<br>*入居・退去月については1ヶ月を30日として日割計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ていたします。<br>*初期償却額は入居後3ヶ月を経過すると返還されません。                                                 |                                           |
| 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                                                                                                                                                                                                             |                                           |
|                       | 入居日から3ヶ月以内において、入居者の契約解除の申出がなされた場合（死亡による契約終了も含む）は、契約書の定めに基づき前払金を返金いたします。<br>【返還金算定式】返還金＝前払金－（*1ヶ月分の前払家賃相当額÷30日）×入居日から起算して契約が解除または終了された日までの日数<br>*当施設における、1日当たりの前払家賃相当額      1,166円・2,333円<br>※月額利用料の日割り分、介護報酬について介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額等の債務は徴収いたします。 |                                           |
| 返還期限                  | 契約終了日から                      3ヶ月以内                                                                                                                                                                                                                |                                           |
| 保全措置                  | あり              保全先：りそな銀行                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
| その他留意事項               | なし                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |
| 月額利用料の取扱い             |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |
| 支払日・支払方法              | 指定口座からの引き落としの場合、当月分の請求金額を次月27日（但し、休日の場合は翌営業日）に引落します。当社指定口座への振込の場合、当月分を次月25日（但し、休日の場合は翌営業日）までに支払うものとします。施設利用費及び管理共益費の支払いについては、原則として次月分を当月支払うものとします。                                                                                                |                                           |
| その他留意事項               | 入居月及び退去月のみ日割り（30日）で徴収します。                                                                                                                                                                                                                         |                                           |

(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 | 59,841  | 5,985  |
| 要支援2 | 102,351 | 10,236 |
| 要介護1 | 177,234 | 17,724 |
| 要介護2 | 199,143 | 19,915 |
| 要介護3 | 222,033 | 22,204 |
| 要介護4 | 243,288 | 24,329 |
| 要介護5 | 265,851 | 26,586 |

| 加算の種類          | 算定    | 備考    |
|----------------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算       | あり    |       |
| 夜間看護体制加算       | あり(Ⅱ) | 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     | あり    | 対象者のみ |
| 認知症専門ケア加算      | なし    |       |
| サービス提供体制強化加算   | 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    | 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

事業者は、土地建物の賃貸料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収入が悪化し、入居者又は身元引受人に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴いた上で、施設利用費、管理共益費、食費、介護費用等及び入居者又は身元引受人の希望により提供する個人的サービス等の費用の額を改定することができるものとします。

【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 |    | 前払金プラン1   |         |
|--------|----|-----------|---------|
|        |    | 単位：円      |         |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金       | 月額利用料   |
| -      | -  | 3,000,000 | 205,000 |

※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 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程     | 入居希望者に交付 | 財務諸表の原本 | 公開していない  |
| 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

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  
\_\_\_\_\_

署名  
\_\_\_\_\_

# 介護サービス等の一覧表

リアンレーヴ上板橋

|                       | 自立                |              | 要支援                                |                  | 要介護                               |                    |
|-----------------------|-------------------|--------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 介護を行う場所               | 介護居室              |              | 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                |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| 1. 巡回                 |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| ・ 昼間 9時～17時           | —                 | —            | 3時間に1回                             | —                | 3時間に1回                            | —                  |
| ・ 夜間 17時～9時           | 2回                | —            | 3時間に1回                             | —                | 3時間に1回                            | —                  |
| 2. 食事介助               | —                 | —            | —                                  | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| 3. 排泄                 |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| ・ 排泄介助                | —                 | —            | —                                  | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| ・ おむつ交換               | —                 | —            | —                                  | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| ・ おむつ代                | —                 | 実費負担         | —                                  | 実費負担             | —                                 | 実費負担               |
| 4. 入浴等                |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| ・ 清拭 ※1               | 体調不良時適宜           | —            | 必要時適宜                              | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| ・ 巡視（安全確認）            | ○                 | —            | —                                  | —                | —                                 | —                  |
| ・ 見守り入浴               | 必要時適宜             | —            | 2回／週<br>身体状況等により<br>見守り又は一般浴<br>介助 | 週3回目以降<br>880円／回 | —                                 | —                  |
| ・ 一般浴介助               | —                 | —            | —                                  | —                | 2回／週<br>身体状況等により<br>一般浴又は特浴介<br>助 | 週3回目以降<br>2,750円／回 |
| ・ 特浴介助                | —                 | —            | —                                  | —                | —                                 | 週3回目以降<br>4,400円／回 |
| 5. 身辺介助               |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| ・ 体位交換                | —                 | —            | —                                  | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| ・ 居室からの移動             | 体調不良時適宜           | —            | 必要時適宜                              | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| ・ 衣類の着脱               | —                 | —            | —                                  | —                | 必要時適宜                             | —                  |
| ・ 身だしなみ介助             | —                 | —            | —                                  | —                | —                                 | —                  |
| 6. 機能訓練               | ○                 | —            | ○                                  | —                | ○                                 | —                  |
| 7. 通院介助               |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| ・ 協力医療機関              | ○                 | —            | ○                                  | —                | ○                                 | —                  |
| ・ 協力医療機関以外<br>※交通費は実費 | —                 | 3,300円／30分   | —                                  | 2,728円／30分       | —                                 | 2,728円／30分         |
| 8. 緊急対応               |                   |              |                                    |                  |                                   |                    |
| ・ ナースコール              | ○                 | —            | ○                                  | —                | ○                                 | —                  |
| ・ 緊急搬送時対応             | ○                 | —            | ○                                  | —                | ○                                 | —                  |

※金額表記は全て（税込）表記です。

※1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

|                              | 自立                |                     | 要支援                      |                     | 要介護                      |                     |
|------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| 介護を行う場所                      | 介護居室              |                     | 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                       |                   |                     |                          |                     |                          |                     |
| 1. 家事                        |                   |                     |                          |                     |                          |                     |
| ・清掃※2                        | 1回／週              | 週2回目以降<br>1,320円／回  | 1回／週                     | 週2回目以降<br>1,320円／回  | 1回／週                     | 週2回目以降<br>1,320円／回  |
| ・洗濯※3                        | 1回／週              | 週2回目以降<br>1,320円／回  | 2回／週                     | 週3回目以降<br>1,320円／回  | 2回／週                     | 週3回目以降<br>1,320円／回  |
| ・クリーニング                      | —                 | 実費                  | —                        | 実費                  | —                        | 実費                  |
| ・リネン交換※4                     | 1回／週              | 1,320円／回            | 1回／週                     | —                   | 1回／週                     | —                   |
| ・寝具レンタル<br>(布団・枕・ベッドパット)     | —                 | 1,650円／月            | —                        | 1,650円／月            | —                        | 1,650円／月            |
| ・リネンレンタル<br>(シーツ・布団カバー、枕カバー) | —                 | 1,100円／月            | —                        | 1,100円／月            | —                        | 1,100円／月            |
| ・ゴミ回収                        | ○                 | 粗大ゴミ等実費             | ○                        | 粗大ゴミ等実費             | ○                        | 粗大ゴミ等実費             |
| 2. 居室配膳下膳                    | 体調不良時適宜           | 330円／回<br>入居者様都合の場合 | 体調不良時適宜                  | 330円／回<br>入居者様都合の場合 | 体調不良時適宜                  | 330円／回<br>入居者様都合の場合 |
| 3. 理美容                       | —                 | 実費                  | —                        | 実費                  | —                        | 実費                  |
| 4. 代行                        |                   |                     |                          |                     |                          |                     |
| ・買物（Webのみ）                   | 1回／週              | —                   | 1回／週                     | 週2回目以降<br>660円／回    | 1回／週                     | 週2回目以降<br>660円／回    |
| ・その他手続き                      | —                 | —                   | —                        | —                   | —                        | —                   |
| 健康管理サービス                     |                   |                     |                          |                     |                          |                     |
| ・健康診断（機会の提供）                 | —                 | 年2回（実費）             | —                        | 年2回（実費）             | —                        | 年2回（実費）             |
| ・健康相談                        | ○                 | —                   | ○                        | —                   | ○                        | —                   |
| ・生活相談                        | ○                 | —                   | ○                        | —                   | ○                        | —                   |
| ・医師の往診                       | —                 | 医療保険適用範囲外の費用は実費     | —                        | 医療保険適用範囲外の費用は実費     | —                        | 医療保険適用範囲外の費用は実費     |
| ・バイタルチェック                    | 必要時適宜             | —                   | 必要時適宜                    | —                   | 必要時適宜                    | —                   |
| ・服薬管理                        | ○                 | —                   | ○                        | —                   | ○                        | —                   |
| その他サービス                      |                   |                     |                          |                     |                          |                     |
| ・郵便物、宅配便                     | ○                 | —                   | ○                        | —                   | ○                        | —                   |
| ・クリーニング等の取次ぎ                 | ○                 | —                   | ○                        | —                   | ○                        | —                   |
| ・送迎・移送                       | —                 | —                   | —                        | —                   | —                        | —                   |
| ・外出介助※5                      | —                 | —                   | —                        | 4,400円／1時間          | —                        | 4,400円／1時間          |
| ・レクリエーション                    | ○                 | イベント費・材料費等実費        | ○                        | イベント費・材料費等実費        | ○                        | イベント費・材料費等実費        |

※金額表記は全て（税込）表記です。

※2 1回20分程度にて可能な範囲

※3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

※4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

※5 交通費実費が別途かかります。

施設名 : リアンレーヴ上板橋

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。                                      | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。            | ○<br>適合 | ・ | 不<br>適合 | ・<br>非<br>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。                      | ○<br>適合 | ・ | 不<br>適合 |              |            |
| 4                         | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                       | ○<br>適合 | ・ | 不<br>適合 | ・<br>非<br>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。                           | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                   | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                  | ○<br>適合 | ・ | 不<br>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。                                                 | ○<br>適合 | ・ | 不<br>適合 | ・<br>非<br>該当 | 保全先:りそな銀行  |
| 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。)                                 | ○<br>適合 | ・ | 不<br>適合 | ・<br>非<br>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。 | ○<br>適合 | ・ | 不<br>適合 | ・<br>非<br>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。