

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|---------------|
| 施設名 | サンライズ・ヴィラ小竹向原 |
| 定員・室数 | 64 人 ・ 64 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 | 2.5:1以上 |

1 事業主体

| | | | | |
|-------------|-------------------------------|---------------|------|-------|
| 名 称 | 法人等の種別 | | 営利法人 | |
| | フリカ`ナ | ライクケアカブシキガイシャ | | |
| | 名 称 | ライクケア株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 150-0043 | | |
| | 東京都渋谷区道玄坂一丁目12番1号渋谷マークシティウエスト | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5784-5521 | | |
| | ファックス番号 | 03-5784-5526 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.like-cn.co.jp/ | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 岡本 泰彦 |
| 設 立 年 月 日 | 平成11年10月12日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホームの運営事業 | | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|-----|------------|-------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 4 | フェリエ ドウ 三鷹 | 東京都三鷹市大沢4丁目13番23号 |
| 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 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <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 | 4 | フェリエ ドウ 三鷹 | 東京都三鷹市大沢4丁目13番23号 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | | | | |
|---------------------|--|--|------------------------|---------------------|------------------------|
| 名称 | フリカ`ナ | サンライズ・ヴィラ小竹向原 | | | |
| | 名称 | サンライズ・ヴィラ小竹向原 | | | |
| 所在地 | 〒 173-0036 | 東京都板橋区向原一丁目5番15号 | | | |
| | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6909-3685 | | | |
| | ファックス番号 | 03-6909-3686 | | | |
| ホームページ | https://www.like-cn.co.jp/ | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371912120号 | | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 阿部 一雄 | |
| 事業開始年月日 | 令和4年7月1日 | | | | |
| 届出年月日 | 令和3年8月25日 | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和4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) | 令和4年7月1日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和10年6月30日 まで | | | |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | 令和4年7月1日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和10年6月30日 まで | | | |
| 事業所へのアクセス | 東京メトロ有楽町線「千川駅」1番出口より徒歩6分(450m)、「小竹向原駅」3番出口より徒歩6分(450m) | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 | あり | |
| | 面積 | 1,790.45 m ² | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 2,812.69 m ² うち有料老人ホーム分 2,812.69 m ² | | | |
| | 竣工日 | 令和4年5月31日 | | | |
| | 階数 | 地上 4 階 地下 - 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 4 階 地下 - 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 有料老人ホーム | |
| | 併設施設等 | なし () | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 令和4年5月31日 ~ 令和34年5月30日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 1人 | 25 | 17.7 m ² | ~ 18.29 m ² |
| | 3階 | 1人 | 25 | 17.7 m ² | ~ 18.29 m ² |
| | 4階 | 1人 | 14 | 17.7 m ² | ~ 18.29 m ² |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | | | m ² | ~ m ² |

| | | | |
|----------|-------------------------|------------|---------------------|
| 居室内の設備等 | 便所 | 全室あり | |
| | 洗面 | 全室あり | |
| | 浴室 | なし | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | |
| | 電話回線 | 全室あり | (設置各自、料金負担も各自) |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | (設置各自、放送契約と料金負担も各自) |
| | | | |
| 共同便所 | 5箇所 | (男女共用) | |
| 共同浴室 | 個浴： 2 | 大浴槽： 1 | 機械浴： 2 |
| | 併施設との共用 | なし () | |
| 食堂 | 兼用 | なし () | |
| | 併施設との共用 | なし () | |
| その他の共用施設 | あり (機能訓練スペース、健康管理室、相談室) | | |
| エレベーター | あり 2基 | | |
| 消防設備 | 自動火災報知設備： あり | 火災通報装置： あり | スプリンクラー： あり |
| 緊急呼出装置 | 居室： あり | 便所： あり | 浴室： あり 脱衣室： あり |

3 従業者に関する事項

2025年7月1日現在

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|------|--------|----------------|
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況等 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者(施設長) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 生活相談員 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2人 | 1.0 | 介護職員、計画作成担当者兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | 4 | 0 | 3 | 0 | 0 | 7人 | 6.5 | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 12 | 1 | 8 | 0 | 0 | 21人 | 18.4 | 内1名、生活相談員兼務 |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 0.5 | 生活相談員兼務 |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | 外部委託 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 外部委託 |
| 事務員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2人 | 1.2 | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40時間 | | |

| ③-1 介護職員の資格 | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|----|-----------------------|-----|-----|----|------------|------|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 介護福祉士 | 4 | 1 | 7 | 0 | | | | |
| 実務者研修 | 3 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 3 | 0 | 1 | 0 | | | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 資格なし | 2 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| ③-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | | | | |
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 理学療法士 | 1 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 看護師又は准看護師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| はり師又はきゅう師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| ③-3 管理者（施設長）の資格 | | | 実務者研修 | | | | | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | 20 時 0 分～ 7 時 0 分 | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | | 介護職員 2 人以上 看護職員 1 人以上 | | | | | |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略 | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 | 兼務状況 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 生活相談員 | | | | | | 0人 | | |
| 看護職員 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | |
| ⑤-1 介護職員の資格 ③-1と同じのため記入省略 | | | | | | | | |
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 介護福祉士 | | | | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | | | | |
| 資格なし | | | | | | | | |

| ⑤-2 機能訓練指導員の資格 | | ③-2 と同じのため記入省略 | | | |
|--------------------------------|----------|----------------|-----|-----|-------|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | |
| ⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数 | | | | | 2.4 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 | | 3 | 4 | 4 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満 | | 1 | 0 | 7 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満 | | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 4 | 4 | 13 | 8 | 2 | 0 | 1 | 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 | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり |
| 相談対応サービス | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり |
| 服薬管理サービス | あり |
| 金銭管理サービス | なし |
| 定期的な安否確認の方法 | 介護職員による、要支援・要介護者への巡回（昼間は随時、夜間は3時間毎の巡回）にて安否確認を行います。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 軽微な怪我や下記の病気は訪問診療医師の指示のもと、施設看護職員が対応します。感染症（C型肝炎、B型肝炎、梅毒等）、糖尿病（内服、食事療法）、ペースメーカー、ストマ、導尿（バルーンカテーテル等）、終末期 その他、上記以外の症状でも受入れ可能な場合もありますのでお気軽にご相談ください。当ホームは、医療施設ではありませんので、入院加療が必要となった場合には、医療機関での診療が必要です。通院時の付添や入院時の移送は行い、協力病院への費用負担はありませんが、入院中の付添は致しません。 |

医療機関との連携・協力

| | | | | |
|-------------------|----------|--|--------------|----|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団平成医会 平成ホームクリニック | | |
| | 所在地 | 東京都板橋区向原3丁目7-7 コーシャハイム向原7号棟2階 (ホームからの距離 約750m (直線距離は約700m)) | | |
| | 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 | <診療科目> 内科 <協力内容> 入居者に対する療養管理指導、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応、当施設スタッフに対する研修等の教育協力等。 <費用負担> 医療費その他の費用は、入居者の自己負担とする。 | | |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団福寿会 赤羽岩淵病院 | | |
| | 所在地 | 東京都北区赤羽2丁目64番13号 (ホームからの距離 約8km (直線距離は約5.8km)) | | |
| | 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 | <診療科目> 内科、血液腫瘍内科、整形外科、循環器内科、皮膚科、眼科、緩和ケア科 <協力内容> 入居者に対する療養管理指導、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応、当施設スタッフに対する研修等の教育協力等。 <費用負担> 医療費その他の費用は、入居者の自己負担とする。 | | |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 医療法人社団健育会 竹川病院 | | |
| | 所在地 | 東京都板橋区桜川2丁目19番1号 (ホームからの距離 約3.2km (直線距離は約1.97km)) | | |
| | 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 | <診療科目> 内科・リハビリテーション科・整形外科・脳神経外科・皮膚科 <協力内容> 入居者に対する療養管理指導、入居者、家族、スタッフへのカンファレンスの実施、介護保険認定のための書類作成、他の医療機関への診療情報提供等。 <費用負担> 医療費その他の費用は、入居者の自己負担とする。 | | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | なし | | |
| | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 7デンタルクリニック | | |
| | 所在地 | 東京都中野区弥生町3丁目9番20号 MOAしらかわ2F (ホームからの距離 約7.8km (直線距離は約6.1km)) | | |
| | 協力の内容 | <診療科目> 歯科 <協力内容> 口腔衛生指導、相談、専門的口腔清掃、口腔の介護、摂食、嚥下機能改善、外科的治療の実施。 <費用負担> 医療費その他の費用は、入居者の自己負担とする。 | | |

| 介護保険加算サービス等 | |
|-----------------------------|--------------|
| 個別機能訓練加算 | なし |
| 夜間看護体制加算 | あり(I) |
| 看取り介護加算 | あり(II) |
| 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 | あり(I) |
| 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 | あり |
| 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 | あり |
| 退院・退所時連携加算 | あり |
| 退居時情報提供加算 | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | なし |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | 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 2 回予定) |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | |
| 自費によるショートステイ事業 | なし |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|---------------|--|---|
| 入居の条件 | 年齢 | 概ね65歳以上(65歳未満の方は要相談) |
| | 要介護度 | 入居時、自立・要支援・要介護の方 |
| | 医療的ケア | 感染症(C型肝炎、B型肝炎、梅毒等)、糖尿病(内服、食事療法)、ペースメーカー、ストマ、導尿(バルーンカテーテル等)、終末期 |
| | 認知症 | 医療者より認知症と診断された方の受け入れ |
| | その他 | - |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 前払金及び月額利用料金の支払いが確実にできる方。 また、身元引受人は入居契約が解除された時に、ご入居者の身元引受人となります。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 6泊7日 |
| | 利用料金 | <自立、要支援、要介護1・2の場合> 1泊2日 ¥12,571- (税込) <要介護3・4・5の場合> 1泊2日 ¥13,618- (税込) |
| | その他 | 宿泊費、食費、介護サービス費。介護保険は適用外です。 |
| 入院時の契約の取扱い | 月額利用料金の内、管理費及び家賃相当額をお支払頂きます。食費は一旦月額利用料金をお支払頂き、翌月に欠食分として食材料費を減額請求させて頂きます。協力医療機関への入退院の同行費用は、月額利用料金に含まれません。 | |

| | | |
|---------------------|--|--|
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 (年 4 回) | |
| | 定期的な研修の実施 (年 2 回) | |
| | 担当者の役職名 | 施設長 |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 (年 4 回) | |
| | 定期的な研修の実施 (年 2 回) | |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと | あり |
| | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | あり |
| | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 身体的拘束等適正化委員会によるカンファレンスを開催し、緊急止むを得ない場合で、かつ切迫性・非代替性・一時性の要件を検討し記録を作成する。「緊急止むを得ない場合」と身体的拘束等適正化委員会により判断した場合、ご本人またはご家族に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を詳細に書面で説明する。 |
| 業務継続計画の策定状況等 | 職員に対する周知の実施 | あり |
| | 定期的な研修の実施 | (年 2 回) |
| | 定期的な訓練の実施 | (年 2 回) |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | あり |
| 事業者からの契約解除 | <p>(事業者からの契約解除) 入居契約第29条を抜粋</p> <p>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、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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</p> <p>二 月額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</p> <p>三 第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反し是正しないとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者へのサービス提供に著しく支障をきたす場合や、他の入居者又は従業員及び第三者に危害を及ぼし、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</p> <p>2 事業者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の職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に、本契約を解除することがあります。</p> <p>3 本条第1項及び第2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きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 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</p> <p>三 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</p> <p>4 本条第1項第四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一号及び二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</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変更 | |
| その他の居室への移動 | あり |
| 判断基準・手続 | <p>身体状況の変化に伴い他の居室に移動して頂く場合には、入居契約書第12条第3項第4項に従って行います。</p> <p>①主治医の意見を聴く。 ②入居者の意見を聴く。 ③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変更する理由、変更先の概要、介護内容、費用負担について入居者・連帯保証人及び身元引受人に説明を行う。 ⑥入居者及び身元引受人の同意を得る。</p> <p>以上の手続きを経て、居室の移動を行います。この場合、追加費用負担はありませんが通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を入居者のご負担により原状回復する事とします。</p> |
| 利用料金の変更 | なし |
| 前払金の調整 | なし |
| 従前居室との仕様の変更 | なし |
| 提携ホーム等への転居 | なし |
| 判断基準・手続 | |
| 利用料金の変更 | |
| 前払金の調整 | |
| 従前居室との仕様の変更 | |
| 苦情対応窓口 | |
| 窓口の名称 1 | サンライズ・ヴィラ小竹向原 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 03-6909-3685 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (365日対応) |
| 窓口の名称 2 | ライクケア株式会社 |
| 電話番号 | 03-5784-5521 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日) |
| 窓口の名称 3 | 東京都国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 03-6238-0177 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) |
| 窓口の名称 4 | 板橋区介護保険苦情相談室 |
| 電話番号 | 03-3579-2079 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日 (祝祭日・年末年始除く)) |

| | | | | |
|-------------------------------|----|---|-------|--|
| 賠償責任保険の加入 | あり | 保険の名称： あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 (介護保険・社会福祉事業者総合保険) | | |
| 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

2025年7月1日現在

介護度別・年齢別入居者数 平均年齢： 85.2 歳 入居者数合計： 61 人

| 年齢 \ 介護度 | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|----|------|------|------|------|------|------|------|
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 1 | 4 |
| 85歳以上 | 0 | 2 | 0 | 7 | 10 | 7 | 6 | 5 |
| 合計 | 0 | 2 | 0 | 10 | 16 | 12 | 11 | 10 |

入居継続期間別入居者数

| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計 |
|------|------|----------|----------|-----------|------------|-------|----|
| 入居者数 | 20 | 18 | 23 | | | | 61 |

男女別入居者数 男性： 20 人 女性： 41 人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 95 % （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 | 2 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 19 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 1 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 12 | 退去者数合計 | 38 |

6 利用料金

| | | |
|----------|----------------------------------|---|
| 入居準備費用 | なし | 円 |
| 明内細訳 | | |
| 支払日・支払方法 | | |
| 解約時の返還 | | |
| 敷金 | 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 |
| 選択価格1(前払金上限) | 12,750,000円 | 196,950円 | 40,000 | 100,100 | - | 56,850 | - |
| 選択価格2スタンダードプラン | 8,500,000円 | 246,950円 | 90,000 | 100,100 | - | 56,850 | - |
| 選択価格3(前払金下限) | 3,400,000円 | 306,950円 | 150,000 | 100,100 | - | 56,850 | - |
| 選択価格4(前払金0円プラン) | 0円 | 346,950円 | 190,000 | 100,100 | - | 56,850 | - |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 例) スタンダードプラン 月額単価 (99,166 円) × 想定居住期間 (60ヵ月) + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (2,550,000円) = 8,500,000円により算出 (月額単価の説明) 居室及び共用施設等の家賃相当費用 (想定居住期間の説明) 入居することが想定される入居者の平均年齢から入居後の各年経過時点での退去率をもとに、居住継続率が概ね50%となるまでの期間を考慮して想定居住期間を定めています。 | | | | | |
| | 家賃 | スタンダード家賃90,000円(非課税)。地代に相当する額等を基に近隣の相場を勘案し算定。スタンダードプランを基本に前払金85万円に対して、1万円の割合で増減。 | | | | | |
| | 管理費 | 事務管理部門の人員費、事務費、要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人員費、共用施設等の維持管理費 | | | | | |
| | 介護費用 | 基本サービス費(対象者:介護保険未認定者) 1日1,257円(ひと月30日あたり37,710円)(税込) 介護保険法に定める要介護認定において自立又は未申請の場合、基本サービス費として別途1日1,257円(ひと月あたり37,710円)(税込)が必要となります。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 238 円・昼食 368 円・夕食 389 円 間食 - 円 1日あたり 995 円 × 30日で積算 厨房維持費 27,000円【内訳:27,000円(8%)、-円(10%)】 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 欠食は、前日午後6時までのお申出により、朝食238円8%、昼食368円8%、夕食389円8%として計算し、翌月時の請求時に減額精算します。 | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含まれます。 | | | | | |
| | 短期利用 | 1日あたり | 円 | 利用料の算出方法 | | | |

| 前払金の取扱い | |
|-----------------------|--|
| 支払日・支払方法 | ①申し込み時に10万円を当社指定口座にお振込み頂き、入居時に前払金又は月額利用料に充当します。キャンセルの場合は全額無利子にて返還します。 ②残額はご入居時まで当社指定口座にお振込み下さい。 |
| 償却開始日 | 入居日 |
| 返還対象としない額 | あり 前払金の30% |
| | 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 | ①前払金の内30%は入居日に償却。 ②残り70%については、5年間（60か月）均等償却。 返還金＝（前払金－前払金×30%）×〔（60か月－経過月数）÷60か月〕 起算日及び契約終了日が属する月は、それぞれ日割計算として精算します。 |
| 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 |
| | <p>契約終了日までの利用期間に係わる利用料金及び原状回復の為の費用の算定方法 返還金＝前払金－（前払金70%÷60ヶ月÷30日×入居日から契約終了日までの日数）</p> <p>■入居から3ヶ月以内の契約解除について 前払金償却期間の起算日から3ヶ月以内において、本契約第30条に基づく入居者の解約の申し出がなされた場合、又は入居者の死亡により契約が終了した場合には、上記「契約終了時の返還金の算定方式」にかかわらず、居室明渡日までの目的施設の利用などの対価利用料を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。事業者は、受領済みの前払金全額を無利息で入居者に返還することとします。</p> <p>【参考】 第30条（入居者からの解約） 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には、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。</p> |
| 返還期限 | 契約終了日から 90日以内 |
| 保全措置 | あり 保全先：三井住友信託銀行株式会社 |
| その他留意事項 | 契約終了退室後の居室原状回復費用等は別途ご請求申し上げます。 |
| 月額利用料の取扱い | |
| 支払日・支払方法 | <p>支払方法：費用及び使用料の支払いについては、入居者宛に費用項目との明細をつけ毎月10日頃までに請求します。ホームはこれに基づき原則として、その金額を入居者の指定する銀行もしくは郵便局より自動引き落としとします。自動振替日は毎月27日（休業日は翌営業日）となっております。また自動引落ができない金融機関がありますので、ホームにご確認下さい。毎月10日頃までに請求する費用明細は以下の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 翌月分の月額利用料 ・ 前月分の介護保険料（自己負担分） ・ 前月分の欠食分の精算 ・ おむつ代介護用品等の実費精算 ・ その他未精算費用及びホームと利用者間で確認された精算項目 |
| その他留意事項 | 請求書をご確認頂き訂正等がある場合は、請求月の末日までにご連絡下さい。 |

(30日換算・自己負担1割の場合)

単位：円

| 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 |
|------|---------|--------|
| 要支援1 | 68,364 | 6,837 |
| 要支援2 | 116,063 | 11,607 |
| 要介護1 | 219,896 | 21,990 |
| 要介護2 | 244,476 | 24,448 |
| 要介護3 | 270,156 | 27,016 |
| 要介護4 | 294,005 | 29,401 |
| 要介護5 | 319,315 | 31,932 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|----------------|--------|-------|
| 個別機能訓練加算 | なし | |
| 夜間看護体制加算 | あり(I) | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり(II) | 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 | あり(I) | |
| 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 | あり | 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 | あり | 対象者のみ |
| 退院・退所時連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 退居時情報提供加算 | あり | 対象者のみ |
| 介護職員等処遇改善加算 | あり(II) | |

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料

一部有料(サービスごとの料金は一覧表のとおり)

料金改定の手続

東京都及び板橋区が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定。

【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 | スタンダードプラン | | |
|--------|-----------|-----------|---------|
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| — | — | 8,500,000 | 246,950 |

※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 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 | その他開示情報 | — |

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

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（参考様式）

| 区分 | （自 立） | | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分） | |
|------------------|---|---|---|---|
| | 追加料金が発生しない （前払金又は月額利用 料を含む）サービスに ○ | その都度徴収するサービ ス（料金を表示） | 追加料金が発生しない もの | その都度徴収するサービ ス（料金を表示） |
| サービス | | | 特定施設入居者生活介 護のサービスに■ 前払金又は月額利用料 を含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームに おいて外部の居宅サービ ス利用を原則とするサービ スに▲ |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | 随時 | | 随時 | |
| 巡回 夜間 | 随時 | | 3時間毎・随時 | |
| 食事介助 | 体調不良時 | | 状態に応じた介助 | |
| 排泄介助 | | | 随時又は適時 | |
| おむつ交換 | | | 随時又は適時 | |
| おむつ代 | | 実費 | | 実費 |
| 入浴（一般浴）介助 | 週2回（身体の状態によ り見守り対応） | 週2回を超える場合 2,618円/回 | 週2回（身体の状態によ り見守り対応） | 週2回を超える場合 2,618円/回 |
| 清拭 | | | 入浴不可時 | |
| 特浴介助 | | | 週2回 | 週2回を超える場合 2,618円/回 |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | | | 状態に応じた介助 | |
| ・居室からの移動 | | | 状態に応じた介助 | |
| ・衣類の着脱 | | | 状態に応じた介助 | |
| ・身だしなみ介助 | | | 状態に応じた介助 | |
| 口腔衛生管理 | | | 状態に応じた管理 | |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による 生活・レクリエーション の場で実施 | | 機能訓練指導員による 生活・レクリエーション の場で実施 | |
| 通院介助 （協力医療機関） | 協力医療機関へ定期通 院 | | 協力医療機関へ定期通 院 | |
| 通院介助 （上記以外） | | 緊急時以外 （職員1人あたり） 30分1,650円 看護職員同行の場合 30分2,750円 | | 緊急時以外 （職員1人あたり） 30分1,650円 看護職員同行の場合 30分2,750円 |
| 緊急時対応 | | | | |
| オンコール対応 | 24時間対応 | | 24時間対応 | |

| 区分 | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|----------------------|---|--|---|--|
| | 追加料金が発生しない (前払金又は月額利用 料を含む)サービスに ○ | その都度徴収するサービ ス(料金を表示) | 追加料金が発生しない もの | その都度徴収するサービ ス(料金を表示) |
| サービス | | | 特定施設入居者生活介 護のサービスに■ 前払金又は月額利用料 を含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームに おいて外部の居宅サービ ス利用を原則とするサービ スに▲ |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | 週1回 | 左記以外は 30分1,650円 (ただし状況により対応で きない場合があります。) | 週1回 ※介護上必要時はこの 限りではありません | 左記以外は 30分1,650円 (ただし状況により対応で きない場合があります。) |
| リネン交換 | 週1回 | 左記以外は1回1,650円 | 週1回 ※介護上必要時は随時 | 左記以外は1回1,650円 |
| 日常の洗濯 | | 月3,300円 ドライクリーニングは実費 | 週2回・随時 | ドライクリーニングは実費 |
| 居室配膳・下膳 | 体調不良時 | 個人要望時 330円/回実費 | 身体状態により対応 | 個人要望時 330円/回実費 |
| 嗜好に応じた特別食 | | | | |
| おやつ | | | | |
| 理美容 | | 実費 | | 実費 |
| 買物代行(通常の利用区 域) | 指定日(週1回) | 左記以外 30分1,650円 | 指定日(週1回) | 左記以外 30分1,650円 |
| 買物代行(上記以外の区 域) | 指定日(週1回) | 左記以外 30分1,650円 | 指定日(週1回) | 左記以外 30分1,650円 |
| 役所手続き代行 | 指定日(週1回) | 左記以外 30分1,650円 | 指定日(週1回) | 左記以外 30分1,650円 |
| 金銭管理サービス | | | | |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | 年2回の機会を設ける 実費 | | 年2回の機会を設ける 実費 |
| 健康相談 | 随時 | | 随時 | |
| 生活指導・栄養指導 | 随時 | | 随時 | |
| 服薬支援 | 随時 | | 随時 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡 眠等) | 随時 | | 随時 | |
| 医師の訪問診療 | | 入居者負担 | | 入居者負担 |
| 医師の往診 | | 入居者負担 | | 入居者負担 |
| <入退院時、入院中のサー ビス> | | | | |
| 移送サービス | 協力医療機関のみ対応 | | 協力医療機関のみ対応 | |
| 入退院時の同行(協力医療 機関) | 協力医療機関は 無料 | 左記以外 30分1,650円 | 協力医療機関は 無料 | 左記以外 30分1,650円 |
| 入退院時の同行(上記以 外) | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | |
| <その他サービス> | | | | |

施設名:サンライズ・ヴィラ小竹向原

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------|------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 | 不適合 非該当 |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 | 不適合 非該当 |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 | 不適合 非該当 |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。) | ○ 適合 | 不適合 非該当 |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 | 不適合 非該当 |

※ 開設日前にあつ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。