

有料老人ホーム重要事項説明書

|       |           |   |      |
|-------|-----------|---|------|
| 施設名   | ドーミー中野江古田 |   |      |
| 定員・室数 | 85 人      | ・ | 80 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 ～ 2 人（親族のみ対象） |
| 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  |  |
|             | フリカゝナ                                                                      | カブシキカイシャキョウリツメンテナンス |                  |       |  |
|             | 名 称                                                                        | 株式会社共立メンテナンス        |                  |       |  |
| 主たる事務所の所在地  |                                                                            | 〒 101-8621          | 東京都千代田区外神田2-18-8 |       |  |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号                                                                    | 03-5295-7884        |                  |       |  |
|             | ファックス番号                                                                    | 03-5295-3073        |                  |       |  |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.kyoritsugroup.co.jp/                                            |                     |                  |       |  |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                                                                        | 代表取締役               | 氏名               | 中村 幸治 |  |
| 設 立 年 月 日   | 昭和54年9月27日                                                                 |                     |                  |       |  |
| 主 な 事 業 等   | (1)学生寮・社員寮・ワンルームマンション事業<br>(2)ビジネスホテル・リゾートホテル事業<br>(3)シニアライフ事業<br>(4)PKP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        | 1   | ドーミーCareLevi 亀有 | 足立区東和1-17-26 |
| 通所リハビリテーション | なし  |                 |              |
| 短期入所生活介護    | 7   | ドーミーときわ台        | 板橋区富士見町31-17 |
| 短期入所療養介護    | なし  |                 |              |
| 特定施設入居者生活介護 | 7   | ドーミー北綾瀬         | 足立区加平1-1-23  |
| 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        | 7  | ドーミーときわ台 | 板橋区富士見町31-17 |
| 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                | フリカミナ                                                                                                          | ドーマーナカノエゴタ          |         |         |  |
|                     |                  | 名 称                                                                                                            | ドーマー中野江古田           |         |         |  |
| 所 在 地               | 〒 165-0022       |                                                                                                                |                     |         |         |  |
|                     | 東京都中野区江古田4-15-15 |                                                                                                                |                     |         |         |  |
| 連 絡 先               | 電 話 番 号          | 03-5318-1271                                                                                                   |                     |         |         |  |
|                     | ファックス番号          | 03-3385-5003                                                                                                   |                     |         |         |  |
| ホ ー ム ペ ー ジ         |                  | http://www.dormy-senior.com                                                                                    |                     |         |         |  |
| 介護保険事業所番号           |                  | 第1371404573                                                                                                    |                     |         |         |  |
| 管 理 者 職 氏 名         |                  | 役職名                                                                                                            | 支配人                 | 氏名      | 花嶋 美奈子  |  |
| 事 業 開 始 年 月 日       |                  | 2013 年 12 月 1 日                                                                                                |                     |         |         |  |
| 届 出 年 月 日           |                  | 2013 年 4 月 16 日                                                                                                |                     |         |         |  |
| 届出上の開設年月日           |                  | 2013 年 12 月 1 日                                                                                                |                     |         |         |  |
| 特定施設入居者生活介護         | 新規指定年月日（初回）      |                                                                                                                | 2013 年 12 月 1 日     |         |         |  |
|                     | 指定の有効期間          |                                                                                                                | 2025 年 11 月 30 日 まで |         |         |  |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回）      |                                                                                                                | 2013 年 12 月 1 日     |         |         |  |
|                     | 指定の有効期間          |                                                                                                                | 2025 年 11 月 30 日 まで |         |         |  |
| 事業所へのアクセス           |                  | ・西武新宿線「沼袋駅」北口下車 徒歩9分<br>・JR中央線・地下鉄東西線「中野駅」南口より京王バス練馬行き「江古田4丁目」下車徒歩2分<br>・西武池袋線「練馬駅」北口から京王バス中野駅行き「江古田4丁目」下車徒歩2分 |                     |         |         |  |
| 施設・設備等の状況           |                  |                                                                                                                |                     |         |         |  |
| 敷 地                 | 権利形態             | —                                                                                                              | 抵当権                 | あり      |         |  |
|                     | 面 積              | 1,628.71 m <sup>2</sup>                                                                                        |                     |         |         |  |
| 建 物                 | 権利形態             | 賃貸借                                                                                                            | 抵当権                 | あり      |         |  |
|                     | 延床面積             | 3,264.40 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 3,264.40 m <sup>2</sup>                                                     |                     |         |         |  |
|                     | 竣工日              | 2013 年 11 月 14 日                                                                                               |                     |         |         |  |
|                     | 階 数              | 地上 4 階 地下 0 階                                                                                                  |                     |         |         |  |
|                     |                  | うち有料老人ホーム分 地上 4 階 地下 0 階                                                                                       |                     |         |         |  |
|                     | 構造               | 耐火建築物                                                                                                          |                     | 建築物用途区分 | 有料老人ホーム |  |
| 併設施設等               |                  | なし ( )                                                                                                         |                     |         |         |  |

| 賃貸借契約の概要        | 建物                                                       |    | 契約期間       | 2013年12月1日 ～ 2038年11月30日 |               |   |                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------|----|------------|--------------------------|---------------|---|----------------------|
|                 |                                                          |    | 自動更新       | なし                       |               |   |                      |
| 居 室             | 階                                                        | 定員 | 室数         | 面積                       |               |   |                      |
|                 | 1階                                                       | 1人 | 15         | 20.05 m <sup>2</sup>     |               | ～ | 20.88 m <sup>2</sup> |
|                 | 2階                                                       | 1人 | 27         | 20.05 m <sup>2</sup>     |               | ～ | 20.88 m <sup>2</sup> |
|                 | 3階                                                       | 1人 | 27         | 20.05 m <sup>2</sup>     |               | ～ | 20.88 m <sup>2</sup> |
|                 | 4階                                                       | 1人 | 6          | 27 m <sup>2</sup>        |               | ～ | 29.09 m <sup>2</sup> |
|                 | 4階                                                       | 2人 | 5          | 31.25 m <sup>2</sup>     |               | ～ | 44.35 m <sup>2</sup> |
| 一 時 介 護 室       | 階                                                        | 定員 | 室数         | 面積                       |               |   |                      |
|                 |                                                          |    |            | m <sup>2</sup>           |               | ～ | m <sup>2</sup>       |
|                 |                                                          |    |            | m <sup>2</sup>           |               | ～ | m <sup>2</sup>       |
| 居 室 内 の 設 備 等   | 便 所                                                      |    | 全室あり       |                          |               |   |                      |
|                 | 洗 面                                                      |    | 全室あり       |                          |               |   |                      |
|                 | 浴 室                                                      |    | 一部あり       |                          |               |   |                      |
|                 | 冷暖房設備                                                    |    | 全室あり       |                          |               |   |                      |
|                 | 電話回線                                                     |    | 全室あり       |                          | ( 設置・料金各自負担 ) |   |                      |
|                 | テレビアンテナ端子                                                |    | 全室あり       |                          | ( 設置・料金各自負担 ) |   |                      |
|                 |                                                          |    |            |                          |               |   |                      |
| 共 同 便 所         | 4 箇所                                                     |    | ( 男女共用 )   |                          |               |   |                      |
| 共 同 浴 室         | 個浴： 4                                                    |    | 大浴槽： 1     |                          | 機械浴： 1        |   |                      |
|                 | 併設施設との共用                                                 |    | なし ( )     |                          |               |   |                      |
| 食 堂             | 兼用                                                       |    | あり (       |                          | 機能訓練室 )       |   |                      |
|                 | 併設施設との共用                                                 |    | なし ( )     |                          |               |   |                      |
| そ の 他 の 共 用 施 設 | あり ( ロビー・理美容室・相談室兼応接室・多目的室<br>・ランドリー・メールボックス・下足入れ・ラウンジ ) |    |            |                          |               |   |                      |
| エ レ ベ ー タ ー     | あり 1 基                                                   |    |            |                          |               |   |                      |
| 消 防 設 備         | 自動火災報知設備： あり                                             |    | 火災通報装置： あり |                          | スプリンクラー： あり   |   |                      |
| 緊 急 呼 出 装 置     | 居室： あり                                                   |    | 便所： あり     |                          | 浴室： あり        |   | 脱衣室： あり              |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態       |          |    |     |                       |     |       |            |        |
|--------------------------|----------|----|-----|-----------------------|-----|-------|------------|--------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態  |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| 職種                       | 実人数      | 常勤 |     | 非常勤                   |     | 合計    | 常勤換算<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    | 0.8        | 兼生活相談員 |
| 生活相談員                    |          |    | 2   |                       |     | 2人    | 1.2        | 兼介護主任  |
| 看護職員：直接雇用                | 1        |    |     | 3                     |     | 4人    | 3.2        |        |
| 看護職員：派遣                  |          |    |     |                       |     | 0人    |            |        |
| 介護職員：直接雇用                | 13       | 1  |     |                       |     | 14人   | 22.2       | 兼生活相談員 |
| 介護職員：派遣                  |          |    |     | 9                     |     | 9人    |            |        |
| 機能訓練指導員                  | 1        |    |     |                       |     | 1人    | 1.0        |        |
| 計画作成担当者                  | 1        |    |     |                       |     | 1人    | 1.0        |        |
| 栄養士                      | 4        |    |     |                       |     | 4人    | 4.0        |        |
| 調理員                      |          |    |     | 6                     |     | 6人    | 2.8        |        |
| 事務員                      | 1        |    |     |                       |     | 1人    | 1.0        |        |
| その他従業者                   |          |    |     | 3                     |     | 3人    | 1.6        | 生活支援   |
| 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                    | 7        | 1  |     | 6                     |     |       |            |        |
| 実務者研修                    | 3        |    |     |                       |     |       |            |        |
| 介護職員初任者研修                | 3        |    |     | 3                     | 1   |       |            |        |
| 介護支援専門員                  |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| たん吸引等研修（不特定）             |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| たん吸引等研修（特定）              |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| 資格なし                     |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| ③－2 機能訓練指導員の資格           |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| 資格                       | 延べ<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              |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| 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/社会福祉主事          |     |       |            |        |
| 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 3 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<br>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<br>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<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                          |          |      |     |      |               |       |            |         |     |         |     |
| あん摩マッサージ指圧師                    |          |      |     |      |               |       |            |         |     |         |     |
| はり師又はきゅう師                      |          |      |     |      |               |       |            |         |     |         |     |
| ⑤－3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数 |          |      |     |      | 1.6 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<br>年数                       | 職種       | 看護職員 |     | 介護職員 |               | 生活相談員 |            | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                                |          | 常勤   | 非常勤 | 常勤   | 非常勤           | 常勤    | 非常勤        | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 1年未満                           |          |      |     | 4    | 7             | 1     |            |         |     |         |     |
| 1年以上3年未満                       |          |      | 3   | 7    | 1             | 1     |            | 1       |     | 1       |     |
| 3年以上5年未満                       |          | 1    |     |      | 1             |       |            |         |     |         |     |
| 5年以上10年未満                      |          |      |     | 3    |               |       |            |         |     |         |     |
| 10年以上                          |          |      |     |      |               |       |            |         |     |         |     |
| 合計                             |          | 1    | 3   | 14   | 9             | 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（直営）                                                                                    |
| 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           | 以下、要支援・要介護度に応じて実施。<br>日中巡回：適宜実施（日勤介護職員）<br>夜間巡回：適宜実施（夜勤介護職員）<br>＊必要に応じ、センサーマット等により体動・入眠確認 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      | 当社看護職員による医療的ケアは以下の通り。<br>胃ろう、糖尿病（インスリン）、在宅酸素、ストマ、バルーンカテーテル等                               |

医療機関との連携・協力

|           |          |                                                                                                                                                            |              |    |
|-----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|
| 協力医療機関(1) | 名称       | 医療法人社団勝榮会 いりたに内科クリニック                                                                                                                                      |              |    |
|           | 所在地      | 東京都杉並区和泉4-51-6                                                                                                                                             |              |    |
|           | 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<br>事業所から距離：4.7km<br>費用負担：医療費実費<br>緊急時対応：定期訪問診療・後方支援病院他必要な医療機関への入院手配                                                                                |              |    |
| 協力医療機関(2) | 名称       | 医療法人 黎明会 新宿東メトロクリニック                                                                                                                                       |              |    |
|           | 所在地      | 東京都新宿区新宿7-26-48 1F                                                                                                                                         |              |    |
|           | 急変時の相談対応 | あり                                                                                                                                                         | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
|           | 協力の内容    | 診療科目：内科・神経内科・循環器内科・消化器内科・精神科・皮膚科（往診）<br>事業所からの距離：6.3km<br>費用負担：医療費実費<br>緊急時対応：定期訪問診療・後方支援病院他必要な医療機関への入院手配                                                  |              |    |
| 協力医療機関(3) | 名称       | 医療法人 浩生会 スズキ病院                                                                                                                                             |              |    |
|           | 所在地      | 東京都練馬区栄町7-1                                                                                                                                                |              |    |
|           | 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・消化器内科・循環器内科・糖尿病内科・呼吸器科（睡眠無呼吸症候群）肝臓内科・外科・消化器外科・大腸肛門外科・整形外科・泌尿器科・理学療法・在宅診療科（往診）<br>事業所からの距離：2.3mk<br>費用負担：医療費実費<br>緊急時対応：定期訪問診療・後方支援病院他必要な医療機関への入院手配 |              |    |
|           | 名称       | 医療法人社団高輪会 高輪歯科医院                                                                                                                                           |              |    |
|           | 所在地      | 東京都港区高輪2-16-36                                                                                                                                             |              |    |
|           | 急変時の相談対応 | あり                                                                                                                                                         | 事業者の求めに応じた診療 | あり |

|  |  |          |       |                                                            |
|--|--|----------|-------|------------------------------------------------------------|
|  |  | 協力歯科医療機関 | 協力の内容 | 診療科目：歯科<br>事業所からの距離：11.8km<br>費用負担：医療費実費<br>緊急時対応：定期訪問歯科診療 |
|--|--|----------|-------|------------------------------------------------------------|



|                     |                             |                                                |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| 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                     | あり（Ⅰ）                                          |
|                     | 協力医療機関連携加算                  | あり                                             |
|                     | 認知症専門ケア加算                   | なし                                             |
|                     | サービス提供体制強化加算                | あり（Ⅲ）                                          |
|                     | 介護職員等処遇改善加算                 | あり（Ⅱ）                                          |
|                     | 入居継続支援加算                    | なし                                             |
|                     | テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）       | なし                                             |
|                     | 生活機能向上連携加算                  | なし                                             |
|                     | 若年性認知症入居者受入加算               | なし                                             |
|                     | A D L維持等加算                  | なし                                             |
|                     | 科学的介護推進体制加算                 | あり                                             |
|                     | 高齢者施設等感染対策向上加算              | なし                                             |
|                     | 生産性向上推進体制加算                 | あり（Ⅱ）                                          |
|                     | 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                                             |
|                     | 退去時情報提供加算                   | あり                                             |
|                     | 人員配置が手厚い介護サービスの実施           | あり                                             |
|                     | 短期利用特定施設入居者生活介護の算定          | 可                                              |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 |                             | あり                                             |
| 運営懇談会の開催            |                             | あり（年 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      |                             | あり                                             |
| 入居に当たっての留意事項        |                             |                                                |
| 入居の条件               | 年齢                          | 概ね65歳以上の方                                      |
|                     | 要介護度                        | 入居時自立または要支援・要介護                                |
|                     | 医療的ケア                       | ・健康診断書（感染症チェック）の提出を要する<br>・施設で提供できる医療的ケアの内容に限る |
|                     | 認知症                         | 状態により応相談                                       |
|                     | その他                         | なし                                             |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 身元引受人等の条件、義務等     | <p>身元引受人、連帯保証人の条件・義務は次の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・身元引受人は、入居者の病気・死亡等の場合に、当社からの連絡、相談に応じるものとする。</li><li>・身元引受人は、当社が入居契約書第29条1項6号により入居契約の継続が困難と判断した場合、速やかに入所者を引き取るものとする。</li><li>・身元引受人は、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き取りを行う。</li><li>・身元引受人は、入居者の終末期に関する治療方針等について入居者家族の代表者として意見を取りまとめ乙と適宜連携するものとする。</li><li>・連帯保証人は、入居契約に基づく入所者の当社に対する責務につき、入居契約書の記名押印欄に記載する極度額（入居契約時の家賃、管理費、厨房維持管理費、特別介護費12ヶ月分）を限度として、入居者と連携して履行の責任を負う（連帯保証）ものとする。</li><li>・入居契約書の各条文において、入居者が死亡の場合は入居者を身元引受人又は連帯保証人に読み替えるものとする。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |
| 体験入居              | 利用期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 上限：6泊7日まで                                              |
|                   | 利用料金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 6泊7日 13,200円（6泊未満の場合でも13,200円）<br>* 税込<br>* 介護サービス費用込み |
|                   | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 食事は、宿泊開始の昼食から最終日の昼食まで含む                                |
| 入院時の契約の取扱い        | <p>入院期間が長期に渡った場合でも契約は存続する。<br/>退院後は、入院前の居室に戻る事ができる。<br/>但し、入院期間中も家賃及び管理費、特別介護費、食費に含まれる厨房維持管理費等の月額利用料を支払うものとする。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>やむを得ず身体拘束を行う場合の判断はスタッフ個人ではなく「切迫性」「非代替性」「一時性」を考慮し、事業所内で行うカンファレンスを基に判断する。<br/>入居者や身元引受人に身体拘束の内容・目的・理由・拘束の時間・時間帯・期間等を可能な限り説明し、十分は理解を得る様務める。<br/>緊急時に身体拘束を行う場合についても「緊急」に該当するか常に観察、再検討し、該当しなくなった場合には直ちに身体拘束を解除する。<br/>また、身体拘束を行う際には、身体拘束にかかる記録を作成する。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |
| 事業者からの契約解除        | <p>当社からの契約解除は次の事項のいずれかに該当し、当社と入居者の信頼関係を損なうものである場合、3ヶ月の予告期間において、契約を解除する。</p> <p>①契約締結時に提出した書類に虚偽の事項を記載し、又は真実と異なる書類を提出する等により、不正に入居した時。</p> <p>②家賃等、介護料その他諸経費用支払いの3ヶ月分以上を滞納した時。</p> <p>③家賃等、介護料その他諸経費用の支払いを度々遅延する事により、その支払い能力がないものと当社が認めた時。</p> <p>④事業所施設、付帯施設もしくはこれらに付随する什器品を、故意・重大な過失により汚損、破損又は滅失した時。</p> <p>⑤契約又は管理規定に度々違反し、改善の見込みが認められない時。</p> <p>⑥入居者の健康状態、日常行動又は言動が、入居者もしくは他の入居者の健康状態、生活に重大な影響を及ぼす恐れがある時。但しそれが特定の原因によるものであると、当社の指定する医師により診断され、入居者が医療機関において通院・入院により治療を受けている場合はこの限りではない。</p> <p>⑦入居者、身元引受人、連帯保証人またはその家族等が、当社やサービス従事者或いは他の入居者その他関係者に対して故意にハラスメント等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行った時。</p> <p>⑧身元引受人、連帯保証人またはその家等が入居者の施設利用に関する当社の助言や相談の申し入れを理由なく拒否し、或いは全く反応しない等、当社の施設運営を著しく阻害する行為が認められる時、</p> <p>⑨入居者が、入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居した事が当社において判明した時。</p> <p>⑩入居者、身元保証人、連帯保証人またはその家族等と当社の信頼関係に支障をきたしその回復が困難であり、当社が適切なサービスの提供を継続出来ないと判断した場合。</p> <p>当社は、入居者に対し、前各号による契約の解除通告を書面にて行うに先立ち、入居者又は身元引受人、連帯保証人に対し弁明の機会を設け、3ヶ月の予告期間中に入居者の移転先の有無を確認し、移転先未定の場合は入居者、身元引受人、連帯保証人、入居者の関係者または関係機関と協議し、移転先確保について協力するものとする。尚、入居者が反社会的勢力に該当する場合、または上記事項に該当しやむを得ない事由がある場合、当社は直ちに催告なしに入居契約を解除する事が出来る。また、当社は入居者に損害が生じても賠償はしない。</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         | なし                                                                            |    |       |
|                               | 前払金の調整          | なし                                                                            |    |       |
|                               | 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         | 医療依存度・介護依存度が増した祭、移動可能な居室が前室よりも適切と判断され、かつ、身元引受人が了承した場合。居室移動の覚書に署名・捺印の上、手続きを行う。 |    |       |
|                               | 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<br>変更 | 移動先の居室の間取りにより異なる。                                                             |    |       |
| 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<br>変更 |                                                                               |    |       |
| 苦情対応窓口                        |                 |                                                                               |    |       |
| 窓口の名称 1                       |                 | 株式会社共立メンテナンス シニアライフ事業本部又はドーミー中野江古田                                            |    |       |
|                               | 電話番号            | 0120-151-084 または 03-5318-1271                                                 |    |       |
|                               | 対応時間            | 9:00 ～ 17:00 ( 毎日 )                                                           |    |       |
| 窓口の名称 2                       |                 | 中野区区民サービス管理部介護保険分野事業者指導調整担当                                                   |    |       |
|                               | 電話番号            | 03-3228-8878                                                                  |    |       |
|                               | 対応時間            | 9:00 ～ 17:00 ( 平日のみ )                                                         |    |       |
| 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 ( 平日のみ )                                                         |    |       |
| 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：88.5 歳 |       | 入居者数合計：59 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         |    |             |       | 1           |       | 1     |       |       |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 |    | 1           |       |             |       |       | 2     |       |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 3  | 1           |       |             |       |       |       |       |
| 8 5 歳以上         | 1  | 6           |       | 6           | 10    | 9     | 10    | 8     |
| 合計              | 4  | 8           | 0     | 7           | 10    | 10    | 12    | 8     |

|             |      |              |              |               |                |       |    |
|-------------|------|--------------|--------------|---------------|----------------|-------|----|
| 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        | 8    | 6            | 32           | 13            |                |       | 59 |

|         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 男女別入居者数 | 男性：13 人 | 女性：46 人 |
|---------|---------|---------|

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 69 %（定員に対する入居者数） |
|------------------------|------------------|

| 直近 1 年間に退去した者の人数と理由    |    |                    |    |
|------------------------|----|--------------------|----|
| 理由                     | 人数 | 理由                 | 人数 |
| 自宅・家族同居                |    | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 |    |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 1  | 医療機関への入院           |    |
| 介護老人保健施設へ転居            |    | 死亡                 | 7  |
| 介護療養型医療施設へ転居           |    | その他                |    |
| 他の有料老人ホームへ転居           | 3  | 退去者数合計             | 11 |

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<br>(30日利用の場合) | 光熱水費   |
| 基本プラン<br>介護居室（タイプA）     |                                                                            | 5,800,000.000円                                                                                                                                                                                                                            | 282,560円             | 63,000              | 106,390 | 35,200 | 77,970           | 管理費に含む |
| 0円プラン<br>介護居室（タイプA）     |                                                                            | 0円                                                                                                                                                                                                                                        | 345,560円             | 126,000             | 106,390 | 35,200 | 77,970           | 管理費に含む |
| 月額低額プラン<br>介護居室（タイプA）   |                                                                            | 11,600,000円                                                                                                                                                                                                                               | 219,560円             | 0                   | 106,390 | 35,200 | 77,970           | 管理費に含む |
| 基本プラン<br>自立居室（タイプB～D）   |                                                                            | 11,900,000～<br>18,300,000円                                                                                                                                                                                                                | 222,640～<br>271,640円 | 90,000～<br>139,000  | 132,640 | 0      | 77,970           | 管理費に含む |
| 0円プラン<br>介護居室（タイプB～D）   |                                                                            | 0円                                                                                                                                                                                                                                        | 312,640～<br>410,640円 | 180,000～<br>278,000 | 132,640 | 0      | 77,970           | 管理費に含む |
| 月額低額プラン<br>介護居室（タイプB～D） |                                                                            | 23,800,000～<br>36,700,000円                                                                                                                                                                                                                | 210,610円             | 0                   | 132,640 | 0      | 77,970           | 管理費に含む |
| 短期利用（1日あたり）             |                                                                            | 0円                                                                                                                                                                                                                                        | 11,518円              | 4,200               | 3,546   | 1,173  | 2,599            | 管理費に含む |
| 各料金の内訳                  | 前払金                                                                        | ・ 使途<br>前払金は、目的施設（居室及び共有施設）の家賃に充当する。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品の受領には該当しない。<br>・ 算定根拠<br>厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導及び事務連絡（2012年3月16日付）で示された算式に基づき算定する。具体的な算定方法は以下の通り。<br>〔（1か月分の家賃円）×（想定居住期間月数）〕＋（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） |                      |                     |         |        |                  |        |
|                         |                                                                            | （月額単価の説明）                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                     |         |        |                  |        |
|                         |                                                                            | 家賃相当額                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                     |         |        |                  |        |
|                         |                                                                            | （想定居住期間の説明）<br><br>当社運営実績に基づき、介護居室84カ月、自立居室は120カ月                                                                                                                                                                                         |                      |                     |         |        |                  |        |
|                         | 家賃                                                                         | 居室及び共有施設の家賃相当額、建物所有者への支払い家賃に充当                                                                                                                                                                                                            |                      |                     |         |        |                  |        |
| 管理費                     | 事務部門管理費の人件費、事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供の為の人件費・事務費・目的施設の保守維持管理費、居室及び共有部の水光熱費です。 |                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                     |         |        |                  |        |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------|----------|--------|------|-------|----------|---------|--------|-------------|----------|---------|---------|----------|---------|------------|----------|---------|-----------|----------|---------|--------------|----------|---------|----------|----------|---------|------------|----|--|---------------|----|-------|----------|----|--|-------------|----|--|----------------|----|--|-------------|-------|--|----------------|----|-------|------------|----|-------|-----------|----|-------|-------------|-------|--|
| 月額利用料の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 支払日・支払方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          | 家賃・管理費は翌月分を当月27日迄に、食費及び特別介護費、介護料、その他の費用は当月分を翌月27日迄に、当社指定の方法により支払うものとする。 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| その他留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | 支払内容：家賃・管理費の月額利用料翌月分、前月末締めの実費（食費、特別介護費、介護サービス自己負担額・その他の実費等）の費用となる。      |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 介護保険サービスの自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          | ※要介護度に応じて利用料の1割(一定以上所得の場合2～3割)を負担する。                                    |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| (30日換算・自己負担 1 割の場合)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | 単位：円                                                                    |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| <table><tr><td>介護度</td><td>介護報酬</td><td>自己負担額</td></tr><tr><td>要支援 1</td><td>75, 820</td><td>7, 582</td></tr><tr><td>要支援 2</td><td>123, 518</td><td>12, 352</td></tr><tr><td>要介護 1</td><td>210, 838</td><td>21, 084</td></tr><tr><td>要介護 2</td><td>235, 429</td><td>23, 543</td></tr><tr><td>要介護 3</td><td>261, 109</td><td>26, 111</td></tr><tr><td>要介護 4</td><td>284, 958</td><td>28, 496</td></tr><tr><td>要介護 5</td><td>310, 268</td><td>31, 027</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                                         |          | 介護度    | 介護報酬 | 自己負担額 | 要支援 1    | 75, 820 | 7, 582 | 要支援 2       | 123, 518 | 12, 352 | 要介護 1   | 210, 838 | 21, 084 | 要介護 2      | 235, 429 | 23, 543 | 要介護 3     | 261, 109 | 26, 111 | 要介護 4        | 284, 958 | 28, 496 | 要介護 5    | 310, 268 | 31, 027 |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 介護報酬     | 自己負担額                                                                   |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要支援 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 75, 820  | 7, 582                                                                  |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要支援 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 123, 518 | 12, 352                                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 210, 838 | 21, 084                                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 235, 429 | 23, 543                                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 261, 109 | 26, 111                                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 284, 958 | 28, 496                                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 要介護 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 310, 268 | 31, 027                                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| <table><tr><td>加算の種類</td><td>算定</td><td>備考</td></tr><tr><td>個別機能訓練加算</td><td>あり</td><td></td></tr><tr><td>夜間看護体制加算</td><td>あり(Ⅱ)</td><td>要介護のみ</td></tr><tr><td>看取り介護加算</td><td>あり(Ⅰ)</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>協力医療機関連携加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>認知症専門ケア加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td>あり(Ⅲ)</td><td></td></tr><tr><td>入居継続支援加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>生活機能向上連携加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>若年性認知症入居者受入加算</td><td>なし</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>ADL維持等加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>科学的介護推進体制加算</td><td>あり</td><td></td></tr><tr><td>高齢者施設等感染対策向上加算</td><td>なし</td><td></td></tr><tr><td>生産性向上推進体制加算</td><td>あり(Ⅱ)</td><td></td></tr><tr><td>口腔・栄養スクリーニング加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>退院・退所時連携加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>退去時情報提供加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr><tr><td>介護職員等処遇改善加算</td><td>あり(Ⅱ)</td><td></td></tr></table> |          |                                                                         |          | 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 | あり(Ⅰ)    | 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 | あり(Ⅲ)    |         | 入居継続支援加算 | なし       |         | 生活機能向上連携加算 | なし |  | 若年性認知症入居者受入加算 | なし | 対象者のみ | ADL維持等加算 | なし |  | 科学的介護推進体制加算 | あり |  | 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし |  | 生産性向上推進体制加算 | あり(Ⅱ) |  | 口腔・栄養スクリーニング加算 | あり | 対象者のみ | 退院・退所時連携加算 | あり | 対象者のみ | 退去時情報提供加算 | あり | 対象者のみ | 介護職員等処遇改善加算 | あり(Ⅱ) |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | あり(Ⅰ)    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | あり(Ⅲ)    |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 入居継続支援加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | なし       |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 生活機能向上連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | なし       |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | なし       | 対象者のみ                                                                   |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| ADL維持等加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | なし       |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 科学的介護推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり       |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | なし       |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 生産性向上推進体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり(Ⅱ)    |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | あり       | 対象者のみ                                                                   |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 退院・退所時連携加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | あり       | 対象者のみ                                                                   |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 退去時情報提供加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | あり       | 対象者のみ                                                                   |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | あり(Ⅱ)    |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）                                                 |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 料金改定の手続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 諸物価及び人件費の増大等を勘定し料金等を改定する必要がある際は、運営懇談会開催の上、お客様のご意見をお聞きしこれを改定する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 【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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | 基本プラン（最多居室タイプAの場合）                                                      |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 単位：円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| <table><tr><td>入居準備費用</td><td>敷金</td><td>前払金</td><td>月額利用料</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>5, 800, 000</td><td>204, 590</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                                                         |          | 入居準備費用 | 敷金   | 前払金   | 月額利用料    | 0       | 0      | 5, 800, 000 | 204, 590 |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 入居準備費用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 敷金       | 前払金                                                                     | 月額利用料    |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0        | 5, 800, 000                                                             | 204, 590 |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                                                         |          |        |      |       |          |         |        |             |          |         |         |          |         |            |          |         |           |          |         |              |          |         |          |          |         |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |

7 入居希望者等への事前の情報開示

|          |          |         |          |
|----------|----------|---------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程     | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 入居希望者に公開 | その他開示情報 | ホームページ   |

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

ドーマー中野江古田

| 居室区分                         | 介護居室                      |                                         | 介護居室                                 |                                |                                      |                                |                                      |                                |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 介護区分                         | 自 立                       |                                         | (自立)・要支援 1・2                         |                                | 要介護 1～3                              |                                | 要介護 4・5                              |                                |
| サービス                         | 前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス                    | 介護保険給付、<br>前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス           | 介護保険給付、<br>前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス           | 介護保険給付、<br>前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス           |
| <介護サービス>                     |                           |                                         |                                      |                                |                                      |                                |                                      |                                |
| ○巡回 日中                       | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| ○巡回 夜間(税込)                   | －                         | 必要に応じ<br>(550円/10分)                     | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| ○食事介助                        | －                         | －                                       | 食事の都度<br>見守り                         | －                              | 食事の都度<br>見守り又は<br>一部介助               | －                              | 食事の都度<br>一部介助又は<br>全介助               | －                              |
| ○排泄介助                        | －                         | －                                       | トイレで<br>排泄の都度<br>見守り                 | －                              | トイレで<br>排泄の都度<br>見守り又は<br>一部介助       | －                              | トイレで<br>排泄の都度<br>一部介助又は<br>全介助       | －                              |
| ○おむつ交換                       | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| ○おむつ代                        | －                         | 必要に応じ<br>実費負担                           | －                                    | 実費負担                           | －                                    | 実費負担                           | －                                    | 実費負担                           |
| ○入浴(一般浴)介助(税込)               | －                         | 必要に応じ<br>(1,650円/回)                     | 入浴時見守り<br>(週2回)                      | 必要に応じ<br>(1,650円/回)            | 入浴時<br>見守り又は<br>一部介助<br>(週2回)        | 必要に応じ<br>(1,650円/回)            | 入浴時<br>一部介助又は<br>全介助(週2回)            | 必要に応じ<br>(1,650円/回)            |
| ○清拭                          | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| ○特浴介助                        | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| ○身辺介助                        |                           |                                         |                                      |                                |                                      |                                |                                      |                                |
| ・体位交換                        | －                         | －                                       | －                                    | －                              | －                                    | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| ・居室からの移動                     | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 毎日(原則)                               | －                              | 毎日(原則)                               | －                              |
| ・衣類の着脱                       | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 毎日(原則)                               | －                              | 毎日(原則)                               | －                              |
| ・身だしなみ介助                     | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 毎日(原則)                               | －                              | 毎日(原則)                               | －                              |
| ・口腔衛生管理                      | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 毎日(原則)                               | －                              | 毎日(原則)                               | －                              |
| ○機能訓練                        | －                         | 外部事業者<br>実費                             | 生活リハビリ<br>適宜対応<br>個別機能訓練<br>(週1回)    | 外部事業者<br>(実費)                  | 生活リハビリ<br>適宜対応<br>個別機能訓練<br>(週1回)    | 外部事業者<br>(実費)                  | 生活リハビリ<br>適宜対応<br>個別機能訓練<br>(週1回)    | 外部事業者<br>(実費)                  |
| ○通院介助<br>(協力医療機関)<br>(税込)    | －                         | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>同行費実費<br>(550円/10分) | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費               | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費               | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費               |
| ○通院介助<br>(上記以外・同一区内)<br>(税込) | －                         | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>(550円/10分)          | －                                    | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>(550円/10分) | －                                    | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>(550円/10分) | －                                    | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>(550円/10分) |
| ○緊急時対応                       |                           |                                         |                                      |                                |                                      |                                |                                      |                                |
| ・ナースコール                      | 適宜対応                      | －                                       | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              | 適宜対応                                 | －                              |
| <生活サービス>                     |                           |                                         |                                      |                                |                                      |                                |                                      |                                |
| ○居室清掃(税込)                    | －                         | 必要に応じ<br>(550円/10分)                     | 週2回                                  | －                              | 週2回                                  | －                              | 週2回                                  | －                              |
| ○リネン交換(税込)                   | －                         | 必要に応じ<br>(550円/10分)<br>寝具の準備はお客様        | 週1回                                  | 週2回以上は実費                       | 週1回                                  | 週2回以上は実費                       | 週1回                                  | 週2回以上は実費                       |
| ○日常の洗濯                       | －                         | 外部事業者<br>実費負担                           | 必要に応じ                                | 外部事業者<br>実費負担                  | 必要に応じ                                | 外部事業者<br>実費負担                  | 必要に応じ                                | 外部事業者<br>実費負担                  |
| ○本人希望による<br>居室配膳・下膳 (税込)     | －                         | 110円/回                                  | －                                    | 110円/回                         | －                                    | 110円/回                         | －                                    | 110円/回                         |



| 居室区分                             | 介護居室                      |                                         | 介護居室                                 |                                       |                                      |                                       |                                      |                                       |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 介護区分                             | 自 立                       |                                         | (自立)・要支援 1・2                         |                                       | 要介護 1～3                              |                                       | 要介護 4・5                              |                                       |
| サービス                             | 前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス                    | 介護保険給付、<br>前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス                  | 介護保険給付、<br>前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス                  | 介護保険給付、<br>前払金及び<br>月額利用料に<br>含むサービス | その都度<br>徴収する<br>サービス                  |
| <介護サービス>                         |                           |                                         |                                      |                                       |                                      |                                       |                                      |                                       |
| ○巡回 日中                           | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| ○下痢熱発嘔吐<br>による行動規制に伴う<br>居室配膳・下膳 | 適宜対応                      | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| ○間食(税込)                          | －                         | 113円/回                                  | －                                    | 113円/回                                | －                                    | 113円/回                                | －                                    | 113円/回                                |
| ○理美容                             | －                         | 外部事業者<br>実費                             | －                                    | 外部事業者<br>実費                           | －                                    | 外部事業者<br>実費                           | －                                    | 外部事業者<br>実費                           |
| ○買物代行<br>(生活圏域)                  | －                         | －                                       | 週1回(定期)                              | －                                     | 週1回(定期)                              | －                                     | 週1回(定期)                              | －                                     |
| ○買物代行<br>(上記以外の区域)(税込)           | －                         | 必要に応じ<br>(550円/10分)                     | －                                    | 必要に応じ<br>(550円/10分)                   | －                                    | 必要に応じ<br>(550円/10分)                   | －                                    | 必要に応じ<br>(550円/10分)                   |
| ○役所手続き代行<br>(介護保険関係)             | 適宜対応                      | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| ○金銭管理サービス                        | －                         | －                                       | －                                    | －                                     | －                                    | －                                     | －                                    | －                                     |
| <健康管理サービス>                       |                           |                                         |                                      |                                       |                                      |                                       |                                      |                                       |
| ○定期健康診断                          | 2回/年                      | －                                       | 2回/年                                 | －                                     | 2回/年                                 | －                                     | 2回/年                                 | －                                     |
| ○健康相談                            | 適宜対応                      | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| ○生活(栄養)相談                        | 適宜対応                      | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| ○生活リズムの記録<br>(排便・睡眠等)            | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| ○医師の訪問診療                         | －                         | －                                       | －                                    | 月2回<br>医療費実費                          | －                                    | 月2回<br>医療費実費                          | －                                    | 月2回<br>医療費実費                          |
| <入退院時、入院中のサービス>                  |                           |                                         |                                      |                                       |                                      |                                       |                                      |                                       |
| ○入退院時の同行<br>(協力医療機関)(税込)         | －                         | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>同行費実費<br>(550円/10分) | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費                      | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費                      | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費                      |
| ○入退院時の同行<br>(上記以外)(税込)           | －                         | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>同行費実費<br>(550円/10分) | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>付添い<br>(550円/10分) | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>付添い<br>(550円/10分) | 適宜対応                                 | 交通費実費※1<br>医療費実費<br>付添い<br>(550円/10分) |
| ○入院中の<br>洗濯物交換・買物                | －                         | －                                       | －                                    | －                                     | －                                    | －                                     | －                                    | －                                     |
| ○入院中の<br>見舞い訪問                   | 適宜対応                      | －                                       | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     | 適宜対応                                 | －                                     |
| <その他サービス>                        |                           |                                         |                                      |                                       |                                      |                                       |                                      |                                       |
| ○レクリエーション                        | －                         | 内容により<br>実費負担                           | 適宜対応                                 | 内容により<br>実費負担                         | 適宜対応                                 | 内容により<br>実費負担                         | 適宜対応                                 | 内容により<br>実費負担                         |
| ○福祉用具                            | －                         | －                                       | 適宜対応                                 | 内容により<br>実費負担                         | 適宜対応                                 | 内容により<br>実費負担                         | 適宜対応                                 | 内容により<br>実費負担                         |

※1 タクシー代及び公共の交通機関の運賃等

＊自立の方を除き、実際のサービス提供の内容・回数等は特定施設サービス介護計画（ケアプラン）に基づき実施します。

＊買い物代行サービスは週に1回、ネット注文が基本対応となります。

＊介護に必要な車椅子・杖・歩行器・エアーマット等は当社で準備します。（標準仕様）但し、お客様の特別な希望による福祉用具は実費負担となります。

＊状況によりお申込みいただいても対応できない場合もございます。

＊居室清掃については、クイックルワイパーでの床清掃及びトイレ、洗面台の清掃を週一回実施します。  
原則二回に分けての清掃となるが、場合によっては週一回に纏めて実施する場合があります

注１） 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は８区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

基準日 : 令和6年7月1日

施設名 : ドーミー中野江古田

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 | ・ | 不適合<br>・<br>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。                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |             |
| 4                         | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。                                                        | ○<br>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。                                | ○<br>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。                       | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>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。                           | ○<br>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。                                                        | ○<br>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。                                              | ○<br>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。                                   | ○<br>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。                                              | ○<br>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。                                  | ○<br>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。                                                 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 | 保全先:三井住友銀行  |
| 14                        | 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)                                 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 | 初期償却率:    % |
| 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 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |             |

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。  
※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。