

有料老人ホーム重要事項説明書

|       |                  |   |      |
|-------|------------------|---|------|
| 施設名   | 有料老人ホーム サニーライフ小平 |   |      |
| 定員・室数 | 91 人             | ・ | 91 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 | 月払い方式            |
| 入 居 時 の 要 件     | 混合型（自立含む）        |
| 介 護 保 険 の 利 用   | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居 室 区 分         | 定員 1 人           |
| 介護に関わる職員体制      | 3：1以上            |

1 事業主体

|             |                                  |                       |      |       |
|-------------|----------------------------------|-----------------------|------|-------|
| 名 称         | 法 人 等 の 種 別                      |                       | 営利法人 |       |
|             | フリカゝナ                            | カブシキガイシャ カワシマコーポレーション |      |       |
|             | 名 称                              | 株式会社 川島コーポレーション       |      |       |
| 主たる事務所の所在地  | 〒                                | 292-1161              |      |       |
|             | 千葉県君津市東猪原248番地2                  |                       |      |       |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号                          | 0439-37-3600          |      |       |
|             | ファックス番号                          | 0439-37-3603          |      |       |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.sunnylife-group.co.jp |                       |      |       |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                              | 代表取締役                 | 氏名   | 川島 輝雄 |
| 設 立 年 月 日   | 平成2年9月17日                        |                       |      |       |
| 主 な 事 業 等   | 有料老人ホームの経営                       |                       |      |       |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類   | 箇所数 | 主な事業所の名称         | 所在地            |
|-------------|-----|------------------|----------------|
| <居宅サービス>    |     |                  |                |
| 訪問介護        | 1   | 羽村やわらぎ           | 羽村市栄町2-19-3    |
| 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        | 2   | サニーライフ清瀬デイサービス   | 清瀬市松山1-40-2    |
| 通所リハビリテーション | なし  |                  |                |
| 短期入所生活介護    | なし  |                  |                |
| 短期入所療養介護    | なし  |                  |                |
| 特定施設入居者生活介護 | 42  | 有料老人ホーム サニーライフ東京 | 葛飾区西新小岩3-37-28 |
| 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                 | 1  | サニーライフ羽村居宅介護支援事業所 | 羽村市栄町2-19-3    |
| ＜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        | 33 | 有料老人ホーム サニーライフ東京  | 葛飾区西新小岩3-37-28 |
| 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                 | フリカバナ                                                     | ユリウウロウジンホーム サニーライフ小平 |    |      |
|                     | 名 称                                                       | 有料老人ホーム サニーライフ小平     |    |      |
| 所 在 地               | 〒 187-0044                                                | 東京都小平市喜平町1丁目3番22号    |    |      |
|                     |                                                           |                      |    |      |
| 連 絡 先               | 電 話 番 号                                                   | 042-324-3600         |    |      |
|                     | ファックス番号                                                   | 042-324-3602         |    |      |
| ホ ー ム ペ ー ジ         | http://www.sunnylife-group.co.jp                          |                      |    |      |
| 介護保険事業所番号           | 第1374302915号                                              |                      |    |      |
| 管 理 者 職 氏 名         | 役職名                                                       | 支配人                  | 氏名 | 萬木 彰 |
| 事 業 開 始 年 月 日       | 平成 28 年 12 月 1 日                                          |                      |    |      |
| 届 出 年 月 日           | 平成 27 年 10 月 6 日                                          |                      |    |      |
| 届出上の開設年月日           | 平成 28 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）                                               | 平成 28 年 12 月 1 日     |    |      |
|                     | 指定の有効期間                                                   | 令和 10 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）                                               | 平成 28 年 12 月 1 日     |    |      |
|                     | 指定の有効期間                                                   | 令和 10 年 11 月 30 日 まで |    |      |
| 事業所へのアクセス           | 西武鉄道 多摩湖線「一橋学園駅」より徒歩10分（約800m）<br>中央自動車道 国立府中インターより約7.5km |                      |    |      |

|           |                                        |                          |                                  |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
|-----------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|------------|--------------------------|------------------------|---------|--|--|--|
| 施設・設備等の状況 |                                        |                          |                                  |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
| 敷地        | 権利形態                                   |                          | —                                |                      | 抵当権        |                          | あり                     |         |  |  |  |
|           | 面積                                     |                          | 1755.59 m <sup>2</sup>           |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
| 建物        | 権利形態                                   |                          | 賃貸借                              |                      | 抵当権        |                          | あり                     |         |  |  |  |
|           | 延床面積                                   |                          | 2983.07 m <sup>2</sup>           |                      | うち有料老人ホーム分 |                          | 2983.07 m <sup>2</sup> |         |  |  |  |
|           | 竣工日                                    |                          | 平成28年10月28日                      |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
|           | 階数                                     | 地上 5 階 地下 0 階            |                                  |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
|           |                                        | うち有料老人ホーム分 地上 5 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                 |            | 平成28年11月1日 ～ 令和23年11月30日 |                        |         |  |  |  |
|           |                                        |                          |                                  | 自動更新                 |            | あり                       |                        |         |  |  |  |
| 居室        | 階                                      | 定員                       | 室数                               | 面積                   |            |                          |                        |         |  |  |  |
|           | 1階                                     | 1人                       | 3                                | 13.88 m <sup>2</sup> |            | ～                        | 13.88 m <sup>2</sup>   |         |  |  |  |
|           | 2階                                     | 1人                       | 22                               | 13.88 m <sup>2</sup> |            | ～                        | 14.83 m <sup>2</sup>   |         |  |  |  |
|           | 3階                                     | 1人                       | 22                               | 13.88 m <sup>2</sup> |            | ～                        | 14.83 m <sup>2</sup>   |         |  |  |  |
|           | 4階                                     | 1人                       | 22                               | 13.88 m <sup>2</sup> |            | ～                        | 14.83 m <sup>2</sup>   |         |  |  |  |
|           | 5階                                     | 1人                       | 22                               | 13.88 m <sup>2</sup> |            | ～                        | 14.83 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                                     |                          |                                  | なし                   |            |                          |                        |         |  |  |  |
|           | 冷暖房設備                                  |                          |                                  | 全室あり                 |            |                          |                        |         |  |  |  |
|           | 電話回線                                   |                          |                                  | 全室あり                 |            | ( 設置各自、料金負担も各自 )         |                        |         |  |  |  |
|           | テレビアンテナ端子                              |                          |                                  | 全室あり                 |            | ( 設置各自 )                 |                        |         |  |  |  |
|           |                                        |                          |                                  |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
| 共同便所      | 6 箇所                                   |                          |                                  | ( 一部男女共用 )           |            |                          |                        |         |  |  |  |
| 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 ( 1階は大食堂(専用)、2～5階は談話コーナー兼食堂 ) |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
|           | 併設施設との共用                               |                          |                                  | なし ( )               |            |                          |                        |         |  |  |  |
| その他の共用施設  | あり ( エントランスホール兼機能訓練コーナー、談話コーナー兼食堂、相談室) |                          |                                  |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
| エレベーター    | あり 2 基                                 |                          |                                  |                      |            |                          |                        |         |  |  |  |
| 消防設備      | 自動火災報知設備： あり                           |                          |                                  |                      | 火災通報装置： あり |                          | スプリンクラー： あり            |         |  |  |  |
| 緊急呼出装置    | 居室： あり                                 |                          |                                  | 便所： あり               |            | 浴室： あり                   |                        | 脱衣室： あり |  |  |  |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態       |          |    |     |     |     |       |            |        |
|--------------------------|----------|----|-----|-----|-----|-------|------------|--------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態  |          |    |     |     |     |       |            |        |
| 職種                       | 実人数      | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計    | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況 等 |
|                          |          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |       |            |        |
| 管理者（施設長）                 |          | 1  |     |     |     | 1人    | 1.0        |        |
| 生活相談員                    |          | 1  |     |     |     | 1人    | 1.0        |        |
| 看護職員：直接雇用                |          | 3  |     |     |     | 3人    | 5.5        |        |
| 看護職員：派遣                  |          | 1  |     | 2   |     | 3人    |            |        |
| 介護職員：直接雇用                |          | 17 |     | 5   |     | 22人   | 23.5       |        |
| 介護職員：派遣                  |          | 1  |     | 3   |     | 4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                      |          |    |     |     |     | 0人    |            |        |
| 調理員                      |          | 4  |     | 1   |     | 5人    | 4.4        |        |
| 事務員                      |          | 2  |     | 1   |     | 3人    | 2.8        |        |
| その他従業者                   |          | 2  |     |     |     | 2人    | 2.0        |        |
| 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                    |          | 4  |     | 2   |     |       |            |        |
| 実務者研修                    |          | 3  |     |     |     |       |            |        |
| 介護職員初任者研修                |          | 8  |     | 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  |     | 5   |     |       |            |        |
| 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                    |          |    |     |     |     |       |            |        |
| あん摩マッサージ指圧師              |          | 1  |     |     |     |       |            |        |
| はり師又はきゅう師                |          |    |     |     |     |       |            |        |

|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|--------------------------------------|--|------|------|---------------------|------|-----|-------|------------|---------|-----|---------|-----|--|--|--|
| ③－３ 管理者（施設長）の資格                      |  |      |      | 初任者研修               |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| ④ 夜勤・宿直体制                            |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 配置職員数が最も少ない時間帯                       |  |      |      | 19 時 30 分～ 7 時 30 分 |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 上記時間帯の職員配置数                          |  |      |      | 介護職員 2 人以上          |      |     |       | 看護職員 0 人以上 |         |     |         |     |  |  |  |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略    |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 職種                                   |  | 実人数  | 常勤   |                     | 非常勤  |     | 合計    | 常勤換算人数     | 兼務状況    |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      | 専従   | 非専従                 | 専従   | 非専従 |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |  |  |  |
| ⑤－１ 介護職員の資格 ③－１と同じのため記入省略            |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 資格                                   |  | 延べ人数 | 常勤   |                     | 非常勤  |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      | 専従   | 非専従                 | 専従   | 非専従 |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| ⑤－２ 機能訓練指導員の資格 ③－２と同じのため記入省略         |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 資格                                   |  | 延べ人数 | 常勤   |                     | 非常勤  |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      | 専従   | 非専従                 | 専従   | 非専従 |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 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 3.0 人 |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）        |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
| 勤続年数                                 |  | 職種   | 看護職員 |                     | 介護職員 |     | 生活相談員 |            | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |  |  |  |
|                                      |  |      | 常勤   | 非常勤                 | 常勤   | 非常勤 | 常勤    | 非常勤        | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |  |  |  |
|                                      |  |      | 2    | 2                   | 2    | 1   |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     | 5    | 4   |       |            |         |     | 1       |     |  |  |  |
|                                      |  |      | 1    |                     | 7    | 1   | 1     |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      | 1    |                     | 4    | 2   |       |            | 1       |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  |      |      |                     |      |     |       |            |         |     |         |     |  |  |  |
|                                      |  | 合計   | 4    | 2                   | 18   | 8   | 1     | 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              |                                                                       | あり                                                                                                                                 |                |
| 定期的な安否確認の方法           | 入居者の同意のもと、ヘルパーにより夜間帯は2時間毎巡回、日中は随時対応（バイタルチェック、排泄介助、水分補給、居室清掃等概ね1～2時間毎） |                                                                                                                                    |                |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      | 施設の看護師による服薬の管理・経管栄養対応・在宅酸素の管理・血糖測定・インスリン注射対応等。                        |                                                                                                                                    |                |
| 医療機関との連携・協力           |                                                                       |                                                                                                                                    |                |
| 協力医療機関(1)             | 名称                                                                    | 医療法人社団雅会 山本病院                                                                                                                      |                |
|                       | 所在地                                                                   | 東京都清瀬市野塩1丁目328番地                                                                                                                   |                |
|                       | 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・皮膚科・泌尿器科・整形外科<br>・医療機関までの距離-6.9km（車で約15分）<br>・協力内容-訪問診療（月2回以上医師の来館）、入居者の受診・治療、入院協力、他病院の紹介、病状急変時の対応<br>・利用者負担-医療保険制度支給外の費用 |                |
| 協力医療機関(2)             | 名称                                                                    |                                                                                                                                    |                |
|                       | 所在地                                                                   |                                                                                                                                    |                |
|                       | 急変時の相談対応                                                              |                                                                                                                                    | 事業者の求めに応じた診療   |
|                       | 協力の内容                                                                 |                                                                                                                                    |                |
| 協力歯科医療機関              | 名称                                                                    | オダカ歯科医院                                                                                                                            |                |
|                       | 所在地                                                                   | 埼玉県和光市本町5-15 山ビル2F                                                                                                                 |                |
|                       | 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-歯科<br>・医療機関までの距離-14.1km（車で約30分）<br>・協力内容-訪問による入居者の歯科治療等（週1回歯科医師の来館）<br>・利用者負担-医療保険制度支給外の費用                                   |                |

|               |                                                                                                                                  |                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保険加算サービス等   |                                                                                                                                  |                                                                                  |
|               | 個別機能訓練加算                                                                                                                         | あり                                                                               |
|               | 夜間看護体制加算                                                                                                                         | あり(Ⅱ)                                                                            |
|               | 看取り介護加算                                                                                                                          | なし                                                                               |
|               | 協力医療機関連携加算                                                                                                                       | あり                                                                               |
|               | 認知症専門ケア加算                                                                                                                        | なし                                                                               |
|               | サービス提供体制強化加算                                                                                                                     | なし                                                                               |
|               | 介護職員等処遇改善加算                                                                                                                      | あり(Ⅱ)                                                                            |
|               | 入居継続支援加算                                                                                                                         | なし                                                                               |
|               | テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）                                                                                                            | なし                                                                               |
|               | 生活機能向上連携加算                                                                                                                       | なし                                                                               |
|               | 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                                    | なし                                                                               |
|               | A D L維持等加算                                                                                                                       | なし                                                                               |
|               | 科学的介護推進体制加算                                                                                                                      | 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                                                                                                                | なし                                                                               |
|               | 短期利用特定施設入居者生活介護の算定                                                                                                               | 不可                                                                               |
| 入居に当たっての留意事項  | 利用者の個別的な選択によるサービス提供                                                                                                              | あり                                                                               |
|               | 運営懇談会の開催                                                                                                                         | あり（年 2 回予定）                                                                      |
|               | 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置                                                                                                      |                                                                                  |
|               | 自費によるショートステイ事業                                                                                                                   | なし                                                                               |
| 入居の条件         | 年齢                                                                                                                               | おおむね60歳以上、健康な方及び日常生活で介護の必要な方                                                     |
|               | 要介護度                                                                                                                             | 自立、要支援1～2、要介護1～5                                                                 |
|               | 医療的ケア                                                                                                                            | お客様の状態により判断                                                                      |
|               | 認知症                                                                                                                              | 受け入れ可                                                                            |
|               | その他                                                                                                                              | 感染力が強く、集団感染が起こる可能性の高い感染症の方は、状態により入居をお断りすることがあります。<br>（インフルエンザ、コロナ、ノロウイルス、疥癬、結核等） |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人等は、入居者の事業者に対する債務について、月額利用料の24ヶ月分を極度額として、入居者と連帯して履行の責を負う。契約終了に伴い、身元引受人は直ちに入居者の身柄を引き取るものとする。                                  |                                                                                  |
| 体験入居          | 利用期間                                                                                                                             | 利用上限：6泊7日まで                                                                      |
|               | 利用料金                                                                                                                             | 1日当たり13,200円（室料、介護サービス費、食事代含む・消費税込・介護保険適用外）                                      |
|               | その他                                                                                                                              | 満室時はご利用できません。                                                                    |
| 入院時の契約の取扱い    | ・入院中は管理費、家賃相当額及び食費の基本料金が入居者の負担となります。<br>・入院が長期にわたる場合でも、解除事由とならない限り、退院後は入院前の居室に戻ることができます。<br>・病気やけがの治療は病院等で受けて頂き、入院費は入居者の負担となります。 |                                                                                  |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為は、原則として行いません。ただし、入居者ご本人あるいは他の入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむをえない場合に限り、身体拘束を行うことがあります。</p> <p>身体拘束は、①生命身体の危険性が著しく高く、②身体拘束を除いてとるべき方法がなく、③その制限は一時的なものに限定することとします。</p> <p>身体拘束を行う場合には、担当ヘルパー、看護職員、生活相談員等施設職員全体で協議し、施設責任者の最終判断による等、慎重な対応に心がけ、ご本人及びご家族に書面にて詳細に説明し、同意を得ることとします。実施後は経過観察、解除に向けた検討を随時行います。なお、身体拘束の態様、時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむをえなかった理由を記録し、身体拘束の内容、目的、理由、時間、時間帯、期間等について、ご本人、ご家族に詳細を報告し、十分な理解が得られるよう努めます。</p> <p>また、身体的拘束等の適正化に関する職員研修を年2回以上実施します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 事業者からの契約解除        | <p>◎入居者が、次のいずれかに該当し、且つこれによって本契約を将来にわたって、これ以上維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合は、事業者は書面にて入居者に通知し、通知の翌日を起算日として、90日間の予告期間を設けて契約を解除することができます。その際、入居者は事業者に対し弁明する機会が与えら</p> <p>①入居契約書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居し、事業者の求めにもかかわらずこれを訂正しないとき。</p> <p>②下記手順による、管理費その他の費用の支払いの遅滞を解消しないとき。この場合は90日間の予告期間は設けないものとする。<br/>・1回遅滞時は入居者より事業者に対し遅滞理由を説明し、速やかに振込により支払を行うこと。<br/>・2回遅滞時には別途定める事業者指定の支払計画書を提出すること。<br/>・3回遅滞時又は事業者が認めた支払計画書での支払いが再度遅延した場合を含め、所定の手続きが行われない場合。</p> <p>③故意に居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損あるいは滅失したとき。</p> <p>④施設に対してみだりに張り紙、広告掲示を行い、あるいは施設を利用して商行為をしたとき。</p> <p>⑤他の入居者に迷惑となる騒音の発生、あるいは危険物又は悪臭を発する機材、物品の持込み、又は保管を行い、事業者の求めにもかかわらず、騒音の発生を停止せず、あるいは危険物又は悪臭を発する機材、物品を撤去しないとき。</p> <p>⑥共用部分を不法に占拠若しくは占有し、あるいは物品を頻繁に放置して、事業者の求めに反して撤去しないとき。</p> <p>⑦事業者の再三の警告にもかかわらず頻繁に、居室、共用施設、敷地の利用方法に関し、その本来の用途に従って、善良な管理者の注意をもって利用しないとき。</p> <p>⑧事業者の承諾なく居室、共用施設、敷地内において動物を飼育したとき。</p> <p>⑨身元引受人、その家族あるいは第三者らを居室に同居させたとき。</p> <p>⑩故意又は過失により居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損あるいは滅失したときに、入居者あるいは入居者の身元引受人らの負担において、直ちに修繕あるいは賠償しなかったとき。</p> <p>⑪居室の全部又は一部を第三者に利用させ、若しくは居室の利用権を譲渡し、又は担保の用に供し、あるいは居室を他の入居者の居室と交換したとき。</p> <p>⑫入居者の日常行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常に提供する通常の介護でこれを防ぐことができないとき。（但し認知症、あるいは特定の疾病に基づくものであると医師に診断され、医療機関において通院又は入院等による加療中である場合を除く。）</p> <p>⑬反社会的勢力に該当したとき。</p> |



|                               |                 |                                                                                                                                                                               |       |    |
|-------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項         |                 |                                                                                                                                                                               |       |    |
| 一時介護室への移動                     |                 | なし                                                                                                                                                                            |       |    |
|                               | 判断基準・手続         |                                                                                                                                                                               |       |    |
|                               | 利用料金の変更         |                                                                                                                                                                               |       |    |
|                               | 前払金の調整          |                                                                                                                                                                               |       |    |
|                               | 従前居室との仕様の<br>変更 |                                                                                                                                                                               |       |    |
| その他の居室への移動                    |                 | あり                                                                                                                                                                            |       |    |
|                               | 判断基準・手続         | ・入居者の健康管理上居室の移動が必要な場合は、医師の所見を求め一定の観察期間経過後、入居者及び身元引受人の同意を得て居室の移動を行う場合があります。<br>・施設の管理上及び万全の介護サービス提供に支障がないと施設が認める場合、入居者の求めに応じ居室の移動を行うことができます。この場合、入居者は居室の移動に伴い原状回復の義務を負うものとします。 |       |    |
|                               | 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 | あり（居室面積が変更になる場合があります。）                                                                                                                                                        |       |    |
| 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                       |                 | サニーライフ小平 生活相談員                                                                                                                                                                |       |    |
|                               | 電話番号            | 042-324-3600                                                                                                                                                                  |       |    |
|                               | 対応時間            | 8:30 ～ 17:30 （ 年中無休 ）                                                                                                                                                         |       |    |
| 窓口の名称 2                       |                 | サニーライフ東京事務所 担当 お客様相談室                                                                                                                                                         |       |    |
|                               | 電話番号            | 0120-17-0036（フリーダイヤル）                                                                                                                                                         |       |    |
|                               | 対応時間            | 9:00 ～ 17:00 （ 土・日・祝日・年末年始を除く ）                                                                                                                                               |       |    |
| 窓口の名称 3                       |                 | 小平市健康福祉部高齢者支援課 地域支援担当                                                                                                                                                         |       |    |
|                               | 電話番号            | 042-346-9539                                                                                                                                                                  |       |    |
|                               | 対応時間            | 8:30 ～ 17:00 （ 土・日・祝日・年末年始を除く ）                                                                                                                                               |       |    |
| 窓口の名称 4                       |                 | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談                                                                                                                                                           |       |    |
|                               | 電話番号            | 03-6238-0177                                                                                                                                                                  |       |    |
|                               | 対応時間            | 9:00 ～ 17:00 （ 土・日・祝日・年末年始を除く ）                                                                                                                                               |       |    |
| 賠償責任保険の加入                     |                 | あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険                                                                                                                                       |       |    |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 |                 |                                                                                                                                                                               |       |    |
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組    |                 |                                                                                                                                                                               | あり    |    |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施             |                 | なし                                                                                                                                                                            | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施              |                 | なし                                                                                                                                                                            | 結果の公表 | なし |

5 入居者

|                 |    |              |       |              |       |       |       |       |  |
|-----------------|----|--------------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|--|
| 介護度別・年齢別入居者数    |    | 平均年齢： 89.0 歳 |       | 入居者数合計： 91 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     |       | 3     | 1     |  |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 |    | 2            |       | 2            | 3     | 3     | 1     |       |  |
| 8 5 歳以上         |    | 3            | 2     | 20           | 22    | 9     | 9     | 6     |  |
| 合計              | 0  | 6            | 2     | 23           | 27    | 13    | 13    | 7     |  |

| 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                   | 17      | 12           | 35           | 27                 | 0              | 0     | 91 |
| 男女別入居者数                | 男性：23 人 |              | 女性：68 人      |                    |                |       |    |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） |         |              |              | 94 %（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                |         | 0            |              | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 |                | 0     |    |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 |         | 3            |              | 医療機関への入院           |                | 2     |    |
| 介護老人保健施設へ転居            |         | 1            |              | 死亡                 |                | 25    |    |
| 介護療養型医療施設へ転居           |         | 1            |              | その他                |                | 0     |    |
| 他の有料老人ホームへ転居           |         | 2            |              | 退去者数合計             |                | 34    |    |

6 利用料金

|                       |                                                                                                          |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----|----------|--------|--------|--------|--------|------|--|
| 入居準備費用                |                                                                                                          | なし                                                             |     |          |        |        |        | 円      |      |  |
| 明内<br>細訳              |                                                                                                          |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |
|                       | 支払日・支払方法                                                                                                 |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |
|                       | 解約時の返還                                                                                                   |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |
| 敷金                    |                                                                                                          | なし                                                             |     |          |        |        |        |        |      |  |
| 金額                    |                                                                                                          | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。                               |     |          |        |        |        |        |      |  |
| 家賃及びサービスの対価           |                                                                                                          |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |
| プランの名称                |                                                                                                          |                                                                | 前払金 | 月額利用料    | (内訳)   |        |        |        |      |  |
|                       |                                                                                                          |                                                                |     |          | 家賃     | 管理費    | 介護費用   | 食費     | 光熱水費 |  |
| 自立等(介護保険給付対象外)        |                                                                                                          |                                                                | 0円  | 156,745円 | 60,000 | 31,460 | 36,665 | 28,620 | 0    |  |
| 要支援1～2                |                                                                                                          |                                                                | 0円  | 120,080円 | 60,000 | 31,460 | 0      | 28,620 | 0    |  |
| 要介護1～5                |                                                                                                          |                                                                | 0円  | 120,080円 | 60,000 | 31,460 | 0      | 28,620 | 0    |  |
|                       |                                                                                                          |                                                                | 0円  | 0円       |        |        |        |        |      |  |
| 各料金の<br>内訳・<br>明細     | 前払金                                                                                                      | 前払金なし                                                          |     |          |        |        |        |        |      |  |
|                       |                                                                                                          | (月額単価の説明)                                                      |     |          |        |        |        |        |      |  |
|                       |                                                                                                          | (想定居住期間の説明)                                                    |     |          |        |        |        |        |      |  |
|                       | 家賃                                                                                                       | 建物貸主への賃借料支払等、建物に係る費用。近隣相場の賃借料および高齢者が利用しやすい施設設計のコストを含めて算定。(非課税) |     |          |        |        |        |        |      |  |
|                       | 管理費                                                                                                      | 共用施設の維持に要する保守点検費・修理費・清掃費・衛生費、光熱水費、管理部門に係る人件費・事務費等。             |     |          |        |        |        |        |      |  |
| 介護費用                  | 自立等の介護保険給付対象外の方については、「介護サービス等の一覧」に記載のサービスを提供するので、生活サポート費として月額36,665円の負担あり。<br>(居室清掃、洗濯、リネン交換、買い物代行等の人件費) |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |                                                                                                          |                                                                |     |          |        |        |        |        |      |  |

|                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|---|----------|---|------|----|---|----|---|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                              |                      | <table><tr><td rowspan="2">食費</td><td>朝食</td><td>—</td><td>円・昼食</td><td>—</td><td>円・夕食</td><td>—</td><td>円</td><td>間食</td><td>—</td><td>円</td></tr><tr><td colspan="10">1日当たり 180 円 × 30日で積算</td></tr><tr><td colspan="11">厨房管理運営費(食費の基本料金) 23,220円<br/>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて)</td></tr><tr><td colspan="11">2日前までの申し出により終日(3食とも)欠食した場合に限り、食材費を日割計算で翌月に返還。(食費の基本料金は返還対象外)</td></tr></table> | 食費 | 朝食   | — | 円・昼食     | — | 円・夕食 | —  | 円 | 間食 | — | 円 | 1日当たり 180 円 × 30日で積算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 厨房管理運営費(食費の基本料金) 23,220円<br>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2日前までの申し出により終日(3食とも)欠食した場合に限り、食材費を日割計算で翌月に返還。(食費の基本料金は返還対象外) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 食費                                                           | 朝食                   | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 円・昼食 | — | 円・夕食     | — | 円    | 間食 | — | 円  |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                              | 1日当たり 180 円 × 30日で積算 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 厨房管理運営費(食費の基本料金) 23,220円<br>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて)           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2日前までの申し出により終日(3食とも)欠食した場合に限り、食材費を日割計算で翌月に返還。(食費の基本料金は返還対象外) |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                              | 光熱水費                 | 管理費に含む                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                              | 短期利用                 | 1日当たり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | —  |      | 円 | 利用料の算出方法 |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 前払金の取扱い                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払日・支払方法                                                     |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 償却開始日                                                        |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 返還対象としない額                                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                              |                      | 位置づけ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 契約終了時の返還金の算定方式                                               |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式                                        |                      | 期間：3か月 起算日：入居した日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 返還期限                                                         |                      | 契約終了日から 日以内                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保全措置                                                         |                      | 保全先：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他留意事項                                                      |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月額利用料の取扱い                                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支払日・支払方法                                                     |                      | 翌月分を当月の27日(休日の場合は翌営業日)に口座自動振替。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他留意事項                                                      |                      | 家賃相当額は非課税、それ以外は総額表示。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                       |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |   |          |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護度                                                          |                      | 介護報酬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |      |   | 自己負担額    |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援1                                                         |                      | 72,260                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |      |   | 7,226    |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援2                                                         |                      | 118,985                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |   | 11,899   |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護1                                                         |                      | 204,554                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |   | 20,456   |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護2                                                         |                      | 228,637                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |   | 22,864   |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護3                                                         |                      | 253,799                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |   | 25,380   |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護4                                                         |                      | 277,167                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |   | 27,717   |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護5                                                         |                      | 301,966                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |   | 30,197   |   |      |    |   |    |   |   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                         | <table><tr><th>加算の種類</th><th>算定</th><th>備考</th></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>なし</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>なし</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 | なし | 対象者のみ | 協力医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ | 認知症専門ケア加算 | なし |  | サービス提供体制強化加算 | なし |  | 入居継続支援加算 | なし |  | 生活機能向上連携加算 | なし |  | 若年性認知症入居者受入加算 | なし | 対象者のみ | ADL維持等加算 | なし |  | 科学的介護推進体制加算 | 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                                                                                 | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 対象者のみ                   |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 協力医療機関連携加算                                                                              | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 対象者のみ                   |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 認知症専門ケア加算                                                                               | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| サービス提供体制強化加算                                                                            | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 入居継続支援加算                                                                                | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 生活機能向上連携加算                                                                              | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 若年性認知症入居者受入加算                                                                           | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 対象者のみ                   |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| ADL維持等加算                                                                                | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 科学的介護推進体制加算                                                                             | 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                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |
| 当施設が所在する都道府県に係る消費者物価指数及び人件費、物価の変動などに基づき、運営懇談会にて説明し、意見を聴いたうえで管理費、食費、家賃相当額等に関する費用の額を改定する。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |    |    |          |    |  |          |       |       |         |    |       |            |    |       |           |    |  |              |    |  |          |    |  |            |    |  |               |    |       |          |    |  |             |    |  |                |    |  |             |       |  |                |    |       |            |    |       |           |    |       |             |       |  |

【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                                          | 要介護3 |     |          |
|-------------------------------------------------|------|-----|----------|
|                                                 | 単位：円 |     |          |
| 入居準備費用                                          | 敷金   | 前払金 | 月額利用料    |
| 0                                               | 0    | 0   | 120,080円 |
| ※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 | 公開していない |
| 管理規程     | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 公開していない |
| 事業収支計画書  | 公開していない  | その他開示情報 | なし      |

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

SL 小平

|               | 自立                          |                   | 要支援 1～2・要介護 1～5                      |              |
|---------------|-----------------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------|
| 介護を行う場所       | 居室                          |                   | 居室                                   |              |
|               | 月額利用料（生活サポート費含む）<br>に含むサービス | その都度徴収するサービス      | 介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス                | その都度徴収するサービス |
| <b>介護サービス</b> |                             |                   |                                      |              |
| ○巡回           |                             |                   |                                      |              |
| 昼間 9 時～17 時   | 要望時及び適宜対応                   | —                 | 要望時及び適宜対応                            | —            |
| 夜間 17 時～9 時   | 要望時及び適宜対応                   | —                 | 2 時間毎巡回及び適宜対応                        | —            |
| ○食事介助（食堂）     | 配膳・下膳                       | —                 | 配膳・下膳・食事毎見守り・一部又は全介助                 | —            |
| ○食事介助（居室）     | 健康状態により居室配膳・下膳              | 左記以外<br>1 回 550 円 | 健康状態により居室配膳・下膳<br>食事毎見守り・一部又は全介助     | —            |
| ○排泄介助         | —                           | —                 | トイレへの誘導・一部又は全介助・随時対応                 | —            |
| ○オムツ交換        | —                           | —                 | 状態により起床時・日中・就寝前・就寝中 1 日 6 回程度、及び適宜対応 | —            |
| ○オムツ代         |                             | 実費                |                                      | 実費           |

|                      | 自立                                   |              | 要支援 1～2・要介護 1～5                      |              |
|----------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------------------------|--------------|
| 介護を行う場所              | 居室                                   |              | 居室                                   |              |
|                      | 月額利用料（生活サポート費含む）<br>に含むサービス          | その都度徴収するサービス | 介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス                | その都度徴収するサービス |
| ○入浴等                 |                                      |              |                                      |              |
| 一般浴介助                | 週 2 回                                | —            | 週 2 回及び必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助  | —            |
| 特浴介助<br>(一般浴ができない場合) | —                                    | —            | 週 2 回及び必要に応じ対応、適宜更衣介助・洗体・洗髪・一部又は全介助  | —            |
| 清 拭                  | 健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週 2 回又は必要に応じ対応 | —            | 健康状態により入浴が困難な場合入浴日以外でも週 2 回又は必要に応じ対応 | —            |
| ○身辺介助                |                                      |              |                                      |              |
| 体位交換                 | —                                    | —            | 適宜対応                                 | —            |
| 移動介助                 | 必要に応じ対応                              | —            | 歩行介助（杖・歩行器）車椅子誘導等、移動時に適宜対応           | —            |
| 衣類の着脱                | 必要に応じ対応                              | —            | 起床時・就寝時・入浴時及び必要に応じ対応                 | —            |
| 身だしなみ                | —                                    | —            | 洗顔・髭剃り・化粧<br>毎日、歯磨き・入歯<br>洗浄 1 日 3 回 | —            |

|                           | 自立                      |                    | 要支援 1～2・要介護 1～5              |                    |
|---------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------|
| 介護を行う場所                   | 居室                      |                    | 居室                           |                    |
|                           | 月額利用料（生活サポート費含む）に含むサービス | その都度徴収するサービス       | 介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス        | その都度徴収するサービス       |
| ○機能訓練                     | 必要に応じ、随時機能訓練指導員による指導    | —                  | 必要に応じ、随時機能訓練指導員により身体状況に応じた指導 | —                  |
| ○緊急呼出装置等<br>緊急連絡・緊急通報への対応 | 24 時間対応                 | —                  | 24 時間対応                      | —                  |
| 生活サービス                    |                         |                    |                              |                    |
| ○家事                       |                         |                    |                              |                    |
| 清 掃                       | 週 2 回                   | 左記以外<br>1 回 550 円  | 週 2 回                        | 左記以外<br>1 回 550 円  |
| 洗 濯                       | 週 2 回                   | 左記以外<br>1 回 550 円  | 週 2 回                        | 左記以外<br>1 回 550 円  |
| シーツ交換                     | 週 1 回及び必要に応じ対応          | —                  | 週 1 回及び必要に応じ対応               | —                  |
| クリーニング                    | 取次ぎ                     | 実費                 | 取次ぎ                          | 実費                 |
| ○理容・美容                    |                         | 要望時実費              |                              | 要望時実費              |
| ○代 行                      |                         |                    |                              |                    |
| 買い物                       | 週 1 回指定日                | 左記以外<br>30 分 550 円 | 週 1 回指定日                     | 左記以外<br>30 分 550 円 |
| 役所手続き                     | 週 1 回指定日                | 左記以外<br>30 分 550 円 | 週 1 回指定日                     | 左記以外<br>30 分 550 円 |
| 郵便物・宅配便の<br>取次ぎ           | 随時                      | —                  | 随時                           | —                  |



|                              | 自立                           |                               | 要支援 1～2・要介護 1～5               |                               |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 介護を行う場所                      | 居室                           |                               | 居室                            |                               |
|                              | 月額利用料（生活サポート費含む）<br>に含むサービス  | その都度徴収<br>するサービス              | 介護保険給付金及<br>び月額利用料に含<br>むサービス | その都度徴収<br>するサービス              |
| <b>健康管理サービス</b>              |                              |                               |                               |                               |
| ○定期健康診断                      | —                            | 年 2 回機会を<br>提供(実費)            | —                             | 年 2 回機会を<br>提供(実費)            |
| ○健康相談                        | 随時                           | —                             | 随時                            | —                             |
| ○生活指導                        | 随時                           | —                             | 随時                            | —                             |
| ○医療介助<br>医薬品の服薬<br>管理        | 随時                           | —                             | 随時                            | —                             |
| 体温・血圧・脈拍<br>測定               | 1 日 1 回、又は必<br>要に応じて対応       | —                             | 1 日 1 回、又は必要<br>に応じて対応        | —                             |
| ○医師の往診                       | 必要に応じて対<br>応                 | 医療保険制度<br>で支給される<br>以外の<br>費用 | 必要に応じて対応                      | 医療保険制度<br>で支給される<br>以外の<br>費用 |
| <b>通院・入院中・入退<br/>院時のサービス</b> |                              |                               |                               |                               |
| ○通院時の準備と<br>付添い              | 協力医療機関へ<br>は適時対応             | 協力医療機関<br>以外は 30 分<br>550 円   | 協力医療機関へは<br>適時対応              | 協力医療機関<br>以外は 30 分<br>550 円   |
| ○入院・退院時の<br>準備と付添い           | 協力医療機関へ<br>は適時対応             | 協力医療機関<br>以外は 30 分<br>550 円   | 協力医療機関へは<br>適時対応              | 協力医療機関<br>以外は 30 分<br>550 円   |
| ○入院中の見舞い<br>訪問               | 協力医療機関へ<br>は週 1 回、又は適<br>時対応 | 協力医療機関<br>以外は 30 分<br>550 円   | 協力医療機関へは<br>週 1 回、又は適時<br>対応  | 協力医療機関<br>以外は 30 分<br>550 円   |

|                                                                                             | 自立                                        |                                                             | 要支援 1～2・要介護 1～5                           |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 介護を行う場所                                                                                     | 居室                                        |                                                             | 居室                                        |                                                             |
|                                                                                             | 月額利用料（生活サポート費含む）<br>に含むサービス               | その都度徴収するサービス                                                | 介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス                     | その都度徴収するサービス                                                |
| ○医療費                                                                                        |                                           | 医療保険制度で支給される以外の費用                                           |                                           | 医療保険制度で支給される以外の費用                                           |
| <b>その他サービス</b><br>○レクリエーション<br><br>○誕生会<br><br>○季節の行事<br><br>○クラブ活動<br><br>○生活預かり金<br>事務手数料 | <br>随時<br><br>毎月 1 回<br><br>随時<br><br>選択制 | <br>材料費実費負担<br><br>—<br><br>—<br><br>材料費実費負担<br><br>550 円/月 | <br>随時<br><br>毎月 1 回<br><br>随時<br><br>選択制 | <br>材料費実費負担<br><br>—<br><br>—<br><br>材料費実費負担<br><br>550 円/月 |

基準日:令和7年3月1日

施設名:有料老人ホーム サニーライフ小平

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确实なものとするため、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>・ | 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】<br>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>・ | 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。                                                 | 適合<br>・ | 不適合<br>・ | ○<br>非該当 | 保全先:        |
| 14                        | 前払金について、全額を返還対象としているか。<br>(初期償却0の場合のみ「適」とする。)                             | 適合<br>・ | 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。 | 適合<br>・ | 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。