別紙様式(R8.4月版)

基準日　令和8年7月1日　現在

# 有料老人ホーム重要事項説明書

| 施設名 | 介護付有料老人ホーム　プレザングラン大田多摩川 |
|---|---|
| 定員・室数 | 80　人　・　80　室 |

## 有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|---|---|
| 類型 | 介護付（一般型） |
| サ付登録の有無 | 無 |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 |
| 利用料の支払方式 | 選択方式 |
| 入居時の要件 | 混合型（自立含む） |
| 介護保険の利用 | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居室区分 | 定員１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 | | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｶﾌﾞｼｷｶｲｼｬｹｱﾆｼﾞｭｳｲﾁ | | |
| | 名称 | 株式会社ケア21 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　530-0003<br>大阪府大阪市北区堂島２丁目２番２号 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6456-5633 | | |
| | ファックス番号 | 06-6456-5642 | | |
| ホームページ | http://care21.co.jp | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 依田　雅 |
| 設立年月日 | 平成5年11月1日 | | | |
| 主な事業等 | 訪問介護、通所介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、居宅介護支援 | | | |

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 | 56 | ケア21　墨田 | 墨田区八広1-7-30 |
| 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 | 4 | デイサービスセンター　たのしいデイ武蔵府中 | 府中市分梅町5-30-1 |
| 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 | 19 | 介護付有料老人ホーム　プレザンメゾン葛西 | 江戸川区東葛西3-8-2 |
| 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 | 1 | デイサービスセンター　なかまごめ | 大田区中馬込2-9-11 |
| 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 | 18 | グループホーム　たのしい家　江戸川 | 江戸川区松江6-4-15 |
| 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 | | |
| 複合型ｻｰﾋﾞｽ（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 居宅介護支援 | 31 | ケア21　江東 | 江東区東陽1-15-5 |
| ＜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 | 18 | 介護付有料老人ホーム　プレザンメゾン葛西 | 江戸川区東葛西3-8-2 |
| 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 | 1 | デイサービスセンター　たのしいデイ　なかまごめ | 大田区中馬込2-9-11 |
| 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 | 18 | グループホーム　たのしい家　江戸川 | 江戸川区松江6-4-15 |
| 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｶｲｺﾞﾂｷﾕｳﾘｮｳﾛｳｼﾞﾝﾎｰﾑ ﾌﾟﾚｻﾞﾝｸﾞﾗﾝｵｵﾀﾀﾏｶﾞﾜ | | |
| | 名称 | 介護付有料老人ホーム　プレザングラン大田多摩川 | | |
| 所在地 | 〒 146-0095 | 東京都大田区多摩川2丁目19番4号 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5741-5010 | | |
| | ファックス番号 | 03-3757-7171 | | |
| ホームページ | http://care21.co.jp | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371111863号 | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 伊能　高広 |
| 事業開始年月日 | 平成 30 年 3 月 1 日 | | | |
| 届出年月日 | 平成 28 年 12 月 27 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 30 年 3 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 30 年 3 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 12 年 2 月 28 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 30 年 3 月 1 日 | | |
| | 指定の有効期間 | 令和 12 年 2 月 28 日　まで | | |
| 事業所へのアクセス | 東急多摩川線「矢口渡」駅下車　徒歩8分 | | | |

施設・設備等の状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 敷地 | 権利形態 | ー | 抵当権 | なし |
| | 面積 | 1538.53 ㎡ | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし |
| | 延床面積 | 3175.15 ㎡　うち有料老人ホーム分 3175.15 ㎡ | | |
| | 竣工日 | 平成 30 年 2 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 | 児童福祉施設等(老人福祉施設) |
| | 併設施設等 | なし　（　） | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成30年2月1日　～　令和20年1月31日 |
| | | 自動更新 | あり |

| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
|---|---|---|---|---|
| | 2階 | 1人 | 20 | 18 ㎡　～　18 ㎡ |
| | 3階 | 1人 | 20 | 18 ㎡　～　18 ㎡ |
| | 4階 | 1人 | 20 | 18 ㎡　～　18 ㎡ |
| | 5階 | 1人 | 20 | 18 ㎡　～　18 ㎡ |
| | | | | ㎡　～　㎡ |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | |
| | | | | ㎡ ～ ㎡ | | |
| | | | | ㎡ ～ ㎡ | | |
| 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 | （契約及び設置は各自、料金負担も各自） | |
| | テレビアンテナ端子 | | | 全室あり | （契約及び設置は各自、料金負担も各自） | |
| | | | | | | |
| 共同便所 | 8 箇所 | | | （ 男女共用 ） | | |
| 共同浴室 | 個浴： 8 | | | 大浴槽： 0 | 機械浴： 1 | |
| | 併設施設との共用 | | | なし （ ） | | |
| 食堂 | 兼用 | | | あり （ 機能訓練室 ） | | |
| | 併設施設との共用 | | | なし （ ） | | |
| その他の共用施設 | なし （ ） | | | | | |
| 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 | 常勤換算人数 | 兼務状況 等 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者（施設長） | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 介護職員 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 3 | | 1 | | 4人 | 3.1 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 13 | | 12 | | 25人 | 27.7 | 管理者 |
| 介護職員：派遣 | 3 | | 2 | | 5人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | 1人 | 0.6 | |
| 計画作成担当者 | 2 | | | | 2人 | 2.0 | |
| 栄養士 | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | | | | | 0人 | | |
| その他従業者 | | | | | 0人 | | |

| ② １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | 40 時間 |
|---|---|

③－１ 介護職員の資格

| 資格 ＼ 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | 7 | 1 | 1 | |
| 実務者研修 | 2 | | | |
| 介護職員初任者研修 | 6 | | 11 | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | |
| 資格なし | | | 2 | |

③－２ 機能訓練指導員の資格

| 資格 ＼ 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | 1 | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | |
| 柔道整復師 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | |

| ③－３ 管理者（施設長）の資格 | 介護福祉士 |
|---|---|

④ 夜勤・宿直体制

| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 21 時 0 分～ 6 時 0 分 |
|---|---|

| 上記時間帯の職員配置数 | 介護職員　1　人以上　　看護職員　0　人以上 |
|---|---|

⑤　特定施設入居者生活介護の従業者の人数等　　**①と同じのため記入省略**

| 職種 ＼ 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 生活相談員 | | | | | 0人 | | |
| 看護職員 | | | | | 0人 | | |
| 介護職員 | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | 0人 | | |

⑤－１　介護職員の資格　　**③－１と同じのため記入省略**

| 資格 ＼ 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | | | | |
| 実務者研修 | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | |
| 資格なし | | | | |

⑤－２　機能訓練指導員の資格　　**③－２と同じのため記入省略**

| 資格 ＼ 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | |
| 柔道整復師 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | |

⑤－３　看護職員及び介護職員１人当たり（常勤換算）の利用者数　　2.3　人

従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

| 勤続年数＼職種 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| １年未満 | | 1 | 6 | 6 | | | | | | |
| １年以上３年未満 | 1 | | 4 | 5 | 1 | | | | 1 | |
| ３年以上５年未満 | 2 | | 2 | 2 | | | | | | |
| ５年以上10年未満 | | | 4 | 1 | | | | 1 | 1 | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 3 | 1 | 16 | 14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |

## 4 サービスの内容

提供するサービス

| | |
|---|---|
| 食事の提供サービス | あり　（　委託　） |
| 食事介助サービス | あり |
| 入浴介助サービス | あり |
| 排せつ介助サービス | あり |
| 口腔衛生管理サービス | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり |
| 相談対応サービス | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり |
| 服薬管理サービス | あり |
| 金銭管理サービス | なし |

| | |
|---|---|
| 定期的な安否確認の方法 | 巡回　昼間　6時～21時　４回(基準回数の他適宜)<br>夜間　21時～6時　2回(基準回数の他適宜)<br>共用施設の一部にモニターカメラを設置し安否確認ができるようにしています。<br>居室に睡眠時見守りシステムが設置されている場合、システムを活用し安否確認の代わりとします。プライバシーに配慮することはもとより、個人情報取扱規定及び各種ガイドラインを遵守して使用いたします。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | インシュリン投与、たん吸引、点滴、在宅酸素(HOT)、胃ろう(PEG)経管栄養、ストーマ(人工肛門)、膀胱留置バルーンカテーテル、人工透析、ペースメーカー、中心静脈(TPN)＊担当主治医と相談の上、対応可能<br>上記医療ケアは施設の看護職員による管理となります。 |

医療機関との連携・協力

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団寿恵会　おおもり訪問クリニック | | |
| | 所在地 | 東京都豊島区南大塚3-34-6 | | |
| | 急変時の相談対応 | あり | 事業者の求めに応じた診療 | あり |
| | 協力の内容 | 月２～４回の訪問診療を行う。<br>診療科目＝内科。 | | |
| | 名称 | 池上メディカルクリニック | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 協力医療機関(2) | 所在地 | 東京都大田区池上7-6-5 | | | |
| | 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 | 月２～４回の訪問診療を行う。<br>診療科目＝内科。 | | | |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 社会医療法人仁医会　牧田総合病院 | | | |
| | 所在地 | 大田区大森北1-34-6 | | | |
| | 急変時の相談対応 | なし | 事業者の求めに応じた診療 | なし | |
| | 協力の内容 | 入居者の容態が急変した時等の受け入れを行う | | | |
| 協力医療機関(4) | 名称 | 社会医療法人財団城南福祉医療協会　大田病院 | | | |
| | 所在地 | 大田区大森東４－４－１４ | | | |
| | 急変時の相談対応 | なし | 事業者の求めに応じた診療 | なし | |
| | 協力の内容 | 入居者の容態が急変した時等の受け入れを行う | | | |
| 協力医療機関(5) | 名称 | 医療法人社団静恒会　本多病院 | | | |
| | 所在地 | 大田区東矢口１-17-45 | | | |
| | 急変時の相談対応 | なし | 事業者の求めに応じた診療 | なし | |
| | 協力の内容 | 入居者の容態が急変した時等の受け入れを行う | | | |
| 協力医療機関(6) | 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 | | | | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | なし | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団気づき会　品川気づき歯科クリニック | | | |
| | 所在地 | 東京都品川区大井1-24-2　ミヤタビル4F | | | |
| | 協力の内容 | 定期的な訪問歯科を行う。 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 介護保険加算サービス等 | | |
| | 個別機能訓練加算 | なし |
| | 夜間看護体制加算 | あり(Ⅱ) |
| | 看取り介護加算 | あり(Ⅰ) |
| | 協力医療機関連携加算 | あり |
| | 認知症専門ケア加算 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | あり(Ⅱイ) |
| | 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 | あり |
| | ＡＤＬ維持等加算 | なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし |
| | 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 | 可 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | | あり |
| 運営懇談会の開催 | | あり　（年　2　回予定） |
| | 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | 文書で親族等に内容送付 |
| 自費によるショートステイ事業 | | なし |

入居に当たっての留意事項

| | | |
|---|---|---|
| 入居の条件 | 年齢 | 契約時に65歳以上 |
| | 要介護度 | 要介護又は要支援の認定を受けている方<br>＊自立であっても介護が必要と認められる場合は入居条件に該当することとします。 |
| | 医療的ケア | インシュリン投与、たん吸引、点滴、在宅酸素(HOT)、胃ろう(PEG)経管栄養、ストーマ(人工肛門)、膀胱留置バルーンカテーテル、人工透析、ペースメーカー、中心静脈(TPN)＊担当主治医と相談の上、対応可能<br>上記医療ケアは施設の看護職員による管理となります。 |
| | 認知症 | 可 |

| | | |
|---|---|---|
| | その他 | 常時又は随時介護及び支援が必要な方<br>常時医療措置を必要としない方<br>感染症に罹患しておらず、他利用者に感染させる恐れのない方<br>自傷他害行為がなく、共同生活が可能な方<br>身元引受人が定められる方<br>契約書、重要事項説明書を理解し同意いただける方 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 利用者全ての債務を連帯して履行の責を負う<br>契約終了時の利用者の身柄引き取り<br>利用者の治療等に関し、医療機関から同意を求められた際に利用者に代わり手続きを行う<br>利用者の退居時に伴う残置物の処理<br>契約終了時に返還金が発生した際、返還金の受領に関する手続き | |
| 体験入居 | 利用期間 | 2泊3日まで |
| | 利用料金 | 1泊6,600円(税抜6000円)<br>(家賃、管理費の日割り額相当)＋実費(実食分) |
| | その他 | 食費は1日2,332円(税抜2,120円)<br>(内訳：食材費　朝食462円(税抜420円、昼食1,001円(税抜910円)、夕食869円(税抜790円))<br>＊すべて標準税率適用 |
| 入院時の契約の取扱い | 不在期間の入居費用は、家賃相当額、管理費を徴収させていただきます。 | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | ( 年　4　回) |
| | 定期的な研修の実施 | ( 年　2　回) |
| | 担当者の役職名 | 管理者 |
| | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | ( 年　4　回) |
| | 定期的な研修の実施 | ( 年　2　回) |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | あり |
| | 身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | あり |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | (1)事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護をするため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。<br>(2)事業者は身体拘束防止に関し、次の方針を定めすべての従業員に周知徹底し身体拘束ゼロを目指します。<br>①身体拘束を必要としない状態の実現を目指し、事業所が一丸となって身体拘束防止に取り組みます。<br>②利用者の人格を尊重し、すべての従業員が身体拘束防止に関して共通の認識と行動を持つように努めます。<br>③利用者の安全を確保する観点から、利用者の身体的・精神的自由を安易に妨げません。<br>④万が一にやむを得ず安全を優先して、身体拘束を行う場合は、極めて限定的に行います。<br>(3)事業者は、利用者に対して適切な判断と具体的な対応を図るため、事業所内に身体拘束適正化検討委員会(以下、「委員会」という)を設置します。<br>①委員会は、3か月に1回以上開催し、利用者に対する身体拘束廃止及び緊急やむを得ない場合の身体拘束の必要性について検討・協議し、身体拘束実施後は解除に取り組みます。ただし、必要時には委員会を随時に開催します。<br>②委員会は、管理者、生活相談員、計画作成担当者、介護職員、看護職員、及び第三者又は専門家で構成します。<br>(4)利用者の身体拘束を行う必要性が生じた場合、委員会は次の3要件に基づき検討します。　切迫性・非代替性・一時性<br>(5)やむを得ない事由により実施した場合は、適正化に向け、解除に向けて検討、協議します。<br>(6)利用者が前条の3要件をすべて満たしていると委員会が判断した場合は、遅滞なく、従業員に対し、次の内容を指示します。<br>①身体拘束その他行動制限は、利用者又は家族に文書で詳細に説明し、同意を得て行います。<br>②利用者に身体拘束その他行動制限を行う場合は、その内容、時間、利用者の心身の状況を記録します。<br>③身体拘束その他行動制限は、記録に基づいて継続的にカンファレンスを行い、早急に解除すべく努力します。<br>(7)事業者は、新規採用時及び採用後は年間研修計画に沿って年2回身体拘束防止研修を実施します。<br>(8)事業者は、身体拘束等の適正化のための指針を整備し、掲示等の方法により内外に周知します。 |
| | 業務継続計画の策定状況等 | 職員に対する周知の実施 | あり |
| | | 定期的な研修の実施 | ( 年　2　回) |
| | | 定期的な訓練の実施 | ( 年　2　回) |
| | | 定期的な業務継続計画の見直し | あり |
| | 事業者からの契約解除 | **契約書第13条　事業者から行う解約措置　参照** | |

| | | |
|---|---|---|
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| 一時介護室への移動 | | なし |
| | 判断基準・手続 | |
| | 利用料金の変更 | |
| | 前払金の調整 | |
| | 従前居室との仕様の変更 | |
| その他の居室への移動 | | なし |
| | 判断基準・手続 | |
| | 利用料金の変更 | |
| | 前払金の調整 | |
| | 従前居室との仕様の変更 | |
| 提携ホーム等への転居 | | なし |
| | 判断基準・手続 | |
| | 利用料金の変更 | |
| | 前払金の調整 | |
| | 従前居室との仕様の変更 | |
| 苦情対応窓口 | | |
| 窓口の名称１ | | 介護付有料老人ホーム　プレザングラン大田多摩川<br>1. 管理者<br>2. 計画作成担当者（または生活相談員） |
| | 電話番号 | ０３－５７４１－５０１０ |
| | 対応時間 | 9:00　～　18:00　（月～金　ただし、祝祭日、８月１３日～１７日、１２月３０日～１月３日は除く） |
| 窓口の名称２ | | 株式会社　ケア２１　東京本社　Ｃ＆Ｅ支援部 |
| | 電話番号 | ０３－３２５４－５７２１ |
| | 対応時間 | 9:00　～　18:00　（月～金　ただし、祝祭日、８月１３日～１７日、１２月３０日～１月３日は除く） |
| 窓口の名称３ | | 株式会社　ケア21　大阪本社　Ｃ＆Ｅ支援部 |
| | 電話番号 | ０６-６４５６－５６３３ |
| | 対応時間 | 9:00　～　18:00　（月～金　ただし、祝祭日、８月１３日～１７日、１２月３０日～１月３日は除く） |
| 窓口の名称４ | | 大田区　高齢福祉課　高齢者支援担当 |
| | 電話番号 | ０３－５７４４－１２５０ |
| | 対応時間 | 8:30　～　17:00　（月～金　ただし、祝祭日、年末年始は除く） |
| 窓口の名称５ | | 東京都国民健康保険団体連合会　介護相談指導課　介護相談窓口 |
| | 電話番号 | ０３－６２３８－０１７７ |
| | 対応時間 | 9:00　～　17:00　（月～金　ただし、祝祭日、年末年始は除く） |
| 賠償責任保険の加入 | | あり　　保険の名称：損害保険ジャパン（株）：賠償責任保険 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | | なし | | |
| 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：　88.8　歳　　入居者数合計：　71　人

| 年齢＼介護度 | 自立 | 要支援１ | 要支援２ | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ６５歳未満 | | | | | | | | |
| ６５歳以上７５歳未満 | 1 | | | | | | | |
| ７５歳以上８５歳未満 | 1 | | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 |
| ８５歳以上 | | 7 | 4 | 17 | 8 | 8 | 3 | 9 |
| 合計 | 2 | 7 | 5 | 19 | 10 | 9 | 7 | 12 |

入居継続期間別入居者数

| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入居者数 | 15 | 12 | 23 | 21 | 0 | 0 | 71 |

男女別入居者数　　男性：　16　人　　女性：　55　人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）　　89　％　（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 | 1 | 医療機関への入院 | 3 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 6 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 3 | その他 | 0 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 0 | 退去者数合計 | 13 |

## 6 利用料金

| | |
|---|---|
| 入居準備費用 | なし　　円 |
| 明内細訳 | |
| 支払日・支払方法 | |
| 解約時の返還 | |
| 敷金 | あり |
| 金額 | 207,000 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。 |

家賃及びサービスの対価

| プランの名称 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) 家賃 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 前払金0円プラン | 0円 | 326,260円 | 207,000 | 49,570 | 0 | 69,690 | 0 |
| 前払金あり | 7,500,000円 | 201,260円 | 82,000 | 49,570 | 0 | 69,690 | 0 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |

各料金の内訳・明細

| | |
|---|---|
| 前払金 | 月額単価（100000円）×想定居住期間（60月により算出<br>（月額単価の説明）<br>月額単価（100000円）×想定居住期間（60月）<br>（想定居住期間の説明）<br>75歳～79歳以下：84月　80歳～84歳以下：72月　85歳～89歳以下：60月　90歳以下：48月<br>各年齢帯において入居時の年齢を基に、公益社団法人全国有料老人ホーム協会資料及び弊社既存施設の実績より入居期間を算出し、居住継続率が概ね50%となるまでの期間より算出した。 |
| 家賃 | 本物件周辺の特定施設入居者生活介護施設の家賃相当額を基に、当施設の面積・定員・初期投資額を考慮して算定しています。 |
| 管理費 | 事務費、共用施設等の水光熱及び維持管理費。<br>＊専有部のNHK等の受診料は個人負担。 |
| 介護費用 | 生活サポート費(入居後、利用者が「自立」となった場合のみ)月額　57,761円(消費税10%込)<br>＊要支援1の介護保険サービス料の82%相当額(100円未満切り捨て)<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 食費 | 朝食　453　円・昼食　1,001　円・夕食　869　円　間食　0　円<br>１日当たり　2,323　円　× 30日で積算<br>厨房管理運営費　　円など<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて）<br>4日前までにご連絡ください(実食分をご請求させていただきます) |
| 光熱水費 | 管理費及び家賃相当額にも含まれる。 |
| 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・<br>支払方法 | 入居日までに一括で振込 | |
| 償却開始日 | 入居日 | |
| 返還対象としない額 | あり　　前払金の20% | |
| | 位置づけ | 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 【入居後3か月を超えた契約終了】<br>居住期間が3か月を超えた場合、前払金20%(初期費用)は返還せず、前払金20%(初期償却)を除いた前払金から、契約終了日以降、想定居住期間が経過するまでの期間につき、日割計算により算出した額を返還いたします。なお、原状回復に要する費用が発生した場合には実費精算します。<br>(前払金ー初期償却)×(契約終了日から起算して償却期間満了日までの日数)÷(償却期間全体の日数)＝返還額 | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：３か月　　起算日：入居した日 | |
| | 【入居後3ヶ月以内の契約終了】<br>契約締結日３か月以内の契約解除については、既受領の前払い金を日割り計算して残額を返還いたします。なお、原状回復に要する費用が発生した場合は実費精算します。<br>①(月額単価)÷30日＝日額(小数点以下切り捨て)<br>②(前払金)ー(日額×実入居日数)＝返還額 | |
| 返還期限 | 契約終了日から　　90 日以内 | |
| 保全措置 | あり　　保全先：りそな銀行(一時金保全信託契約) | |
| その他留意事項 | なし | |

月額利用料の取扱い

| | |
|---|---|
| 支払日・<br>支払方法 | ①口座自動振替によるお支払い(振替手数料は不要です)<br>＊原則、請求月の28日に口座引落しさせていただきます。<br>②事業者への送金によるお支払い(振込手数料が必要です)<br>＊請求月の月末までに指定口座に送金してください。<br>＊入居前費用は入居前日までに送金してください。事業者の着金確認と共に契約が有効となります。 |
| その他留意事項 | 契約書　第7条　利用料等の計算期間と支払い　参照 |

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 | 67,144 | 6,715 |
| 要支援２ | 114,842 | 11,485 |
| 要介護１ | 198,859 | 19,886 |
| 要介護２ | 223,439 | 22,344 |
| 要介護３ | 249,119 | 24,912 |
| 要介護４ | 272,968 | 27,297 |
| 要介護５ | 298,289 | 29,829 |

| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
|---|---|---|
| 個別機能訓練加算 | なし | |
| 夜間看護体制加算 | あり(Ⅱ) | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり(Ⅰ) | 対象者のみ |
| 協力医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 認知症専門ケア加算 | なし | |
| サービス提供体制強化加算 | 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 | あり | 対象者のみ |
| ADL維持等加算 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | なし | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | なし | |
| 生産性向上推進体制加算 | なし | |
| 口腔･栄養スクリーニング加算 | なし | 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イ) | |

| 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

経済事情の変動、公租、公課の変更、人件費等を勘案し、事前に運営懇談会の意見を聴いたうえで行うものとします。なお改定にあたっては、入居者及び身元引受人へ通知します。

【料金プランの一例】　最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

| プランの名称 | 前払金0円プラン |
|---|---|

単位：円

| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
|---|---|---|---|
| 0 | 207,000 | 0 | 326,260 |

※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。

**7 入居希望者等への事前の情報開示**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 入居契約書の雛形 | **入居希望者に公開** | 財務諸表の要旨 | **入居希望者に公開** |
| 管理規程 | **入居希望者に公開** | 財務諸表の原本 | **公開していない** |
| 事業収支計画書 | **入居希望者に公開** | その他開示情報 | **無** |

添付書類： 介護サービス等の一覧表
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

署名

説明年月日

年 月 日

説明者職・氏名

職

署名

# 介 護 サ ー ビ ス 等 の 一 覧 表（参考様式）

| 区分 ＼ サービス | （自　　立） | | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分） | |
|---|---|---|---|---|
| | 追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料に含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） | 追加料金が発生しないもの<br><br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示）<br><br>住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| ＜介護サービス＞ | | | | |
| 巡回　日中 | ○<br>6:00～21:00に4回程 | | ■<br>6:00～21:00に4回程 | |
| 巡回　夜間 | ○<br>21:00～6:00に2回程 | | ■<br>21:00～6:00に2回程 | |
| 食事介助 | ○ | | ■ | |
| 排泄介助 | ○ | | ■ | |
| おむつ交換 | ○ | | ■ | |
| おむつ代 | | 実費 | | 実費 |
| 入浴（一般浴）介助 | ○ | 週2回以上頻回に入浴を希望される方は | ■ | 週2回以上頻回に入浴を希望される方は別途料金 |
| 清拭 | ○<br>体調不良等、入浴で | | ■<br>体調不良等、入浴で | |
| 特浴介助 | ○（機械浴） | | ■（機械浴） | |
| 身辺介助 | ○ | | ■ | |
| ・体位交換 | ○ | | ■ | |
| ・居室からの移動 | ○ | | ■ | |
| ・衣類の着脱 | ○ | | ■ | |
| ・身だしなみ介助 | ○ | | ■ | |
| 口腔衛生管理 | | | ■ | |
| 機能訓練 | ○ | | ■ | |
| 通院介助<br>（協力医療機関） | ○（応相談） | | ■（応相談） | |
| 通院介助<br>（上記以外） | | 送迎2,750円/1時間<br>（税抜2,500円） | | 送迎2,750円/1時間(税抜2,500円) |
| 緊急時対応 | ○ | | ■ | |
| オンコール対応 | ○ | | ■ | |
| ＜生活サービス＞ | | | | |
| 居室清掃 | ○<br>週1回程日常清掃、年 | | ■<br>週1回程日常清掃、年 | |
| リネン交換 | ○<br>週1回程度 | | ■<br>週1回程度 | |
| 日常の洗濯 | ○ | | ■ | |
| 居室配膳・下膳 | ○<br>身体状況等又は利用 | | ■<br>身体状況等又は利用 | |
| 嗜好に応じた特別食 | | 応相談 | | 応相談 |
| おやつ | | 応相談 | | 応相談 |
| 理美容 | | 実費 | | 実費 |
| 買物代行（通常の利用区域） | | 週1回の指定日以外2,750円/回(税抜 | | 週1回の指定日以外2,750円/回(税抜2,500円) |
| 買物代行（上記以外の区域） | | 週1回の指定日以外2,750円/回(税抜 | | 週1回の指定日以外2,750円/回(税抜2,500円) |
| 役所手続き代行 | | 隔週1回指定日以外は行政書士による代 | | 隔週1回指定日以外は行政書士による代行(実費) |
| 金銭管理サービス | | | | |

| 区分 / サービス | （自　　立） | | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分） | |
|---|---|---|---|---|
| | 追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料に含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） | 追加料金が発生しないもの<br><br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示）<br><br>住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| ＜健康管理サービス＞ | | | | |
| 定期健康診断 | | 実費 | | 実費 |
| 健康相談 | ○ | | ■ | |
| 生活指導・栄養指導 | ○ | | ■ | |
| 服薬支援 | ○ | | ■ | |
| 生活ﾘｽﾞﾑの記録（排便・睡眠等） | ○ | | ■ | |
| 医師の訪問診療 | | 実費 | | 実費 |
| 医師の往診 | | 実費 | | 実費 |
| ＜入退院時、入院中のサービス＞ | | | | |
| 移送サービス | | 2,750円/1時間(税抜2,500円) | | 2,750円/1時間(税抜2,500円) |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | ○ | | ■（応相談） | |
| 入退院時の同行（上記以外） | | | | 2,750円/1時間(税抜2,500円) |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | |
| ＜その他サービス＞ | | 材料費は実費 | | 材料費は実費 |

基準日：令和8年7月1日

施設名：介護付有料老人ホーム　ソレサンクフン大田多摩川

# 東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| | 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|---|---|---|---|
| **安定的・継続的な居住の確保のための項目** | | | |
| 1 | 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 2 | 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |
| **緊急時の安全確保のための項目** | | | |
| 3 | 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 4 | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 5 | 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 6 | 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】<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。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |
| 7 | 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| **入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目** | | | |
| 8 | 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 9 | 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 10 | すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 11 | 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 12 | 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| **入居者の財産を保全するための項目** | | | |
| 13 | 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | **保全先：りそな銀行(一時金保全信託契約)** |
| 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 ・ ○ 不適合 ・ 非該当 | **初期償却率： 20%**<br>**想定居住期間内に退居した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当** |
| 15 | 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |

※　開設日前にあ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。