

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`ナ 名 称 | カ`シカ`シヤ`ア`ニ`ユ`イ` 株式会社ケア21 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 530-0003 | 大阪府大阪市北区堂島2丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階 | | |
| 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）福祉用具貸与、（介護予防）特定福祉用具販売、（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 | 55 | 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 たのしいデイむさしふちゅう | 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 | 15 | プレザンメゾン葛西 | 江戸川区東葛西3-8-4 |
| 福祉用具貸与 | 3 | ケア21 東京 | 墨田区押上3-30-10 山崎ビル1階 |
| 特定福祉用具販売 | 3 | ケア21 東京 | 墨田区押上3-30-10 山崎ビル1階 |
| <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 たのしいデイなかもめ | 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 | 15 | 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 | | |
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |

| | | | |
|------------------|----|-------------------------|---------------------|
| 居宅介護支援 | 34 | 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 | 12 | ブレザンメゾン葛西 | 江戸川区東葛西3-8-4 |
| 介護予防福祉用具貸与 | 3 | ケア21 東京 | 墨田区押上3-30-10 山崎ビル1階 |
| 介護予防特定福祉用具販売 | 3 | ケア21 東京 | 墨田区押上3-30-10 山崎ビル1階 |
| <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 | 14 | グループホーム たのしい家 上板橋 | 板橋区上板橋1-1-12 |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | | |
|---------------------|--|--------------------|----------|
| 名称 | フリカナ カゴツキユウヨウジホム プレザンぐらん材タマガワ 名 称 介護付有料老人ホーム プレザンぐらん大田多摩川 | | |
| 所在地 | 〒 146-0095 | 東京都大田区多摩川二丁目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 中村 俊祐 |
| 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 6 年 2 月 28 日 まで | |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | 平成 30 年 3 月 1 日 | |
| | 指定の有効期間 | 令和 6 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 | — | | 抵当権 | なし | | | | | | |
| | 面積 | 1538.53 m ² | | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | — | | | | | | | |
| | 延床面積 | 3175.15 m ² | | うち有料老人ホーム分 3175.15 m ² | | | | | | | |
| | 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 m ² | ～ | 18 m ² | | | | | |
| | 3階 | 1人 | 20 | 18 m ² | ～ | 18 m ² | | | | | |
| | 4階 | 1人 | 20 | 18 m ² | ～ | 18 m ² | | | | | |
| | 5階 | 1人 | 20 | 18 m ² | ～ | 18 m ² | | | | | |
| | | | | | m ² | ～ | m ² | | | | |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | | |
| | | | | m ² | ～ | m ² | | | | | |
| 居室内の設備等 | 便所 | 全室あり | | | | | | | | | |
| | 洗面 | 全室あり | | | | | | | | | |
| | 浴室 | なし | | | | | | | | | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | | | | | | | | | |
| | 電話回線 | 全室あり（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 | あり 健康管理室（1ヶ所）相談室（1ヶ所）洗濯室（5ヶ所） （脱衣所（9ヶ所）汚物処理室（5ヶ所）理美容室（1ヶ所）） | | | | | | | | | | |
| 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 | 介護職員兼務 |
| 生活相談員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 3 | | | | | 3人 | 3.0 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 11 | | 1 | 8 | | 20人 | 21.0 | 管理者兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | 4 | | 4人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | 1 | | 1人 | 0.6 | |
| 計画作成担当者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | | | | | | 0人 | | |
| その他従業者 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | コンシェルジュ |
| 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 | | 5 | 1 | 3 | |
| 実務者研修 | | 1 | | 1 | |
| 介護職員初任者研修 | | 5 | | 5 | |
| 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 | |

| 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 3 人以上 看護職員 0 人以上 |

| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略 | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|----|-----|-----|-----|----|------------|------|
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 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 | | | | | | 2.5 | 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 | | 2 | 4 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | 1 | | 9 | 4 | | | | | 1 | |
| 3年以上5年未満 | | 1 | | | 3 | 1 | | | 1 | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 3 | 0 | 12 | 12 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |

4 サービスの内容

| 提供するサービス | | |
|-----------------------|--|----------------------------|
| 食事の提供サービス | あり (委託) | |
| 食事介助サービス | あり | |
| 入浴介助サービス | あり | |
| 排せつ介助サービス | あり | |
| 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(基準回数その他適宜) 夜間 21時～6時 2回(基準回数その他適宜) | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | インシュリン、たん吸引、点滴、在宅酸素、経管栄養、人工肛門、留置バルーンカテーテル、中心静脈栄養(担当主治医との相談の上、対応可能) ※上記医療ケアはホームの看護師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 |
| | 協力の内容 | 月2～4回の訪問診療を行う。 診療科目=内科。 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 池上メディカルクリニック |
| | 所在地 | 東京都大田区池上7-6-5 |
| | 協力の内容 | 月2～4回の訪問診療を行う。 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| 看取り介護加算 | | あり(Ⅰ) |
| 医療機関連携加算 | | あり |
| 認知症専門ケア加算 | | なし |
| サービス提供体制強化加算 | | あり(Ⅲ) |
| 介護職員処遇改善加算 | | あり(Ⅰ) |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | あり(Ⅱ) |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | あり |
| 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 |
| A D L維持等加算 | | なし |
| 科学的介護推進体制加算 | | なし |
| 口腔衛生管理体制加算 | | あり |
| 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 |
| 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 | 65歳以上 |
| | 要介護度 | 要支援・要介護の方のみ |
| | 医療的ケア | インシュリン、たん吸引、点滴、在宅酸素、経管栄養、人工肛門、留置バルーンカテーテル、中心静脈栄養(担当主治医と相談の上、対応可能) ※上記医療ケアはホームの看護師による管理となります。 |
| | 認知症 | 可 |
| その他 | 健康保険に加入されている方。常時、医療行為を必要としない方。自傷、他害がない方。他の入居者に伝染する疾患がない方。 | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者と協議し、必要な時は入居者の身柄を引き取るものとします。 | |
| 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6,000円)(家賃、管理費の日割り額相当)+食費(実食分) |
| | その他 | 食費は1日2,332円(税抜2,120円) (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)) ※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。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | ホームは、サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件全てを満たす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を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、主治医・計画作成担当者・生活相談員・看護師・介護職員等の多職種で十分な協議を行い、本人または御家族に十分説明を行ったうえで、その対応および時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、御家族等の要求がある場合及び行政機関等の指示等がある場合には開示します。 また、身体拘束廃止・虐待防止のために以下の取組みを実施しています。 ・マニュアルの整備 ・年2回以上、研修の実施 ・3ヶ月に一度委員会の開催 ・虐待が発生した場合、直ちに必要な措置を講じるとともに、保証人または利用者の御家族、及び行政機関への速やかな報告 ・実施後は検討協議を都度行い速やかな解除に努めます | |
| 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 |
| 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 CS推進部 |
| 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 CS推進部 |
| 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組 | 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： 88.3 歳 | | 入居者数合計： 69 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 | | 1 | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | 1 | | | | | 1 | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | | | 3 | 1 | 1 | | 3 | 2 | 2 |
| 85歳以上 | | | 5 | 3 | 14 | 6 | 9 | 12 | 4 |
| 合計 | | 1 | 9 | 4 | 15 | 6 | 12 | 15 | 7 |
| 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 | 11 | 7 | 44 | 7 | | | 69 | | |
| 男女別入居者数 | 男性： 19 人 | | 女性： 50 人 | | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 86 % （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 | 1 | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 | 1 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 1 | 医療機関への入院 | 3 |
| 介護老人保健施設へ転居 | | 死亡 | 16 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | | その他 | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 2 | 退去者数合計 | 24 |

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 |
| 前払金有 | 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（100,000円）× 想定居住期間（60月） （月額単価の説明） 居室及び共用施設の家賃相当額の一部 （想定居住期間の説明） 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歳以上：48月 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。 | | | | | |
| | 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）※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） ※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 1日当たり 2,323 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 4日前までに御連絡ください（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・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 | 前払い金の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】 居住期間が3か月を超えた場合、前払金20%（初期償却）は返金せず、前払金20%（初期償却）を除いた前払金から実入居日数から日割り計算して返金します。なお、原状回復に要する費用が発生した場合は、実費で清算します。 ①（月額単価）÷30日＝日額（小数点以下切捨て） ②（前払金－初期償却）－（日額×実入居日数）＝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か月以内の契約終了】 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。 ①（月額単価）÷30日＝日額（小数点以下切捨て） ②（前払金）－（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・支払方法 | 毎月28日に引落します。 | |
| その他留意事項 | 28日が土日祝日の場合は翌営業日の引落としとします。 | |
| 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 | 59,514 | 5,951 |
| 要支援2 | 101,697 | 10,169 |
| 要介護1 | 175,926 | 17,592 |
| 要介護2 | 197,508 | 19,750 |
| 要介護3 | 220,398 | 22,039 |
| 要介護4 | 241,326 | 24,132 |
| 要介護5 | 263,889 | 26,388 |
| 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 | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり(I) | 対象者のみ |
| 医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 認知症専門ケア加算 | なし | |
| サービス提供体制強化加算 | あり(III) | |
| 入居継続支援加算 | なし | |
| 生活機能向上連携加算 | なし | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 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 | |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 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 |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(I) | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | あり(II) | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | あり | |

| | |
|--|-------------------------|
| 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 | |
| <p>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。</p> | |

【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(※4/15に入居される場合) | | |
| 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

| |
|--|
| <p>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。</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>説明年月日 _____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名 _____</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p> |
|---|

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を含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） | 追加料金が発生しないもの | その都度徴収するサービス（料金を表示） |
| | | | 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○ | | ○ | |
| 巡回 夜間 | ○ | | ○ | |
| 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 | ○ | | ○ | |
| 清拭 | ○ | | ○ | |
| 特浴介助 | ○ | | ○ | |
| 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 | ○ | | ○ | |
| 機能訓練 | ○ | | ○ | |
| 通院介助 （協力医療機関） | ○ | | ○ | |
| 通院介助 （上記以外） | | 送迎1時間当たり 2750円（税込） | | 送迎1時間当たり2750円 （税込） |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ | |
| オンコール対応 | ○ | | ○ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | ○ | | ○ | |
| リネン交換 | ○ | | ○ | |
| 日常の洗濯 | ○ | | ○ | |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ○ | |
| 嗜好に応じた特別食 | | 実費 | | 実費 |
| おやつ | ○ | | ○ | |
| 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 は1回2750円（税込） | | 週1回の指定日以外は1 回2750円（税込） |
| 買物代行（上記以外の区域） | | 週1回の指定日以外 は1回2750円（税込） | | 週1回の指定日以外は1 回2750円（税込） |
| 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を含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) 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 | ○ | | ○ | |
| 生活リズムの記録(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 | | 協力医療機関以外への送迎1時間当たり2750円(税込) | | 協力医療機関以外への送迎1時間当たり2750円(税込) |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | | | | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | |
| <その他サービス> | | 材料費は実費 | | 材料費は実費 |

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

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

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