

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |            |   |      |
|-------|------------|---|------|
| 施設名   | 浅草ケアパークそよ風 |   |      |
| 定員・室数 | 42 人       | ・ | 41 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（自立除く）        |
| 介 護 保 険 の 利 用   | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居 室 区 分         | 定員1～2人（親族のみ対象）   |
| 介護に関わる職員体制      | 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                      | カブシキガイシャ ユニマツ リタイアメント・コミュニティ |    |       |
|             | 名 称                        | 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ      |    |       |
| 主たる事務所の所在地  | 〒 107-0061                 |                              |    |       |
|             | 東京都港区北青山2丁目7番13号プラセオ青山ビル   |                              |    |       |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号                    | 03-5413-8228                 |    |       |
|             | ファックス番号                    | 03-5413-8227                 |    |       |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.unimat-rc.co.jp |                              |    |       |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                        | 代表取締役                        | 氏名 | 中川 清彦 |
| 設 立 年 月 日   | 昭和50年6月2日                  |                              |    |       |
| 主 な 事 業 等   | 介護保険指定事業（通所介護、短期入所生活介護 他）等 |                              |    |       |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類        | 箇所数 | 主な事業所の名称       | 所在地            |
|------------------|-----|----------------|----------------|
| < 居宅サービス >       |     |                |                |
| 訪問介護             | なし  |                |                |
| 訪問入浴介護           | なし  |                |                |
| 訪問看護             | なし  |                |                |
| 訪問リハビリテーション      | なし  |                |                |
| 居宅療養管理指導         | なし  |                |                |
| 通所介護             | 18  | 三河島ケアセンターそよ風   | 荒川区荒川5-3-3     |
| 通所リハビリテーション      | なし  |                |                |
| 短期入所生活介護         | 14  | 西東京ケアセンターそよ風   | 西東京市東伏見5-10-15 |
| 短期入所療養介護         | なし  |                |                |
| 特定施設入居者生活介護      | 9   | 亀有ケアコミュニティそよ風  | 葛飾区亀有1-12-3    |
| 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   | 6   | そよ風定期巡回たいとう    | 台東区松が谷4-26-11  |
| 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     | 8   | 八王子ケアコミュニティそよ風 | 八王子小宮山町1226-4  |
| 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  | 西東京ケアコミュニティそよ風 | 西東京市東町3-1-13   |
| ＜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           | 14 | 西東京ケアセンターそよ風   | 西東京市東伏見5-10-15 |
| 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        | 9  | 亀有ケアコミュニティそよ風  | 葛飾区亀有1-12-3    |
| 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       | 8  | 八王子ケアコミュニティそよ風 | 八王子小宮山町1226-4  |
| 介護予防支援                 | なし |                |                |
| ＜介護保険施設＞               |    |                |                |
| 介護老人福祉施設               | なし |                |                |
| 介護老人保健施設               | なし |                |                |
| 介護療養型医療施設              | なし |                |                |
| 介護医療院                  | なし |                |                |

## 2 事業所概要

|                     |                             |                          |     |        |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------|-----|--------|
| 名 称                 | フリカミナ<br>名 称                | アサカサハ-クヨカセ<br>浅草ケアパークそよ風 |     |        |
| 所 在 地               | 〒 111-0035                  | 東京都台東区西浅草3-25-12         |     |        |
| 連 絡 先               | 電 話 番 号                     | 03-3847-0079             |     |        |
|                     | ファックス番号                     | 03-3847-0081             |     |        |
| ホ ー ム ペ ー ジ         | http://www.unimat-rc.co.jp  |                          |     |        |
| 介護保険事業所番号           | 第1370602219                 |                          |     |        |
| 管 理 者 職 氏 名         | 役職名                         | 管理者                      | 氏名  | 平川 紀代子 |
| 事 業 開 始 年 月 日       | 平成 19 年 10 月 1 日            |                          |     |        |
| 届 出 年 月 日           | 平成 19 年 6 月 29 日            |                          |     |        |
| 届出上の開設年月日           | 平成 19 年 10 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 19 年 10 月 1 日         |     |        |
|                     | 指定の有効期間                     | 令和 7 年 9 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 19 年 10 月 1 日         |     |        |
|                     | 指定の有効期間                     | 令和 7 年 9 月 30 日 まで       |     |        |
| 事業所へのアクセス           | つくばエクスプレス「浅草駅」より800m（徒歩約8分） |                          |     |        |
| 施設・設備等の状況           |                             |                          |     |        |
| 敷 地                 | 権利形態                        | －                        | 抵当権 | あり     |
|                     | 面 積                         | 420.78 m <sup>2</sup>    |     |        |

|             |          |                                        |                         |                       |            |            |                         |                       |        |
|-------------|----------|----------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------|------------|-------------------------|-----------------------|--------|
| 建 物         | 権利形態     |                                        | 賃 貸 借                   |                       | 抵当権        |            | あり                      |                       |        |
|             | 延床面積     |                                        | 2573. 25 m <sup>2</sup> |                       | うち有料老人ホーム分 |            | 2573. 25 m <sup>2</sup> |                       |        |
|             | 竣工日      |                                        | 平 成 19 年 8 月 20 日       |                       |            |            |                         |                       |        |
|             | 階 数      |                                        |                         | 地上                    |            | 10 階       |                         | 地下 0 階                |        |
|             |          |                                        |                         | うち有料老人ホーム分            |            | 地上         |                         | 10 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    |          | 土地                                     |                         | 契約期間                  |            | 平成19年10月1日 |                         | ～ 令和19年9月30日          |        |
|             |          |                                        |                         | 自動更新                  |            | あり         |                         |                       |        |
| 居 室         | 階        | 定員                                     | 室数                      | 面積                    |            |            |                         |                       |        |
|             | 3階       | 1人                                     | 5                       | 16. 38 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 19. 99 m <sup>2</sup> |        |
|             | 3階       | 2人                                     | 1                       | 39. 96 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 39. 96                |        |
|             | 4階       | 1人                                     | 7                       | 16. 38 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 19. 99                |        |
|             | 5階       | 1人                                     | 7                       | 16. 38 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 19. 99 m <sup>2</sup> |        |
|             | 6階       | 1人                                     | 7                       | 16. 38 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 19. 99 m <sup>2</sup> |        |
|             | 7階       | 1人                                     | 7                       | 16. 38 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 19. 99 m <sup>2</sup> |        |
|             | 8階       | 1人                                     | 7                       | 16. 38 m <sup>2</sup> |            | ～          |                         | 19. 99 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>        |        |
| 便 所         | 居室       | 全室設置                                   |                         | 共同便所                  | 9 箇所       |            | ( 一部男女共用 )              |                       |        |
| 浴 室         | 居室       | 設置なし                                   |                         | 共同浴室                  | 個浴： 1      |            | 大浴槽： 2                  |                       | 機械浴： 1 |
|             | 併設施設との共用 |                                        |                         | なし ( )                |            |            |                         |                       |        |
| 食 堂         | 兼用       |                                        | あり                      |                       | ( 機能訓練室 )  |            |                         |                       |        |
|             | 併設施設との共用 |                                        |                         | なし ( )                |            |            |                         |                       |        |
| その他の共用施設    |          | あり ( ロビー、フロント、健康管理室、応接室、和室、理美容室、駐車場等 ) |                         |                       |            |            |                         |                       |        |
| エ レ ベ ー タ ー |          | あり 1 基                                 |                         |                       |            |            |                         |                       |        |
| 消 防 設 備     |          | 自動火災報知設備： あり                           |                         |                       | 火災通報装置： あり |            | スプリンクラー： あり             |                       |        |
| 緊 急 呼 出 装 置 |          | 居室： あり                                 |                         | 便所： あり                |            | 浴室： あり     |                         | 脱衣室： あり               |        |

### 3 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態  |     |    |     |     |     |       |                    |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|--------------------|
| 職種                       | 実人数 | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計    | 常勤換算人数             |
|                          |     | 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  |     |     |     | 2人    | 1.0                |
| 看護職員：直接雇用                | 1   |    |     | 2   | 1   | 4人    | 3.0                |
| 看護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |                    |
| 介護職員：直接雇用                | 8   | 1  |     | 6   |     | 15人   | 12.3               |
| 介護職員：派遣                  |     |    |     |     |     | 0人    |                    |
| 機能訓練指導員                  |     |    |     |     | 1   | 1人    | 0.1                |
| 計画作成担当者                  |     |    |     | 1   |     | 1人    | 0.9                |
| 栄養士                      |     |    |     |     |     | 0人    | 業務委託（イフスコヘルスケア（株）） |
| 調理員                      |     |    |     |     |     | 0人    | 業務委託（イフスコヘルスケア（株）） |
| 事務員                      |     |    |     |     |     | 0人    |                    |
| その他従業者                   |     |    |     | 3   |     | 3人    | 1.2                |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |     |    |     |     |     | 40 時間 |                    |

| ③－１ 介護職員の資格                       |          |    |     |                       |     |    |            |      |
|-----------------------------------|----------|----|-----|-----------------------|-----|----|------------|------|
| 資格                                | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                   |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 介護福祉士                             | 5        |    |     | 2                     |     |    |            |      |
| 実務者研修                             | 1        |    |     |                       |     |    |            |      |
| 介護職員初任者研修                         | 2        | 1  |     | 4                     |     |    |            |      |
| 介護支援専門員                           |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（不特定）                      |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（特定）                       |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格なし                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| ③－２ 機能訓練指導員の資格                    |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格                                | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                   |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 理学療法士                             |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 作業療法士                             |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 言語聴覚士                             |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 看護師又は准看護師                         |          |    |     |                       | 1   |    |            |      |
| 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                    |          |    |     | 19 時 0 分～ 5 時 0 分     |     |    |            |      |
| 上記時間帯の職員配置数                       |          |    |     | 介護職員 2 人以上 看護職員 0 人以上 |     |    |            |      |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略 |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 職種                                | 実人数      | 常勤 |     | 非常勤                   |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況 |
|                                   |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 生活相談員                             |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 看護職員                              |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 介護職員                              |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 機能訓練指導員                           |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| 計画作成担当者                           |          |    |     |                       |     | 0人 |            |      |
| ⑤－１ 介護職員の資格 ③－１と同じのため記入省略         |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格                                | 延べ<br>人数 | 常勤 |     | 非常勤                   |     |    |            |      |
|                                   |          | 専従 | 非専従 | 専従                    | 非専従 |    |            |      |
| 介護福祉士                             |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 実務者研修                             |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 介護職員初任者研修                         |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 介護支援専門員                           |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（不特定）                      |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| たん吸引等研修（特定）                       |          |    |     |                       |     |    |            |      |
| 資格なし                              |          |    |     |                       |     |    |            |      |

| ⑤－２ 機能訓練指導員の資格                 |          |      |     |      |     | ③－２ と同じのため記入省略 |     |         |     |         |     |
|--------------------------------|----------|------|-----|------|-----|----------------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 資格                             | 延べ<br>人数 | 常勤   |     | 非常勤  |     |                |     |         |     |         |     |
|                                |          | 専従   | 非専従 | 専従   | 非専従 |                |     |         |     |         |     |
| 理学療法士                          |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| 作業療法士                          |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| 言語聴覚士                          |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| 看護師又は准看護師                      |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| 柔道整復師                          |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| あん摩マッサージ指圧師                    |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| はり師又はきゅう師                      |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| ⑤－３ 看護職員及び介護職員１人当たり（常勤換算）の利用者数 |          |      |     |      |     | 2.4 人          |     |         |     |         |     |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）  |          |      |     |      |     |                |     |         |     |         |     |
| 勤続<br>年数                       | 職種       | 看護職員 |     | 介護職員 |     | 生活相談員          |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                                |          | 常勤   | 非常勤 | 常勤   | 非常勤 | 常勤             | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 1年未満                           |          |      | 1   | 1    | 1   |                |     |         |     |         |     |
| 1年以上3年未満                       |          |      | 1   |      |     |                |     |         |     |         |     |
| 3年以上5年未満                       |          | 1    | 1   | 3    | 2   |                |     |         | 1   |         | 1   |
| 5年以上10年未満                      |          |      |     | 2    | 2   | 1              |     |         |     |         |     |
| 10年以上                          |          |      |     | 3    | 1   | 1              |     |         |     |         |     |
| 合計                             |          | 1    | 3   | 9    | 6   | 2              | 0   | 0       | 1   | 0       | 1   |

#### 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              | あり                                                                   |
| 定期的な安否確認の方法           | 日中：随時及び10時、15時<br>夜間：20時、22時、0時、2時、4時、6時<br>各居室及びトイレ設備のナースコールによる随時対応 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容      | 施設看護職員による経管栄養（胃ろう）対応、インシュリン対応、在宅酸素管理、<br>バルーンカテーテル、ストマー対応            |
| 医療機関との連携・協力           |                                                                      |
| 協力医療機関(1)             | 名称 東京保健生活協同組合 竜泉協立診療所                                                |
|                       | 所在地 東京都台東区竜泉3-1-2                                                    |
|                       | 協力の内容 24時間緊急対応（オンコール体制）、月2回の定期訪問による往診、健康相談                           |
| 協力医療機関(2)             | 名称 東京保健生活協同組合 橋場協立診療所                                                |
|                       | 所在地 東京都台東区橋場1-34-2                                                   |
|                       | 協力の内容 24時間緊急対応（オンコール体制）、月2回の定期訪問による往診、健康相談                           |
| 協力歯科医療機関              | 名称 医療法人財団桜会 桜会病院                                                     |
|                       | 所在地 東京都足立区千住桜木2-11-8                                                 |
|                       | 協力の内容 ①週1回（水）訪問診療による入居者への診療、治療<br>②週1回（月）訪問口腔ケア指導                    |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 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                     | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 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）                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 口腔衛生管理体制加算                  | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 栄養スクリーニング加算                 | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 退院・退所時連携加算                  | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施           | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定          | 不可                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供         | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 運営懇談会の開催                    | あり（年 2 回予定）                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
| 自費によるショートステイ事業              | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 入居に当たっての留意事項                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
| 入居の条件                       | 年齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 概ね65歳以上の方                                                            |
|                             | 要介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 自立若しくは要支援、若しくは要介護                                                    |
|                             | 医療的ケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 経管栄養（胃ろう）、インシュリン、在宅酸素管理、ばるんカテーテル、ストマ<br>看護職員勤務時間（8：30～17:30）内の医療応対可能 |
|                             | 認知症                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 受け入れ可能（共同生活が円満に営める方）                                                 |
|                             | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 伝染病、感染症のない方                                                          |
| 身元引受人等の条件、義務等               | 契約で規定する諸債務の連帯保証及び、退去時の身元引受等。<br>「詳細は入居契約書第6章第36条37条38条を参照」                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      |
| 体験入居                        | 利用期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 7泊8日まで                                                               |
|                             | 利用料金                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1泊2日食事付き（1名につき）15,400円～26,400円（要介護度により）                              |
|                             | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | なし                                                                   |
| 入院時の契約の取扱い                  | 入院が長期に渡った場合でも契約は存在しますので、退院後は居室に戻る事ができます（一月15日以上入院による不在の場合は運営管理費は1/2となります）家賃相当額となる前払い金の月々の償却は継続されます。                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続           | ①入居者本人または他の入居者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。②身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護、看護方法がない。③身体拘束その他の行動制限が一時的である。①②③を前提に「個別の状況による拘束の必要な理由」「身体拘束の方法（場所、部位）」「拘束の時間帯及び時間」「特記すべき心身の状況」「拘束開始日」を管理者及び計画作成担当者、介護責任者において十分説明、介助します。拘束開始より介助に向け検討し、毎日記録をします。①②③ひとつでも脱した時は拘束可能と判断し、直ちに拘束を解除します。                                  |                                                                      |
| 事業者からの契約解除                  | 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た場合。②家賃・運営管理費その他の費用の支払いを遅延する時<br>③建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失した時。④当核入居者の行動が他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼす時。⑤入居者がご逝去された時。<br>「特定施設入居者生活介護利用契約より」<br>①本契約に基づくサービス利用料金の支払いにつき、入居者がしばしば遅延し、その支払いが無い場合など、本契約における事業者と入居者の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合には、90日の予告期間において、本契約を解除することがあります。 |                                                                      |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
| 一時介護室への移動                   | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |
| 判断基準・手続                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
| 利用料金の変更                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
| 前払金の調整                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |
| 従前居室との仕様の変更                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |

|                               |                                                                                     |                                                            |              |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|
| その他の居室への移動                    |                                                                                     | あり                                                         |              |
| 判断基準・手続                       | 緊急時、やむを得ない場合を除いて一定の観察機関を設け、居室、介護の内容、権利変動について、事業者の指定する医師や入居者の身元引受人等の意見を聞き入居者様の同意を得る。 |                                                            |              |
| 利用料金の変更                       | 利用料金に変更はないが、居室変更時はクリーニング費を負担頂く                                                      |                                                            |              |
| 前払金の調整                        | なし                                                                                  |                                                            |              |
| 従前居室との仕様の変更                   | 居室面積に増減がある場合があります。                                                                  |                                                            |              |
| 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変更                   |                                                                                     |                                                            |              |
| 苦情対応窓口                        |                                                                                     |                                                            |              |
| 窓口の名称 1                       |                                                                                     | 浅草ケアパークそよ風 （担当：支配人 平川紀代子）                                  |              |
| 電話番号                          |                                                                                     | 03-3847-0079                                               |              |
| 対応時間                          |                                                                                     | 8:30 ～ 17:30 （ 日～土曜日 ）                                     |              |
| 窓口の名称 2                       |                                                                                     | 株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口               |              |
| 電話番号                          |                                                                                     | 電話 03-6692-9532 FAX 03-3403-3585                           |              |
| 対応時間                          |                                                                                     | 9:00 ～ 18:00 （ 月～土曜日（但し、祝日、第1・第3・第4土曜日及び12月30日～1月3日を除く。） ） |              |
| 窓口の名称 3                       |                                                                                     | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会                                         |              |
| 電話番号                          |                                                                                     | 03-3272-3781                                               |              |
| 対応時間                          |                                                                                     | 9:00 ～ 17:00 （ 月～金曜日（祝日及び年末年始を除く。） ）                       |              |
| 窓口の名称 4                       |                                                                                     | 東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課                                |              |
| 電話番号                          |                                                                                     | 03-6238-0177                                               |              |
| 対応時間                          |                                                                                     | 9:00 ～ 17:00 （ 月～金曜日（祝日及び年末年始を除く。） ）                       |              |
| 賠償責任保険の加入                     |                                                                                     | あり 保険の名称： 福祉事業者総合賠償責任保険（三井住友海上火災保険株式会社）                    |              |
| 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              |                                                                                     | あり                                                         | 結果の公表 事業所内閲覧 |

## 5 入居者

| 介護度別・年齢別入居者数    |    | 平均年齢： 88.6 歳 |       | 入居者数合計： 37 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     |       |       |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 |    |              |       |              |       |       |       | 1     |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 |    |              | 1     | 2            | 2     |       |       | 1     |
| 8 5 歳以上         | 1  | 1            | 3     | 7            | 2     | 5     | 7     | 3     |
| 合計              | 1  | 1            | 4     | 9            | 4     | 6     | 7     | 5     |

| 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        | 1    | 2         | 22        | 8          | 4           |       | 37 |

|         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 男女別入居者数 | 男性： 7 人 | 女性： 30 人 |
|---------|---------|----------|

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 88 % （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                | 2  | その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居 |    |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 |    | 医療機関への入院           |    |
| 介護老人保健施設へ転居            |    | 死亡                 | 3  |
| 介護療養型医療施設へ転居           | 1  | その他                |    |
| 他の有料老人ホームへ転居           |    | 退去者数合計             | 6  |

## 6 利用料金

|             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |         |         |      |        |        |
|-------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|---------|------|--------|--------|
| 入居準備費用      |      | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          | 円       |         |      |        |        |
| 明内細訳        |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |         |         |      |        |        |
| 支払日・支払方法    |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |         |         |      |        |        |
| 解約時の返還      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |         |         |      |        |        |
| 敷金          |      | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |         |         |      |        |        |
| 金額          |      | 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |         |         |      |        |        |
| 家賃及びサービスの対価 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |         |         |      |        |        |
| プランの名称      |      | 前払金                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 月額利用料    | (内訳)    |         |      |        |        |
|             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | 家賃      | 管理費     | 介護費用 | 食費     | 光熱水費   |
| 一時金方式       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0円       |         |         |      |        |        |
| 基本プラン Aタイプ  |      | 13,000,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 233,259円 | —       | 143,000 | —    | 67,800 | 22,459 |
| 基本プラン Bタイプ  |      | 15,000,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 233,259円 | —       | 143,000 | —    | 67,800 | 22,459 |
| 基本プラン Cタイプ  |      | 15,500,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 233,259円 | —       | 143,000 | —    | 67,800 | 22,459 |
| 基本プラン Dタイプ  |      | 29,000,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 356,734円 | —       | 253,000 | —    | 67,800 | 35,934 |
| 月払い方式       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0円       |         |         |      |        |        |
| 月額プラン Aタイプ  |      | 0円                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 416,111円 | 182,852 | 143,000 | —    | 67,800 | 22,459 |
| 月額プラン Bタイプ  |      | 0円                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 440,481円 | 207,222 | 143,000 | —    | 67,800 | 22,459 |
| 月額プラン Cタイプ  |      | 0円                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 446,574円 | 213,315 | 143,000 | —    | 67,800 | 22,459 |
| 月額プラン Dタイプ  |      | 0円                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 734,549円 | 377,815 | 253,000 | —    | 67,800 | 35,934 |
| 各料金の内訳・明細   | 前払金  | 月額単価（151,667～338,334円）×想定居住期間（60ヶ月）＋想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額（3,900,000～8,700,000）により算出<br>（月額単価の説明）<br>前払い金に含まれる家賃相当額÷想定居住期間60ヵ月<br>（想定居住期間の説明）<br>当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者基金の統計データを元に60か月と査定しております。                                                                                           |          |         |         |      |        |        |
|             | 家賃   | 居室および共有施設等の家賃相当額です。一時金方式の場合は、その一部を前払い金として受領しています。                                                                                                                                                                                                                                                       |          |         |         |      |        |        |
|             | 管理費  | 施設維持管理費、修繕費、事務管理費、環境衛生費、その他共同の益に供する全ての費用                                                                                                                                                                                                                                                                |          |         |         |      |        |        |
|             | 介護費用 | 生活サポート費（1ヶ月22,000円）：要介護認定未申請、又は自立の方のみ対象。介護保険給付対象外の方にご負担頂く介護サービス、生活サービス、健康管理サービスに関わる人件費です。<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                                                                                      |          |         |         |      |        |        |
|             | 食費   | 朝食 580 円・昼食 770 円・夕食 842 円 間食 108 円<br>1日当たり 2,260 円 × 30日で積算 (いずれも税込)<br>消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別640円以下で、その累計額が1日1,920円に達するまでの食費が該当し、軽減税率（8%）が適用されます。当施設では、朝食・間食は軽減税率8%適用です。<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて）<br>朝食は前日の20時まで、昼食は当日は10時00分まで、夕食は当日の15時00分までにキャンセルのお申し出を頂いた場合<br>キャンセルされた分の食費は徴収いたしません |          |         |         |      |        |        |
|             | 光熱水費 | 居室及び共有部のガス・電気・水道料として、一人部屋（A,B,Cタイプ）22,459／月、二人部屋（Dタイプ）一室当たり36,934円／月                                                                                                                                                                                                                                    |          |         |         |      |        |        |

| 前払金の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|------|-------|------|---------|--------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|-------|----|----|----------|----|--|----------|----|-------|---------|----|-------|----------|----|-------|
| 支払日・支払方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 入居契約締結日より7日以内に指定の口座に全額振り込んで頂きます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 償却開始日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 入居日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 返還対象としない額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 前払金の30%（入居時償却）                            |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>【月額償却金額（総額）】：前払金の70%・・・A</p> <p>【月額償却金額】：A ÷ 想定居住期間（60ヵ月）・・・B<br/> ※但し、月途中に入居又は退去された場合の当該月における償却金額は、1ヵ月を30日とする日割り計算により算出します。</p> <p>【入居月の償却金額】・・・C<br/> ・月初入居の場合：Bの額<br/> ・月途中入居の場合：Bの額 ÷ 30日 × 入居月における入居日数（※1円未満四捨五入）</p> <p>【退去月の償却金額】・・・D<br/> ・月末退去の場合：Bの額<br/> ・月途中退去の場合：Bの額 ÷ 30日 × 退去月における入居日数（※1円未満四捨五入）</p> <p>【償却期間最終月の償却金額】：Bの額。但し、月途中入居の場合は、Bの額から「月途中入居の場合の入居月の償却金額」を引いた額とします。</p> <p>【返還金】＝ A － 「 B × 入居月数（入居月及び退去月を除く。） 」 － C － D</p> |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 期間：3ヵ月                      起算日：入居した日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 日割り計算に基づく費用を差し引いた上で、居室の明け渡しを受けたあと3ヵ月以内にその差し引き残額を無利息で返還することとします。<br>【日割り計算】<br>（前払金 － 入居時償却分）÷ 償却月数 ÷ 30日 ＝ 1日当たりの費用（※1円未満四捨五入）<br>【返還金】＝ 前払金 － 入居日から退去日までの日数 × 1日当たりの費用                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 返還期限                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 契約終了日から    3ヶ月    日以内                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 保全措置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | あり      保全先：公益社団法人    全国有料老人ホーム協会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| その他留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 契約日に居室引き渡しとなり、入居日から家賃が発生します。また、退去の際は居室を明け渡して頂き鍵を返却した日までとします。月の途中での入退去の場合は日割り計算させていただきます。<br>（月額家賃相当額（基本プランABCの場合143,000円）÷30日×当該月の契約日数（※1円未満四捨五入））                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 月額利用料の取扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 支払日・支払方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 利用月の翌月27日指定口座より引き落とし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| その他留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 入退去月の家賃は日割り計算とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 介護保険サービスの自己負担額                      ※要介護度に応じて利用料の1割（一定以上所得の場合2割）を負担する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(30日換算・自己負担1割の場合)</span> <span>単位：円</span> </div> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>介護度</th> <th>介護報酬</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>要支援1</td><td>59,490円</td><td>5,970円</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>101,670円</td><td>10,170円</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>175,920円</td><td>17,610円</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>197,490円</td><td>19,770円</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>220,380円</td><td>22,050円</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>241,320円</td><td>24,150円</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>263,880円</td><td>26,400円</td></tr> </tbody> </table><br><table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>加算の種類</th> <th>算定</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>個別機能訓練加算</td><td>なし</td><td></td></tr> <tr><td>夜間看護体制加算</td><td>あり</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>医療機関連携加算</td><td>あり</td><td>対象者のみ</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           | 介護度 | 介護報酬 | 自己負担額 | 要支援1 | 59,490円 | 5,970円 | 要支援2 | 101,670円 | 10,170円 | 要介護1 | 175,920円 | 17,610円 | 要介護2 | 197,490円 | 19,770円 | 要介護3 | 220,380円 | 22,050円 | 要介護4 | 241,320円 | 24,150円 | 要介護5 | 263,880円 | 26,400円 | 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 | なし | 対象者のみ | 医療機関連携加算 | あり | 対象者のみ |
| 介護度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 介護報酬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 自己負担額                                     |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要支援1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 59,490円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 5,970円                                    |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要支援2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 101,670円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 10,170円                                   |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要介護1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 175,920円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 17,610円                                   |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要介護2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 197,490円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 19,770円                                   |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要介護3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 220,380円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 22,050円                                   |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要介護4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 241,320円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 24,150円                                   |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 要介護5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 263,880円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 26,400円                                   |     |      |       |      |         |        |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |      |          |         |       |    |    |          |    |  |          |    |       |         |    |       |          |    |       |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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  | なし    |       |
|  | 入居継続支援加算      | なし    | 要介護のみ |
|  | 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 |
|  | 口腔衛生管理体制加算    | なし    |       |
|  | 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    | なし    | 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) |       |

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |
| 本施設の所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化、介護保険制度の改正等を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用を改定することができます。<br>また厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬単価および所在地域の地域単価等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費を変更します。 |

【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 | 基本プラン Bタイプ |            |         |
| 単位：円   |            |            |         |
| 入居準備費用 | 敷金         | 前払金        | 月額利用料   |
| 0      | 0          | 15,000,000 | 233,259 |

※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 | 重要事項説明書 |

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: right;">年 月 日</p> <p>署名 <span style="float: right;">印</span></p> | <p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職</p> <p>氏名 <span style="float: right;">印</span></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分<br>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                              | 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■<br>前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | 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        | 9時～17時 1回                       | —                      | 9時～17時 2回                                 | —                                     |
| 巡回 夜間        | 17時～9時 3回                       | —                      | 17時～9時 6回                                 | —                                     |
| 食事介助         | —                               | —                      | 食事の都度見守り又は一部介助                            | —                                     |
| 排泄介助         | —                               | —                      | 一部介助又は全介助                                 | —                                     |
| おむつ交換        | —                               | —                      | 一部介助又は全介助                                 | —                                     |
| おむつ代         | —                               | —                      | —                                         | 自費                                    |
| 入浴（一般浴）介助    | 週3回入浴時見守り                       | 週4回以上1650円（税込）／1回      | 週3回入浴時見守り又は介助                             | —                                     |
| 清拭           | —                               | —                      | 必要に応じて都度                                  | —                                     |
| 特浴介助         | —                               | —                      | —                                         | —                                     |
| 身辺介助         |                                 |                        |                                           |                                       |
| ・体位交換        | —                               | —                      | 一部介助又は全介助                                 | —                                     |
| ・居室からの移動     | —                               | —                      | 一部介助又は全介助                                 | —                                     |
| ・衣類の着脱       | —                               | —                      | 一部介助又は全介助                                 | —                                     |
| ・身だしなみ介助     | —                               | —                      | 朝・夜・入浴時に見守り又は介助                           | —                                     |
| 機能訓練         | —                               | —                      | 週5回                                       | —                                     |
| 通院介助（協力医療機関） | —                               | 1時間1650円（税込）           | 随時                                        | —                                     |
| 通院介助（上記以外）   | —                               | 1時間1650円（税込）           | —                                         | 1時間1650円（税込）                          |
| 緊急時対応        |                                 |                        |                                           |                                       |
| オンコール対応      | 24時間対応                          | —                      | 24時間対応                                    | —                                     |
| <生活サービス>     |                                 |                        |                                           |                                       |
| 居室清掃         | 週1回                             | 左記以外 1回 1320円（税込）      | 週2回                                       | 左記以外 1回 1320円（税込）                     |
| リネン交換        | —                               | 1回 1320円（税込）           | 週1回                                       | 左記以外 1回 1320円（税込）                     |
| 日常の洗濯        | 週1回                             | 左記以外 1回 5kgまで1320円（税込） | 週3回                                       | 左記以外 1回 5kgまで1320円（税込）                |
| 居室配膳・下膳      | —                               | 1回 132円（税込）            | —                                         | 1回 132円（税込）                           |
| 嗜好に応じた特別食    | —                               | —                      | —                                         | —                                     |
| おやつ          | —                               | 1食 108円（税込）            | —                                         | 1食 108円（税込）                           |

| <div> <div>区分</div> <div>サービス</div> </div> | (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<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)<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▲ |
| 理美容                                        | —                               | 実費                   | —                                                         | 理美容代実費 施設外付添<br>1650円(税込)/時間                                 |
| 買物代行(通常の利用区域)                              | 週1回指定日                          | 左記以外<br>1回 1320円(税込) | 週1回指定日                                                    | 左記以外 1<br>回 1320円(税込)                                        |
| 買物代行(上記以外の区域)                              | —                               | —                    | —                                                         | —                                                            |
| 役所手続き代行                                    | 週1回指定日                          | —                    | 週1回指定日                                                    | —                                                            |
| 金銭管理サービス                                   | 必要に応じ                           | —                    | 必要に応じ                                                     | —                                                            |

| <div> <div>区分</div> <div>サービス</div> </div> | (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                              | 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■<br>前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | 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▲ |
| <健康管理サービス>                                 |                                 |                     |                                           |                                       |
| 定期健康診断                                     | 年2回                             | —                   | 年2回                                       | —                                     |
| 健康相談                                       | 随時                              | —                   | 随時                                        | —                                     |
| 生活指導・栄養指導                                  | 随時                              | —                   | 随時                                        | —                                     |
| 服薬支援                                       | 必要に応じ                           | —                   | 必要に応じ                                     | —                                     |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                           | 毎日記録                            | —                   | 毎日記録                                      | —                                     |
| 医師の訪問診療                                    | 1時間1,500円(税抜き)                  | —                   | —                                         | 月2回                                   |
| 医師の往診                                      | —                               | —                   | —                                         | 随時                                    |
| <入退院時、入院中のサービス>                            |                                 |                     |                                           |                                       |
| 移送サービス                                     | —                               | —                   | —                                         | —                                     |
| 入退院時の同行(協力医療機関)                            | —                               | 1時間1,650円(税込)       | 随時                                        | —                                     |
| 入退院時の同行(上記以外)                              | —                               | 1時間1,650円(税込)       | —                                         | 1時間1,650円(税込)                         |
| 入院中の洗濯物交換・買物                               | —                               | —                   | —                                         | —                                     |
| 入院中の見舞い訪問                                  | —                               | 週1回                 | —                                         | 週1回                                   |
| <その他サービス>                                  | レクリエーション                        | 材料費実費               | レクリエーション                                  | 材料費実費                                 |

基準日:令和3年4月1日

施設名:浅草ケアパークそよ風

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目                      |                                                                           | 該当に○    |   |                 | 備考                                      |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------|---|-----------------|-----------------------------------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目       |                                                                           |         |   |                 |                                         |
| 1                         | 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。                                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 2                         | 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。            | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |                                         |
| 緊急時の安全確保のための項目            |                                                                           |         |   |                 |                                         |
| 3                         | 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 4                         | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 5                         | 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。                                | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 6                         | 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。                       | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |                                         |
| 7                         | 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。                           | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 |                                                                           |         |   |                 |                                         |
| 8                         | 各居室は界壁により区分されているか。                                                        | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 9                         | 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 10                        | すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。                                   | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 11                        | 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。                                              | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 12                        | 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。                                  | ○<br>適合 | ・ | 不適合             |                                         |
| 入居者の財産を保全するための項目          |                                                                           |         |   |                 |                                         |
| 13                        | 前払金について、規定された保全措置を講じているか。                                                 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 | 保全先:公益社団法人 全国有料老人ホーム協会<br>基金登録番号 19-376 |
| 14                        | 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)                                 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 | 初期償却率: 30%                              |
| 15                        | 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>非該当 |                                         |

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