

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 施設名 | ドーミーときわ台 |
| 定員・室数 | 45 人 ・ 45 室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|---------------------|------------------|
| 類 型 | 介護付（一般型） |
| サ 付 登 録 の 有 無 | 無 |
| 居 住 の 権 利 形 態 | 利用権方式 |
| 利 用 料 の 支 払 方 式 | 選択方式 |
| 入 居 時 の 要 件 | 混合型（自立含む） |
| 介 護 保 険 の 利 用 | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居 室 区 分 | 定員1人 |
| 介 護 に 関 わ る 職 員 体 制 | 2.5 : 1以上 |

1 事業主体

| | | | | |
|-------------|---|--------------------|------|-------|
| 名 称 | 法人等の種別 | | 営利法人 | |
| | フリカマ | カブシキガイシャキョリツメンテナンス | | |
| 名 称 | 株式会社共立メンテナンス | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 101-8621 | | |
| | 東京都千代田区外神田2丁目18番8号 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5295-7884 | | |
| | フ ァ ッ ク ス 番 号 | 03-5295-3073 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.kyoritsugroup.co.jp/ | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 上田 卓味 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和54年9月27日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | (1)学生寮・社員寮・ワンルームマンション事業 (2)ホテル事業 (3)シニアライフ事業 (4)その他前号に附帯する事業 | | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------|-----|-----------------|---------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 2 | ドーミー城北公園訪問介護事業所 | 板橋区桜川2-2-7 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | 1 | ドーミーCareLevi亀有 | 足立区東和1-17-26 |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | 3 | ドーミー中野江古田 | 中野区江古田4-15-15 |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 3 | ドーミー中野江古田 | 中野区江古田4-15-15 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |

| | | | |
|------------------------|----|-----------------|---------------|
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) | なし | | |
| 居宅介護支援 | 1 | ドーミーCareLevi 亀有 | 足立区東和1-17-26 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 3 | ドーミー中野江古田 | 中野区江古田4-15-15 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | 1 | ドーミーCareLevi 亀有 | 足立区東和1-17-26 |
| ＜介護保険施設＞ | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | |
|---------------------|--|-------------------------|
| 名 称 | フリカナ ドーミーときわ台 | フリカナ ドーミーときわ台 |
| 所在地 | 〒 174-0062 東京都板橋区富士見町31-17 | |
| 連絡先 | 電話番号 03-5943-8531 | ファックス番号 03-3963-1371 |
| ホームページ | http://www.dormy-senior.com/ | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371909472号 | |
| 管理者職氏名 | 役職名 支配人 | 氏名 國弘 晴之 |
| 事業開始年月日 | 平成 26 年 10 月 1 日 | |
| 届出年月日 | 平成 26 年 3 月 14 日 | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 26 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 26 年 10 月 1 日 |
| | 指定の有効期間 | 平成 32 年 9 月 30 日 まで |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | 平成 26 年 10 月 1 日 |
| | 指定の有効期間 | 平成 32 年 9 月 30 日 まで |
| 事業所へのアクセス | (電車をご利用の場合) 東武東上線「ときわ台」駅下車 徒歩10分 都営三田線「板橋本町」駅下車 徒歩13分 東武東上線「中板橋」駅下車 徒歩9分 | |
| 施設・設備等の状況 | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — 抵当権 あり |
| | 面積 | 997.25 m ² |

| | | | | | |
|-------------|---|--|-------------------------|---------------------------------------|--|
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 1616.74 m ² うち有料老人ホーム分 1616.74 m ² | | | |
| | 竣工日 | 平成 26 年 9 月 1 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 3 階 地下 なし 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 3 階 地下 なし 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 有料老人ホーム | |
| | 併設施設等 | なし () | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成26年10月1日 ~ 平成51年9月30日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 7 | 18 m ² ~ 18 m ² | |
| | 2階 | 1人 | 19 | 18 m ² ~ 18 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 19 | 18 m ² ~ 18 m ² | |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| | | | | m ² ~ m ² | |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 3 箇所 (男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：2 大浴槽：1 機械浴：1 | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり (機能訓練室) | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| その他の共用施設 | あり (ロビー・相談室兼応接室・多目的室・ランドリー・下足入れ・ラウンジ) | | | | |
| エレベーター | あり 1 基 | | | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備：あり | | 火災通報装置：あり | スプリンクラー：あり | |
| 緊 急 呼 出 装 置 | 居室：あり | 便所：あり | 浴室：あり | 脱衣室：あり | |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|----------|--------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 等 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者（施設長） | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | 0.5 | 生活相談員 | |
| 生活相談員 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2人 | 1.0 | 管理者/介護職員 | |
| 看護職員：直接雇用 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 2.8 | | |
| 看護職員：派遣 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3人 | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 16 | 1 | 4 | 0 | 21人 | 19.7 | 生活相談員 | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2人 | 1.5 | | |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | | |
| 栄養士 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2人 | 2.0 | | |
| 調理員 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5人 | 1.0 | | |
| 事務員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1人 | 0.4 | | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 時間 | | |

| ③-1 介護職員の資格 | | | | | |
|--------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 実務者研修 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | | 8 | 0 | 4 | 0 |
| 介護支援専門員 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| たん吸引等研修（不特定） | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| たん吸引等研修（特定） | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 資格なし | | 4 | 1 | 0 | 0 |

| ③-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | |
|----------------|----------|----|-----|-----|-----|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 作業療法士 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師又は准看護師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| はり師又はきゅう師 | | 0 | 0 | 0 | 0 |

③-3 管理者（施設長）の資格 ホームヘルパー2級

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 20 時 0 分～ 7 時 0 分

上記時間帯の職員配置数 介護職員 2 人以上 看護職員 0 人以上

⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等 ①と同じのため記入省略

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

⑤-1 介護職員の資格 ③-1と同じのため記入省略

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

| ⑤-2 機能訓練指導員の資格 | | ③-2 と同じのため記入省略 | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------|----------------|-----|------|-------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 資格 | 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | | | | | | | |
| ⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり(常勤換算)の利用者数 | | | | | 1.7 人 | | | | | | |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数(本事業所における勤続年数) | | | | | | | | | | | |
| 勤続年数 | 職種 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満 | | 2 | 1 | 1 | | 1 | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 2 | 2 | | | 1 | 1 | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 14 | 2 | 1 | | | | 1 | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 2 | 1 | 17 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |

4 サービスの内容

| 提供するサービス | | |
|-----------------------|---|--|
| 食事の提供サービス | あり (直営) | |
| 食事介助サービス | あり | |
| 入浴介助サービス | あり | |
| 排せつ介助サービス | あり | |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり | |
| 相談対応サービス | あり | |
| 健康管理サービス(定期的な健康診断実施) | あり | |
| 服薬管理サービス | あり | |
| 金銭管理サービス | なし | |
| 定期的な安否確認の方法 | 以下、要介護度に応じて実施します。 日中巡回：随時実施(日勤介護職員) 夜間巡回：定時実施(夜勤介護職員) ※必要に応じ、一部センサーマット等により体動・入眠確認 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 当社看護職員による医療的ケアは以下の通りです。 胃ろう、糖尿病(インスリン)～2回、在宅酸素～2L、ストマ、バルーンカテーテル等 | |
| 医療機関との連携・協力 | | |
| 協力医療機関(1) | 名称 | いりたに内科クリニック |
| | 所在地 | 東京都杉並区和泉4-51-6 |
| | 協力の内容 | 診療科目：内科 事業所からの距離：4.7km 費用負担：医療費実費 緊急時対応・定期訪問診療・後方支援病院他必要な医療機関への入院手配 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人 浩生会 スズキ病院 |
| | 所在地 | 東京都練馬区栄町7-1 |
| | 協力の内容 | 診療科目：内科・消化器内科・循環器内科・糖尿病内科・呼吸器科(睡眠時無呼吸症候群)・肝臓内科・外科・消化器外科・大腸肛門外科・整形外科・泌尿器科・理学療法・在宅診療科(往診) 事業所からの距離：2.3Km 費用負担：医療費実費 緊急時対応：定期訪問診療・後方支援病院他必要な医療機関への入院手配 |
| | 名称 | 医療法人社団高輪会 高輪歯科医院 |
| | 所在地 | 東京都港区高輪2-16-36 |

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

| 介護保険加算サービス等 | | |
|-----------------------------|---|--|
| 個別機能訓練加算 | あり | |
| 夜間看護体制加算 | なし | |
| 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 | あり(Ⅱ) | |
| 介護職員処遇改善加算 | あり(Ⅰ) | |
| 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 | あり | |
| 栄養スクリーニング加算 | あり | |
| 退院・退所時連携加算 | あり | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | あり | |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | 可 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | あり | |
| 運営懇談会の開催 | あり (年 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 | あり | |
| 入居に当たっての留意事項 | | |
| 入居の条件 | 年齢 | 概ね65歳以上の方 |
| | 要介護度 | 入居時自立または要支援・要介護 |
| | 医療的ケア | 胃ろう、糖尿病(インスリン)～2回、在宅酸素～2L、ストマ、バルーンカテーテル等、健康診断書、診療情報提供書(感染症チェック)の提出をお願いします。 |
| | 認知症 | ご相談下さい。 |
| | その他 | なし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | <p>身元引受人の条件・義務は次の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居契約に基づく一切の債務について、入居者と連帯して履行の責を負うものとする。 ・入居者の病気・死亡等の場合に、当社からの連絡、相談等に応じるものとする。 ・入居者が入居の継続が困難と判断した場合、速やかに甲を引き取るものとする。 ・当社は、身元引受人及び連帯保証人としての条件が欠落していると判断した場合、新たに別の身元引受人を求めるものとする。 ・入居者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き取りを行う。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 上限：5泊6日まで |
| | 利用料金 | 2泊3日まで10,800円(1泊2日の場合でも10,800円) 3泊目以降は1泊10,800円 (宿泊費・介護サービス費込み) |
| | その他 | お食事は宿泊開始日の昼食から最終日の昼食まで含まれます。 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院日が長期に渡った場合でも契約は存続いたします。退院後は、入居前の居室にもどることができます。但し、入院期間中も家賃及び管理費等の月額利用料を支払うものとします。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <ul style="list-style-type: none"> ・やむを得ず身体拘束を行う場合の判断はスタッフ個人ではなく、「切迫性」「非代替性」「一時性」を考慮し、事業所内で行うカンファレンスを基に判断します。 ・入居者や身元引受人に、身体拘束の理由、目的、内容、拘束の時間・時間帯を可能な限り説明し、十分な理解を得るよう努めます。 ・緊急時に身体拘束を行う場合についても「緊急」に該当するかどうかを常に観察、再検討し該当しなくなった場合は直ちに身体拘束を解除します。 ・身体拘束に係る記録を残します。 | |

| | |
|------------|---|
| 事業者からの契約解除 | <p>当社からの契約解除は次の各号のいずれかに該当し、当社と入居者の信頼関係を損なうものである場合、3ヶ月の予告期間を置いて、契約を解除する。</p> <p>①契約締結時に提出した書類に虚偽の事項を記載し、又は真実と異なる書類を提出する等により、不正に入居したとき。</p> <p>②家賃等、介護料その他諸費用支払いの3ヶ月分以上を滞納したとき。</p> <p>③家賃等、介護料その他諸費用の支払いを度々遅延することにより、その支払い能力がないものと乙が認めたとき。</p> <p>④事業所施設、付帯施設若しくはこれらに付随する什器備品を、故意・重大な過失により汚損・破損又は滅失したとき。</p> <p>⑤契約又は管理規定に度々違反し、改善の見込みが認められないとき。</p> <p>⑥入居者の健康状態、日常行動又は言動が、入居者若しくは他の入居者の健康状態、生活に重大な影響を及ぼしたとき又は及ぼす恐れがあるとき。但し、それが特定の病因によるものであると、当社の指定する医師により診断され、入居者が医療機関において通院・入院により治療を受けている場合はこのかぎりではない。当社は入居者に対し、3ヶ月の予告期間中に入居者の移転先の有無を確認し、移転先未定の場合は入居者、身元引受人、入居者の関係者又は関係機関と協議し、移転先確保について協力するものとする。入居者が反社会的勢力に該当する場合は、当社は直ちに催告なしに入居契約を解除することができる。</p> |
|------------|---|

要介護時における居室の住み替えに関する事項

| | |
|-----------------|----|
| 一時介護室への移動 | なし |
| 判断基準・手続 | |
| 利用料金の変更 | |
| 前払金の調整 | |
| 従前居室との仕様の 変更 | |

| | | | |
|-------------------------------|---|-------|----|
| その他の居室への移動 | | あり | |
| 判断基準・手続 | お客様に対して、適切な介護を提供するために、本施設内における居室移動を行う場合があります。この場合、一定期間の観察期間を設け、お客様本人及び身元引受人様のご意向を確認し、医師の意見及び当施設内介護サービス計画を基に、お客様の同意を得て他の居室への移動を行います。 | | |
| 利用料金の変更 | なし | | |
| 前払金の調整 | なし | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | なし | | |
| 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 | 株式会社共立メンテナンス シニアライフ事業部 | | |
| 電話番号 | 0120-151-084 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日のみ) | | |
| 窓口の名称 2 | 板橋区介護保険課苦情相談室 | | |
| 電話番号 | 03-3579-2079 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日のみ) | | |
| 窓口の名称 3 | 東京都国民健康保険団体連合会 | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日のみ) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称： 介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおいニッセイ同和損保） | | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 | | あり | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

| | | | | | | | | |
|------------------------|---------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------|-------|-------|
| 介護度別・年齢別入居者数 | | 平均年齢： 89.0 歳 | | 入居者数合計： 42 人 | | | | |
| 年齢 \ 介護度 | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| 65歳未満 | 1 | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | 1 | | 2 | 4 | 1 | 2 | |
| 85歳以上 | 1 | 2 | 1 | 9 | 5 | 5 | 7 | 1 |
| 合計 | 2 | 3 | 1 | 11 | 9 | 6 | 9 | 1 |
| 入居継続期間別入居者数 | | | | | | | | |
| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 | 合計 | |
| 入居者数 | 11 | 31 | | | | | 42 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 6 人 | | 女性： 36 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 93 %（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 | 0 |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 | 0 | 医療機関への入院 | 0 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 10 |
| 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 | 0 | 退去者数合計 | 13 |

6 利用料金

| 入居準備費用 | なし | | 円 | | | | |
|-------------|--|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| 明内細訳 | | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | | | | | | | |
| 解約時の返還 | | | | | | | |
| 敷金 | 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 |
| 0円プラン | 0円 | 298,760円 | 99,600 | 99,800 | 34,560 | 64,800 | 管理費に含む |
| 月額低減プラン | 9,200,000円 | 199,160円 | 0 | 99,800 | 34,560 | 64,800 | 管理費に含む |
| 基本プラン | 4,600,000円 | 248,960円 | 49,800 | 99,800 | 34,560 | 64,800 | 管理費に含む |
| 短期利用 | なし | 9,859円 | 3,320 | 3,227 | 1,152 | 2,160 | 管理費に含む |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | <p>月額低減プラン：(家賃単価+管理費単価半額)×想定居住期間(84ヶ月)により算出 基本プラン：家賃単価×想定居住期間(84ヶ月)により算出 ※84ヶ月で均等償却(初期消却なし)、途中解約時には未償却分を返金致します。</p> <p>(月額単価の説明) 月額賃料の前払い (想定居住期間の説明) 当社運営実績に基づき算出</p> | | | | | |
| | 家賃 | 居室及び共用施設の家賃相当額 建物所有者への支払家賃に充当 | | | | | |
| | 管理費 | 事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費・目的施設の維持管理費です。 | | | | | |
| | 介護費用 | <p>介護保険給付基準を上回る、要支援者及び要介護者2.5名に対して、介護・看護職員1名以上(常勤換算法)の人員配置を行っています。特別介護費は、この基準を上回る人員配置分の料金(上乘せ介護費用)として算出しています。</p> <p style="text-align: right;">※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> | | | | | |
| | 食費 | <p>朝食 540 円・昼食 756 円・夕食 864 円 間食 108 円 1日当たり 2,160 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 前日までに申し出があった場合、食費の半額を返金致します。当日のキャンセル申し出、又は申し出がなかった場合は、返金は致しません。 また、ご入院等のやむを得ない事情で食事をキャンセルする場合は、入院日翌日より半額返金となります。</p> | | | | | |
| 光熱水費 | 水道・電気：居室内で使用する水道・電気料金は管理費に含む。ガス：居室内においてガスは使用しない。 | | | | | | |

| 前払金の取扱い | | | | | | |
|---|--|---------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 支払日：入居契約締結日まで 支払方法：全額を当社指定の銀行口座へ振り込み | | | | | |
| 償却開始日 | 入居日の翌日 | | | | | |
| 返還対象としない額 | なし | | | | | |
| | 位置づけ | | | | | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を下記計算式により返還します。償却期間を超える場合は、返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。 <計算式> 返還金 = (前払金) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数) | | | | | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：3か月 起算日：入居した日 | | | | | |
| | 入居日から3ヶ月以内の解約及び死亡退去の場合、前払金を全額返金致します。ただし、下記計算式により実費相当分をご負担いただきます。 <計算式> 返還金 = (前払金) - [(返還金月額単価) ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数)] ※返還金月額単価とは、前払金を想定居住期間（84ヶ月）で除したものです。 | | | | | |
| 返還期限 | 契約終了日から 60日以内 | | | | | |
| 保全措置 | あり 保全先：三井住友銀行 | | | | | |
| その他留意事項 | なし | | | | | |
| 月額利用料の取扱い | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | 家賃等は翌日分を当月27日迄に、介護料、その他の費用・料金は当月分を翌日27日迄に、当社指定の方法により支払うものとする。 | | | | | |
| その他留意事項 | なし | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| (30日換算・自己負担1割の場合) | | | | | | |
| 介護度 | 基本単位 a | 加算 b | 処遇改善加算 c=(a+b)×d 小数点以下四捨五入 | 総単位数 e=a+b+c | 介護報酬 f=a×地域別単価 小数点以下切捨て | 自己負担額 g=f×0.1 小数点以下切上げ |
| 要支援1 | 5,400 | 570 | 490 | 6,460 | 70,414円 | 7,042円 |
| 要支援2 | 9,270 | 570 | 807 | 10,647 | 116,052円 | 11,606円 |
| 要介護1 | 16,020 | 570 | 1,360 | 17,950 | 195,655円 | 19,566円 |
| 要介護2 | 17,970 | 570 | 1,520 | 20,060 | 218,654円 | 21,866円 |
| 要介護3 | 20,040 | 570 | 1,690 | 22,300 | 243,070円 | 24,307円 |
| 要介護4 | 21,960 | 570 | 1,847 | 24,377 | 265,709円 | 26,571円 |
| 要介護5 | 24,000 | 570 | 2,015 | 26,585 | 289,776円 | 28,978円 |
| b | 加算の種類 | | 単位・割合 | 算定 | 備考 | |
| | 個別機能訓練加算 | | 12/日 | あり | | |
| | 夜間看護体制加算 | | 0/日 | なし | 要介護のみ | |
| | 看取り介護加算 | | 0/日 | なし | 対象者のみ | |
| | 医療機関連携加算 | | 80/月 | あり | 対象者のみ | |
| | 認知症専門ケア加算 | | 0/日 | なし | | |
| | サービス提供体制強化加算 | | 6/日 | あり(Ⅱ) | | |
| | 入居継続支援加算 | | 0/日 | なし | 要介護のみ | |
| | 生活機能向上連携加算 | | 0/月 | なし | | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 0/月 | なし | 対象者のみ | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | | 30/月 | あり | | |
| | 栄養スクリーニング加算 | | 5/1回 | あり | 対象者のみ | |
| d | 退院・退所時連携加算 | | 30/日(上限30日) | あり | 対象者のみ | |
| | 介護職員処遇改善加算 | | 8.20% | あり(Ⅰ) | | |
| 当ホームの地域別単価は10.9です。(千代田区) | | | | | | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり） | | |
| 料金改定の手続 | | | | | | |
| 諸物価及び人件費の増大等を勘案し、諸費用、料金を改定する必要性が生じた時は、運営懇談会を開催の上、ご入居者様のご意見をお聞きし、これを改定します。 ※入居契約書第3章「費用の負担」、特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）利用契約書第10条 | | | | | | |

【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 | 基本プランの場合 | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 4,600,000 | 248,960 |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |

7 入居希望者等への事前の情報開示

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

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| |
|--|
| <p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____ 印</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>_____</p> <p>職</p> <p>_____</p> <p>氏名 _____ 印</p> |
|--|

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分 | （自 立） | | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分） | |
|------------------|---------------------------------|---------------------|---|--|
| | 追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料を含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） | 追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| サービス | | | | |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | - | - | 適宜対応 | - |
| 巡回 夜間 | - | 必要に応じ (432円/10分) | 定時 | - |
| 食事介助 | - | - | 食事の都度見守り 又は一部介助・全介助 | - |
| 排泄介助 | - | - | トイレで排泄の都度見守り | - |
| おむつ交換 | - | - | 適宜対応 | - |
| おむつ代 | - | 必要に応じ 実費負担 | - | 実費負担 |
| 入浴（一般浴）介助 | - | 必要に応じ (1,620/回) | 入浴時見守り又は 一部介助・全介助（週2 | 必要に応じ (1,500円/回) |
| 清拭 | - | - | 適宜対応 | - |
| 特浴介助 | - | - | 適宜対応 | - |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | - | - | 適宜対応 | - |
| ・居室からの移動 | - | - | 適宜対応 毎日（原則） | - |
| ・衣類の着脱 | - | - | 適宜対応 毎日（原則） | - |
| ・身だしなみ介助 | - | - | 適宜対応 毎日（原則） | - |
| 機能訓練 | - | 外部事業者 実費 | 生活リハビリ適宜対応 機能訓練加算（週一回） | 外部事業者 （実費） |
| 通院介助 （協力医療機関） | - | 交通費実費・医療費実費 | 適宜対応 | 交通費実費 医療費実費 |
| 通院介助 （上記以外） | - | 交通費実費・医療費実費 | - | 交通費実費・医療費実費 付添（400円/10分） |
| 緊急時対応 | | | | |
| オンコール対応 | 適宜対応 | - | 適宜対応 | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | - | 必要に応じ (324/10分) | 週二回 | - |
| リネン交換 | - | - | 週一回 | 週一回超過 実費負担 |
| 日常の洗濯 | - | 外部事業者 実費 | 必要に応じ | 外部事業者 （実費） |
| 居室配膳・下膳 | - | 108円/回 | - | 100円/回 |
| 嗜好に応じた特別食 | | | | |
| おやつ | - | - | - | 108円 |
| 理美容 | - | 外部事業者 実費 | - | 外部事業者 （実費） |
| 買物代行（通常の利用区域） | - | - | 週一回（定期） | - |
| 買物代行（上記以外の区域） | - | - | - | - |
| 役所手続き代行 | 適宜対応 | - | 適宜対応 | - |
| 金銭管理サービス | | | | |

| 区分 | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料を含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| サービス | | | 特定施設入居者生活介護のサービスに■前払金又は月額利用料を含むサービスに○ | 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | - | 2回/年 実費負担 | 2回/年 | - |
| 健康相談 | 適宜対応 | - | 適宜対応 | - |
| 生活指導・栄養指導 | 適宜対応 | - | 適宜対応 | - |
| 服薬支援 | 適宜対応 | - | 適宜対応 | - |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | - | - | 適宜対応 | - |
| 医師の訪問診療 | - | - | - | 月2回 医療費実費 |
| 医師の往診 | - | 医療費実費 | - | 医療費実費 |
| <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) | - | 交通費実費 医療費実費 | 適宜対応 | 交通費実費 医療費実費 |
| 入退院時の同行(上記以外) | - | 交通費実費 医療費実費 | 適宜対応 | 交通費実費・医療費実費 付添(400円/10分) |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | - | - | - | - |
| 入院中の見舞い訪問 | 適宜対応 | | 適宜対応 | - |
| <その他サービス> | | | | |

施設名：ドーマーときわ台

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------------------------------|------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】 消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | 保全先：三井住友銀行 |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。 (初期償却0の場合のみ「適」とする。) | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | 初期償却率： % |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | ○ 適合 ・ 不適合 ・ 非該当 | |

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