

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ナーシング・ヴィラ 立川高松 1		
定員・室数	28 人	・	28 室

有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	住宅型
サ 付 登 録 の 有 無	無
居 住 の 権 利 形 態	利用権方式
利 用 料 の 支 払 方 式	月払い方式
入 居 時 の 要 件	混合型(自立含む)
介 護 保 険 の 利 用	居宅サービス利用可
居 室 区 分	定員1人

1 事業主体

名 称	法 人 等 の 種 別		営利法人	
	フリカ`ナ	ナーシング・ケア カブシキカイシャ		
	名 称	ナーシング・ケア株式会社		
主たる事務所の所在地	〒 105-0004			
	東京都港区新橋2-16-1 ニュー新橋ビル8階			
連 絡 先	電 話 番 号	03-3539-2803		
	ファックス番号	03-3539-2804		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://houmonkango-fp-consultants.com			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	今野 有加
設 立 年 月 日	平成26年7月1日			
主 な 事 業 等	訪問看護・訪問介護事業			

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	1	訪問介護ステーション 立川高松	東京都立川市高松町3-9-1 3階
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	1	ナーシング・ケア 立川高松	東京都立川市高松町3-9-1 2階
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	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	なし		

居宅介護支援	なし		
<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	1	ナーシング・ケア 立川高松	東京都立川市高松町3-9-1 2階
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	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

2 事業所概要

名	称	フリカミナ	ナーシング・ヴィラ タチカワタカマツ 1			
		名 称	ナーシング・ヴィラ 立川高松 1			
所 在 地	〒	090-0011				
	東京都立川市高松町1-7-8					
連 絡 先	電 話 番 号	042-512-8361				
	ファックス番号	042-512-8363				
ホ ー ム ペ ー ジ	http://kaogo-kingdom.jp/tachikawa-takamatsu/					
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長			氏名	河野 賢
事 業 開 始 年 月 日	令和 2 年 1 月 20 日					
届 出 年 月 日	令和 1 年 8 月 22 日					
届 出 上 の 開 設 年 月 日	令和 2 年 1 月 20 日					
事 業 所 へ の ア ク セ ス	ＪＲ中央本線 立川駅より1.3Km 徒歩15分					
施設・設備等の状況						
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし		
	面 積	515.19 m ²				
建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	あり		
	延床面積	569.58 m ²		うち有料老人ホーム分 569.58 m ²		
	竣工日	令和 1 年 12 月 10 日				
	階 数	地上 2 階		地下 0 階		
		うち有料老人ホーム分 地上 2 階		地下 0 階		
	構造	準耐火建築物		建築物用途区分	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	令和 1 年12月 1 日 ～ 令和21年12月 1 日			
		自動更新	あり			

居室	階	定員	室数	面積				
	1階	1人	10	9.1	m ²	～	9.1	m ²
	2階	1人	18	9.1	m ²	～	9.1	m ²
					m ²	～		m ²
					m ²	～		m ²
					m ²	～		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
居室内の設備等	便所		なし					
	洗面		なし					
	浴室		なし					
	冷暖房設備		全室あり					
	電話回線		なし		()			
	テレビアンテナ端子		全室あり		(設置各自、放送契約と料金も各自)			
共同便所	5箇所		(男女共用)					
共同浴室	個浴： 0		大浴槽： 0		機械浴： 2			
	併設施設との共用		なし ()					
食堂	兼用	あり (談話室と兼用)						
	併設施設との共用		なし ()					
その他の共用施設	なし ()							
エレベーター	あり 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						0人	
看護職員：直接雇用			1			1人	0.8
看護職員：派遣						0人	
介護職員：直接雇用			10		7	17人	5.8
介護職員：派遣						0人	
機能訓練指導員						0人	
計画作成担当者						0人	
栄養士						0人	
調理員						0人	
事務員	1					1人	1.0
その他従業者	4					4人	0.8
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			8		5
実務者研修					
介護職員初任者研修			2		2
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 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
理学療法士	0				
作業療法士					
言語聴覚士					
看護師又は准看護師					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師又はきゅう師					

③－３ 管理者（施設長）の資格

介護職員初任者研修

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯	20 時 0 分～ 7 時 0 分
上記時間帯の職員配置数	介護職員 1 人以上 看護職員 0 人以上

従業者の職種別・勤続年数别人数（本事業所における勤続年数）

勤続 年数	職種	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1 年未満		1			4						
1 年以上 3 年未満				6	1						
3 年以上 5 年未満				4	2						
5 年以上10年未満											
10年以上											
合計		1	0	10	7	0	0	0	0	0	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（配食サービス）
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	昼間9時から19時 夜間19時から9時 2時間に1回
施設で対応できる医療的ケアの内容	積極的に受け入れます。訪問看護・訪問リハビリをご案内し、万全なケアができるような体制を作っております。

医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	医療法人社団団喜会 西立川クリニック
	所在地	立川市富士見町1-33-3サンビナス立川内1F
	協力の内容	訪問診療・ご入居者の受診・治療協力
協力医療機関(2)	名称	医療法人社団おおぞら会 つばさクリニック
	所在地	小平市美園町2-6-2
	協力の内容	訪問診療・ご入居者の受診・治療協力
協力歯科医療機関	名称	立川スマイル訪問歯科
	所在地	立川市高松町2-26-19
	協力の内容	訪問診療・ご入居者の受診・治療協力
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	65歳以上
	要介護度	自立・要支援・要介護 すべての入居希望者
	医療的ケア	積極的に受け入れます。
	認知症	積極的に受け入れます。
	その他	なし
身元引受人等の条件、義務等		入居者の3親等内の方で、原則として入居者より年下の方。詳しくは入居契約書第6章 身元引受人、返還金受取人等に明記。
体験入居	利用期間	2週間を上限とする。
	利用料金	11,000円/1日 (税込) 3食付
	その他	なし
入院時の契約の取扱い		1ヶ月以上の入院の際も、食費以外家賃は発生し、契約は継続。
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続		原則として身体拘束は行わないが、入居者の生命または身体が保護できず、切迫性・非代替性・一時性の3要件を総合的に判断する。拘束以外に安全の確保が認められない場合には主治医・施設職員全員で十分協議を行いご家族に詳細な説明を行い、必ず同意を得る。そしてその様態及び時間等の記録を必ず残し身体拘束廃止検討委員会にて随時廃止に向けた検討を行っていく。
事業者からの契約解除		入居者が入居契約事項を著しく逸脱し、改善が困難だと判断される場合、事業者から契約解除できる。入居契約書第5章第28条に明記。
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	医師の意見を聞く、他、ご本人・身元引受人の同意を得ること。	
	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		ナーシング・ヴィラ 立川高松 1 苦情受付係 河野	
	電話番号	042-512-8361	
	対応時間	8:30 ~ 17:30 (土・日・祝日・年末年始を除く)	
窓口の名称 2		ナーシング・ケア株式会社 ナーシング・ヴィラ 立川高松 1 苦情受付係	
	電話番号	03-3539-2803	
	対応時間	9:30 ~ 17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)	
窓口の名称 3		立川市 福祉保健部 高齢福祉課	
	電話番号	042-528-4321	
	対応時間	9:00 ~ 17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)	
賠償責任保険の加入		あり 保険の名称：損保ジャパン日本興亜	
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組			なし
東京都福祉サービス第三者評価の実施		なし	結果の公表
その他機関による第三者評価の実施		なし	結果の公表

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢： 82.3 歳		入居者数合計： 27 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							2	
65歳以上 75歳未満							3	1
75歳以上 85歳未満						3	6	1
85歳以上						5	5	1
合計	0	0	0	0	0	8	16	3
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	4	2	21				27	
男女別入居者数	男性： 13 人 女性： 14 人							
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				96 % （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		その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	2
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	5
介護療養型医療施設へ転居		その他	
他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	7

6 利用料金

入居準備費用		なし		円				
明内細訳								
支払日・支払方法								
解約時の返還								
敷金		あり						
金額		150,000 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。						
家賃及びサービスの対価								
プランの名称		前払金	月額利用料	(内訳)				
				家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
全室共通		0円	107,080円	52,000	16,500	0	30,000	8,580
			0円					
			0円					
			0円					
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（ 円）× 想定居住期間（ 月） により算出						
		 （月額単価の説明）						
		 （想定居住期間の説明）						
	家賃	地主様と協議をし、建物及び地代から算出。						
	管理費	462,000円/月 （28人分） とし、28人分で案分して16,500円とした。 内訳：通信費55,000円、雑費（施設維持費・健康管理代・修繕費・事務用品・備品原価償却費）368,500円 消耗品費22,000円						
	介護費用	介護サービス無し ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
食費	朝食 180 円・昼食 305 円・夕食 365 円 間食 60 円 1日当たり 910 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 2,700円とし、食費として毎月 30,000円を定額とする。 （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 食事免除について10日前に申し出があった場合は除外する。							
光熱水費	月260,000円とし、案分して8,580円とした。							

前払金の取扱い		
支払日・支払方法		
償却開始日		
返還対象としない額		
	位置づけ	
契約終了時の返還金の算定方式		
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3 か月 起算日：入居した日	
返還期限	契約終了日から 日以内	
保全措置	保全先：	
その他留意事項		
月額利用料の取扱い		
支払日・支払方法	末日締翌月徴収。（家賃は翌月分を徴収。）	
その他留意事項	入居一時金なし。ご入居までに敷金150,000と利用料金の日割り分を徴収いたします。	
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		
運営懇談会に諮り、入居者様・身元引受人に丁寧にご説明させていただきます。		

【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	標準プラン(税込)			食費のみ軽減税率適用8%		
単位：円						
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料			
0	150,000	0	107,080			
※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	ご希望内容により要相談

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

署名

説明年月日

年 月 日

説明者職・氏名

職 施設長

署名 河野 賢

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区 分		要介護 1			要介護 2			要介護 3～5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス										
①巡回										
・ 昼間9時～19時	<u>有</u> ・無	必要に応じ実施	—	—	必要に応じ実施	—	—	必要に応じ実施	—	—
・ 夜間19時～9時	<u>有</u> ・無	—	利用者が希望する場合	20,000円/月	—	利用者が希望する場合	20,000円/月	必要に応じ実施	—	—
②食事介助	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
③排泄										
・ 排泄介助	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ おむつ交換	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ おむつ代	有・ <u>無</u>	—	おむつ交換時に発生	実費	—	おむつ交換時に発生	実費	—	おむつ交換時に発生	実費
④入浴等										
・ 清拭 （入浴不可の場合及び入浴日以外）	<u>有</u> ・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円
・ 一般浴介助	<u>有</u> ・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円
・ 特浴介助	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助										
・ 体位交換	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 居室からの移動	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 衣類の着脱	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 身だしなみ介助	有・ <u>無</u>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑥機能訓練	<u>有</u> ・無	—	利用者希望時	8,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	8,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	8,000円（税別）/1時間及び実費
⑦通院の介助										
・ 協力医療機関への受診、送迎等の移動、付き添い	<u>有</u> ・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり4,000円（税別）/1時間
・ 協力医療機関以外への付き添い・送迎	<u>有</u> ・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり4,000円（税別）/1時間
⑧緊急時対応										
・ ナースコール	<u>有</u> ・無	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—
⑨自立支援介護	<u>有</u> ・無	—	飲水管理／毎日提供	飲物費用として1,000円/日	—	飲水管理／毎日提供	飲物費用として1,000円/日	飲水管理／毎日提供	—	—

2. 生活サービス										
①家事										
・ 清掃（居室の日常清掃）	有・無	—	週2回	20,000円/月 （税別）	—	週2回	20,000円/月 （税別）	—	週2回	—
・ 洗濯（私物の洗濯）	有・無	—	週1回	5,000円/月 （税別）	—	週1回	5,000円/月 （税別）	—	週2回	5,000円/月 （税別）
・ リネンレンタル(ベッドまわり・タオル等)	有・無		週1回	5,500円/月 （税別）		週1回	5,500円/月 （税別）		週1回	5,500円/月 （税別）
②居室配膳・下膳										
・ 食事の提供	有・無	毎日3食（朝・昼・夕）を提供	—	—	毎日3食（朝・昼・夕）を提供	—	—	毎日3食（朝・昼・夕）を提供	—	—
・ 刻み食などの加工	有・無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
・ 入居者の嗜好に応じた特別な食事	有・無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
③理美容	有・無	—	利用者が希望する場合 （訪問による実施）	実費	—	利用者が希望する場合 （訪問による実施）	実費	—	利用者が希望する場合 （訪問による実施）	実費
④代行										
・ 買物 （外出の伴わない、通販、訪問販売等）	有・無	週1回実施	週1回を超えて利用者が希望する場合	実働を伴うものについては 2,000円（税別）/1時間及び実費	週1回実施	週1回を超えて利用者が希望する場合	実働を伴うものについては 2,000円（税別）/1時間及び実費	週1回実施	週1回を超えて利用者が希望する場合	実働を伴うものについては 2,000円（税別）/1時間及び実費
・ 役所手続	有・無	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	4,000円（税別）/1時間及び実費
3. 健康管理サービス										
・ 健康診断	有・無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
・ 健康相談	有・無	—	週1回	5,000円/月	—	週1回	5,000円/月	必要に応じて実施	—	—
・ 生活指導	有・無	—	週1回	5,000円/月	—	週1回	5,000円/月	必要に応じて実施	—	—
・ 医師の往診	有・無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・ 医療費	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 移送サービス （スタッフ付き添い）	有・無	—	利用者希望時	交通費実費及びスタッフ付き添い1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	利用者希望時	交通費実費及びスタッフ付き添い1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	利用者希望時	交通費実費及びスタッフ付き添い1人当たり4,000円（税別）/1時間
5. その他サービス										
・ 館内レクリエーション	有・無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
・ おやつ提供	有・無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
・ 処方薬管理 （服薬介助含む）	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

施設名：ナーシング・ヴィラ 立川高松 1

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(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。	適合	・	○ 不適合	各居室は9.1㎡となります。
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：
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。