

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | | | |
|-------|-----------|---|------|
| 施設名 | SPライフケア住吉 | | |
| 定員・室数 | 88 人 | ・ | 46 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 | 建物賃貸借方式 |
| 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 | 相部屋あり |

1 事業主体

| | | | | |
|-------------|---------------------------|-------------------------|----|--------|
| 名 称 | 法人等の種別 | 営利法人 | | |
| | フリカ`ナ 名 称 | ビーエイチカブシキガイシャ BH株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 110-0003 | | |
| | 東京都台東区住吉2-20-5 パストラル根岸701 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5808-9512 | | |
| | ファックス番号 | 03-5808-9513 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 長谷川 真史 |
| 設 立 年 月 日 | 平成30年7月3日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 訪問介護事業、居宅介護支援事業所、高齢者住宅事業 | | | |

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BH | 東京都台東区根岸2-20-5 パストラル根岸701 |
| 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 | 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 | 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 | 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`ナ | エスピーライフケアスミヨシ | | |
| | 名 称 | SPライフケア住吉 | | |
| 所 在 地 | 〒 | 135-0002 | | |
| | | 東京都江東区住吉2-3-18 井尾ビル2F | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 080-3503-3453 | | |
| | フ ァ ッ ク ス 番 号 | 03-5808-9513 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 管理者 | 氏名 | 長谷川 真史 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 令和5年6月1日 | | | |
| 届 出 年 月 日 | 令和5年5月2日 | | | |
| 届 出 上 の 開 設 年 月 日 | 令和5年6月1日 | | | |
| 事 業 所 へ の ア ク セ ス | 都営新宿線・東京メトロ半蔵門線住吉駅徒歩約2分 | | | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|-------------------------|---------|-------------------|------------------|-------------------------|-------------------|----|---------|--|----|--|
| 敷地 | 権利形態 | — | | 抵当権 | あり | | | | | | | |
| | 面積 | 1,001.19 m ² | | | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | | 抵当権 | あり | | | | | | | |
| | 延床面積 | 2,776.67 m ² | | うち有料老人ホーム分 | | 1,554.63 m ² | | | | | | |
| | 竣工日 | 平成4年3月3日 | | | | | | | | | | |
| | 階数 | 地上 | | 6階 | | 地下 | | 1階 | | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 | | 2、3、4階 | | 地下 | | 0階 | | | | |
| | 構造 | 準耐火建築物 | | 建築物用途区分 | | 寄宿舍 | | | | | | |
| | 併設施設等 | なし | | () | | | | | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | R5年3月1日 | | ～ | | 令和25年2月28日 | | | | | |
| | | 自動更新 | あり | | | | | | | | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | | | |
| | 2階 | 2人 | 6 | 9 m ² | | ～ | 9 m ² | | | | | |
| | 3階 | 1人 | 2 | 18 m ² | | ～ | 18 m ² | | | | | |
| | 3階 | 2人 | 18 | 9 m ² | | ～ | 9 m ² | | | | | |
| | 4階 | 1人 | 2 | 18 m ² | | ～ | 18 m ² | | | | | |
| | 4階 | 2人 | 18 | 9 m ² | | ～ | 9 m ² | | | | | |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | | | |
| | | | | m ² | | ～ | m ² | | | | | |
| 居室内の設備等 | 便所 | 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 | | | (設置原則各自、放送料負担なし) | | | | | | | |
| | 冷蔵庫 | 一部あり | | | 設置原則各自 | | | | | | | |
| 共同便所 | 3箇所 | | (男女共用) | | | | | | | | | |
| 共同浴室 | 個浴 | 0 | | 大浴槽 | 1 | | 機械浴 | 0 | | | | |
| | 併設施設との共用 | なし | | | () | | | | | | | |
| 食堂 | 兼用 | なし | | | () | | | | | | | |
| | 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 | | なし | |
| 緊急呼出装置 | 居室 | | あり | | 便所 | | なし | | 浴室 | | なし | |
| | | 脱衣室 | | なし | | | | | | | | |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
|-------------------------|-----|----|-----|-----|-----|----|--------|-------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況等 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者（施設長） | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1人 | 1.0 | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 介護職員：直接雇用 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|----|-------|--|
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 0.0 | |
| 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 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 実務者研修 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 0 | 0 | 0 | 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 | | 0 | 0 | 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 | | 0 | 0 | 0 | 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 | | | | なし | | | | | | | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | | |
| オンコール | | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | | 21 時 0 分～ | | 7 時 0 分 | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | | | 介護職員 0 人以上 | | 看護職員 0 人以上 | | | | | |
| 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 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満 | | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 | (直営) |
| 食事介助サービス | なし | |
| 入浴介助サービス | なし | |
| 排せつ介助サービス | なし | |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | なし | |
| 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） | なし | |
| 服薬管理サービス | あり | |
| 金銭管理サービス | なし | 原則本人管理 |
| 定期的な安否確認の方法 | 夜間についてはオンコール体制をとり、他法人の訪問介護員や訪問看護職員と常に連携を取れるように致します。 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 訪問看護、訪問診療、訪問歯科が行います。 | |

| 医療機関との連携・協力 | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 東京おひさまクリニック |
| | 所在地 | 東京都東日暮里5-45-1 YOTO. BLD8階 |
| | 協力の内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 花畑小林歯科 |
| | 所在地 | 東京都足立区花畑1-25-25 |
| | 協力の内容 | 訪問歯科 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| | 協力の内容 | |
| 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 1 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 |
| | 要介護度 | 自立・要支援・要介護1～5 |
| | 医療的ケア | 個別に判断 |
| | 認知症 | 個別に判断 |
| | その他 | 健康診断の結果、面談等を通して総合的に判断いたします |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 第35条(身元引受人) 入居者は、身元引受人を1名定めるものとします。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | なし |
| | 利用料金 | なし |
| | その他 | なし |
| 入院時の契約の取扱い | 入院が長期にわたった場合でも契約は存続します。入居者が入院により不在の場合、入居の方には減額は適用されません。入院中の医療費はご入居者負担です。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 「緊急やむを得ない」理がある場合であって1切迫性:ご本人または他ご入居者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い場合、2非代替性:身体拘束以外に代替する介護・接遇方法が無い場合、3一時性:一時的であること 以上の項目全てに該当の場合、身体拘束または行動制限を行う場合があります。その際は、ご入居者または身元引受人様に事前に身体拘束の内容・目的・理由・期間・場所及び解除に向けた取組みについて説明を行い承諾を得るものとします。身体拘束その他行動制限を行う場合、その様態・時間・心身状況を記録するとともに評価を行いながら適宜解除していきよう努めるものとします。ご家族の要望や監督機関から指示がある場合に開示できるようにします。当施設の「身体拘束指針9」の「拘束検討委員会」で検討する。 | |
| 事業者からの契約解除 | 一 入居者が入居資格等について虚偽の申告をし、その他不正な手段により本契約を締結したとき 二 入居者が月額利用料その他の支払いを、2ヶ月間滞滞したとき 三 第20条(禁止事項)に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき 五 要介護認定等により入居者が要支援または自立(非該当)と認定された場合 | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| 一時介護室への移動 | | なし |
| 判断基準・手続 | | |
| 利用料金の変更 | | |
| 前払金の調整 | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | |

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|----|
| その他の居室への移動 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | | | |
| 提携ホーム等への転居 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称 1 | SPライフケア住吉 | | |
| 電話番号 | 080-3503-3453 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月~金) | | |
| 窓口の名称 2 | BH株式会社 | | |
| 電話番号 | 03-5808-9512 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月~金) | | |
| 窓口の名称 3 | 高齢者施策推進部有料老人ホーム担当 | | |
| 電話番号 | 03-5320-4296 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:45 (月~金) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり | 保険の名称: 施設賠償責任保険 | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組 | なし | | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------|-------|-------|---|---|
| 介護度別・年齢別入居者数 | 平均年齢: | | | 歳 | 入居者数合計: | | | | 0 | 人 |
| 年齢 \ 介護度 | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | | |
| 65歳未満 | | | | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | | | | | |
| 85歳以上 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 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 | | | | | | | 0 | | | |
| 男女別入居者数 | 男性: | | | 人 | 女性: | | | 人 | | |
| 入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) | | | | 0 % (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 | |
| 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 | |
| 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 | 0 |

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 |
| 相部屋プラン | なし | 90,000円 | 53,700 | 800 | | 30,000 | 5,500 |
| 個室プラン | なし | 150,000円 | 113,700 | 800 | | 30,000 | 5,500 |
| | | 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 | 全室一律料金 | | | | | | |
| | 管理費 | 生活支援 | | | | | | |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 250 円・昼食 250 円・夕食 250 円 | 間食 250 円 | 1日当たり 1,000 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） 申し出のみ（当日、直前可） 定額制 | | | | |
| | 光熱水費 | 5,500円 | | | | | | |

| 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 | なし |
| | 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 | 入居者は、事業者に対して、表題部（7）に記載する月払いの利用料を支払うものとします。口座振替は毎月27日とさせていただきます。27日が土日祝日であれば翌営業日といたします。 |
| その他留意事項 | 上記振替は、当施設指定の銀行にてご登録いただいた預金口座より実施します。 |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 無料 |
| 料金改定の手続 | |
| 2 事業者は、前項の費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。3 本条第1項の改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 | |

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

| | | | |
|---|--------|-----|--------|
| プランの名称 | 相部屋プラン | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 0 | 90,000 |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |

7 入居希望者等への事前の情報開示

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

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 管理者

署名 長谷川 真史

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分 サービス | （自 立） | | （要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分） | |
|------------------|---------------------------------|---------------------|---|--|
| | 追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料を含む）サービスに○ | その都度徴収するサービス（料金を表示） | 追加料金が発生しないもの 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▲ |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○ | | ○ | |
| 巡回 夜間 | ○ | | ○ | |
| 食事介助 | | | | ▲ |
| 排泄介助 | | | | ▲ |
| おむつ交換 | | | | ▲ |
| おむつ代 | | | | ▲ |
| 入浴（一般浴）介助 | | | | ▲ |
| 清拭 | | | | ▲ |
| 特浴介助 | | | | ▲ |
| 身辺介助 | | | | ▲ |
| ・体位交換 | | | | ▲ |
| ・居室からの移動 | | | | ▲ |
| ・衣類の着脱 | | | | ▲ |
| ・身だしなみ介助 | | | | ▲ |
| 機能訓練 | | | | ▲ |
| 通院介助 （協力医療機関） | | | | ▲ |
| 通院介助 （上記以外） | | | | ▲ |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ | |
| オンコール対応 | ○ | | ○ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | | | ▲ |
| リネン交換 | | | | ▲ |
| 日常の洗濯 | | | | ▲ |
| 居室配膳・下膳 | | | | ▲ |
| 嗜好に応じた特別食 | | | | ▲ |
| おやつ | | | | ▲ |
| 理美容 | | | | ▲ |
| 買物代行（通常の利用区域） | | | | ▲ |
| 買物代行（上記以外の区域） | | | | ▲ |
| 役所手続き代行 | | | ○ | |
| 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 | | | | 実費 |
| 健康相談 | | | | ▲ |
| 生活指導・栄養指導 | | | | ▲ |
| 服薬支援 | | | | ▲ |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | | | | ▲ |
| 医師の訪問診療 | | | | ▲ |
| 医師の往診 | | 自費 | | |
| <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) | | | | ▲ |
| 入退院時の同行(上記以外) | | | | ▲ |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | | ▲ |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | ▲ |
| <その他サービス> | | | | |

施設名：SPライフケア住吉

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 |
| 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 | ○ 非該当 |
| 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 | ○ 非該当 |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | 適合 | ○ 非該当 |

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

明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。