

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	しまナーシングホーム中野
定員・室数	40 人 ・ 40 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	前払金方式
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	相部屋あり
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 シマナーシングホーム	
	名 称	株式会社しまナーシングホーム	
主たる事務所の所在地	〒 162-0812	東京都新宿区西五軒町11番10号	
連 絡 先	電 話 番 号	03-3235-7109	
	ファックス番号	03-3235-7110	
ホ ー ム ペ ー ジ	https://shima-nursing.co.jp		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 大関 義規
設 立 年 月 日	昭和63年3月24日		
主 な 事 業 等	有料老人ホームの経営・介護保険法に基づく居宅サービス事業及び介護予防サービス事業の運営		

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	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	7	しまナーシングホーム飯田橋	東京都新宿区西五軒町11番10号
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	7	しまナーシングホーム飯田橋	東京都新宿区西五軒町11番10号
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	しまナーシングホーム中野			
	名称	しまナーシングホーム中野			
所在地	〒 165-0027	東京都中野区野方2-10-2			
連絡先	電話番号	03-5318-4381			
	ファックス番号	03-5318-4382			
ホームページ	https://shima-nursing.co.jp				
介護保険事業所番号	第1370404350号				
管理者職氏名	役職名	ホーム長	氏名	牧垣 尋子	
事業開始年月日	平成 23 年 2 月 1 日				
届出年月日	平成 23 年 1 月 5 日				
届出上の開設年月日	平成 23 年 2 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 23 年 2 月 1 日			
	指定の有効期間	令和 11 年 1 月 31 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 23 年 2 月 1 日			
	指定の有効期間	令和 11 年 1 月 31 日 まで			
事業所へのアクセス	西武新宿線「野方駅」より徒歩約10分（750m）、JR中央線「中野駅」北口より野方方面行きバス利用「八幡前」バス停下車徒歩約5分（370m）				
施設・設備等の状況					
敷地	権利形態	所有	抵当権	あり	
	面積	880.05 m ²			
建物	権利形態	所有	抵当権	あり	
	延床面積	1,376.58 m ² うち有料老人ホーム分 1,376.58 m ²			
	竣工日	平成 20 年 2 月 6 日			
	階数	地上 3 階 地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 3 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	あり （別棟 地上2階 応接室、職員更衣室、職員休憩室として使用）			

賃貸借契約の概要	契約期間			～	
	自動更新				
居室	階	定員	室数	面積	
	2階	1人	21	13.75 m ²	～ 17.59 m ²
	3階	1人	19	13.75 m ²	～ 17.6 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		全室あり		
	洗面		全室あり		
	浴室		なし		
	冷暖房設備		全室あり		
	電話回線		なし	()	
	テレビアンテナ端子		全室あり	(テレビ設置及び放送契約 入居者負担)	
共同便所	3 箇所		(男女共用)		
共同浴室	個浴： 1		特別浴槽： 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 (健康管理室 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	兼務状況 等
		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人	1.0	
看護職員：直接雇用	2			1		3人	6.9	
看護職員：派遣				5	1	6人		
介護職員：直接雇用	9			1		10人	10.9	
介護職員：派遣	1					1人		
機能訓練指導員					1	1人	0.1	
計画作成担当者				1		1人	0.6	
栄養士						0人		
調理員						0人		
事務員						0人		
その他従業者				1		1人	0.5	
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						37.5 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		6		1	
実務者研修					
介護職員初任者研修		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 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 看護師

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯	18 時 30 分～ 6 時 30 分
上記時間帯の職員配置数	介護職員 1 人以上 看護職員 1 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		
1年以上3年未満			2	2		1					
3年以上5年未満			1	2	1						
5年以上10年未満		1									
10年以上				6							1
合計		2	7	10	1	1	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	
口腔衛生管理サービス	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	各居室・トイレ等のナースコールによる対応、インカム（無線機）所有の職員による巡回 昼間：9回～10回（朝食、水分補給、昼食、おやつ、夕食、おむつ交換：必要なとき） 夜間：5回（21時・23時・1時・3時・5時の定期巡回） ※容態により巡回を増やします。	
施設で対応できる医療的ケアの内容	ホームの看護職員による経管栄養、インシュリン投与、たん吸引、在宅酸素 等	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	ぼだい樹クリニック
	所在地	東京都港区芝1-15-13 オフィスニューガイア浜松町N0.17 6階
	急変時の相談対応	あり 事業者の求めに応じた診療あり
	協力の内容	在宅医療（内科）
協力医療機関(2)	名称	おいかわ内科在宅クリニック
	所在地	東京都渋谷区神宮前5-41-1 VILLA AOBA 2階 202号室
	急変時の相談対応	あり 事業者の求めに応じた診療あり
	協力の内容	在宅医療（内科）

協力医療機関(3)	名称	ホームクリニックなかの	
	所在地	東京都中野区鷺宮3-3-6 シュプール1階1A	
	急変時の相談対応	あり	事業者の求めに応じた診療あり
	協力の内容	在宅医療（内科）	
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	あり	
	名称	上記協力医療機関	
	所在地		
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 大清会 野沢デンタルクリニック	
	所在地	世田谷区野沢3-5-14 1階	
	協力の内容	訪問歯科	

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(Ⅰ)
看取り介護加算	あり(Ⅱ)
協力医療機関連携加算	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)
介護職員等処遇改善加算	あり(Ⅰ)
入居継続支援加算	なし
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）	なし
生活機能向上連携加算	なし
若年性認知症入居者受入加算	あり
A D L維持等加算	なし
科学的介護推進体制加算	あり
高齢者施設等感染対策向上加算	なし
生産性向上推進体制加算	あり(Ⅱ)
口腔・栄養スクリーニング加算	なし
退院・退所時連携加算	あり
退居時情報提供加算	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施	なし
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	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 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	原則、60歳以上の日常生活で介護が必要な方がご入居頂けます。また、60歳未満でも日常生活で介護が必要な場合はご入居頂けますので、ご相談下さい。
	要介護度	介護認定若しくは要支援認定を受け、要支援1以上の方。
	医療的ケア	胃瘻などで日常的に医療を必要とする方の受け入れも可能です。
	認知症	受け入れ可能。
	その他	入居契約書にかかる費用および月額利用料を遅滞無く納められる方。
身元引受人等の条件、義務等	契約解除となった時点で、責任をもって入居者を引き受けられる方。入居者に代わって入居費用の負担ができる方。	
体験入居	利用期間	6泊7日まで。
	利用料金	1泊 11,000円（宿泊費・食費・介護サービス料込）
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	終身契約のため、ご本人及び身元引受人より契約解除の申し出が無い場合契約は継続致します。その場合、毎月運営費・厨房管理費を負担して頂きます。	

高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 (年 1 回)		
	定期的な研修の実施 (年 2 回)		
	担当者の役職名	管理者	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催 (年 4 回)		
	定期的な研修の実施 (年 2 回)		
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと		あり
	身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録		あり
	やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	原則行わないこととしますが、切迫性、非代替性、一時性の3要件に該当し、複数の職員と十分状況を検討し、生命を第一優先とした上で、速やかに家族等へ説明を行い、同意をえることとします。複数の職員による定期的なカンファレンスを行い、記録を残します。身体拘束解除に向けて、常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は、ただちに解除致します。	
業務継続計画の策定状況等	職員に対する周知の実施		あり
	定期的な研修の実施 (年 2 回)		
	定期的な訓練の実施 (年 2 回)		
	定期的な業務継続計画の見直し		あり
事業者からの契約解除	入居契約を維持することが困難な場合。詳細は、入居契約書第27条を参照。		
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
一時介護室への移動		なし	
判断基準・手続	全室介護居室のため、ありません。		
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	施設は、入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、契約介護居室を目的施設内において変更する場合があります。その場合、医師の判断・入居者の身元引受人の意見を必要とします。		
利用料金の変更	居室による		
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	しまナーシングホーム中野 ホーム長・生活相談員・介護支援専門員		
電話番号	03-5318-4381		
対応時間	8:30 ～ 17:30 (年中無休)		
窓口の名称 2	中野区役所 介護保険課 事業者指導調整担当		
電話番号	03-3228-8878		
対応時間	8:30 ～ 17:00 (平日)		
窓口の名称 3	東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口担当		
電話番号	03-6238-0177		
対応時間	8:30 ～ 17:00 (平日)		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：東京海上日動 超ビジネス保険 (事業活動包括保険)		
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		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	
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：	89 歳	入居者数合計：	32 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								2
75歳以上85歳未満						1		5
85歳以上		1	2		1	3	6	11
合計	0	1	2	0	1	4	6	18
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	5	5	10	10	2	0	32	
男女別入居者数	男性： 5 人		女性： 27 人					
入居率 (一時的に不在となっている者を含む。)	80 % (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	1			
介護老人保健施設へ転居				死亡	6			
介護療養型医療施設へ転居				その他	2			
他の有料老人ホームへ転居	1			退去者数合計	10			

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															
Aタイプ(13.75~15.75㎡) 個室	7,500,000円	188,826円	0	125,290	0	55,836	7,700															
Bタイプ(16.50~16.86㎡) 個室	8,000,000円	193,886円	0	130,350	0	55,836	7,700															
Cタイプ(17.59~17.60㎡) 個室	8,500,000円	198,836円	0	135,300	0	55,836	7,700															
前払金	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Aタイプ</td> <td>Bタイプ</td> <td>Cタイプ</td> </tr> <tr> <td>前払金(円)</td> <td>7,500,000</td> <td>8,000,000</td> <td>8,500,000</td> </tr> <tr> <td>月償却額(円)</td> <td>375,000</td> <td>400,000</td> <td>425,000</td> </tr> <tr> <td>償却月数(月)</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> </table>				Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ	前払金(円)	7,500,000	8,000,000	8,500,000	月償却額(円)	375,000	400,000	425,000	償却月数(月)	20	20	20			
		Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ																		
	前払金(円)	7,500,000	8,000,000	8,500,000																		
	月償却額(円)	375,000	400,000	425,000																		
償却月数(月)	20	20	20																			
前払金は、賃料、設備・備品費、大規模修繕を含む修繕費等を基礎に、空室率及び近傍同種の家賃等を勘案して算出した居室及び共用施設の家賃相当額です。過去データより算出した想定居住期間20ヶ月で均等償却致します。																						
家賃相当額	前払金として受領																					
管理費	清掃作業の人件費の一部、廃棄物処理料、事務代行手数料、共有部分の水道代、電気代等																					
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	1日当たり 1,861 円 × 30日で積算																					
	※胃瘻等で食事をされない方や欠食があった場合には食材費(日額1,033円)は頂きませんが、厨房管理費(日額828円)はご負担して頂きます。なお、胃瘻等の方でも食事をされた場合は、食材費(日額)をご請求させて頂きます。 朝・昼・夕食を1日単位で欠食する場合は、前日の13時までに手続きを行って頂きます。 ※令和7年7月1日現在では、軽減税率適用にて消費税8%																					
光熱水費	占有部分の水道代・電気代・洗濯代																					

前払金の取扱い

支払日・支払方法	契約締結日より1週間以内に、事業者名義の下記の口座に一括で入金して頂く。 支払先・三菱UFJ銀行 池袋東口支店 普通口座 【0116665】 ・みずほ銀行 大塚支店 普通口座 【1958395】	
償却開始日	入居した日	
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	入居契約書第32条 参照 (契約が終了した場合) 前払金償却期間内の場合 前払金×(償却月数-経過月数)÷償却月数 ※千円未満切り捨て 月途中分については、日割りで計算します。 前払金償却期間を超える場合、返還金はありません。前払金の追加徴収は行いません。	
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	
	本契約書第32条に規定する目的施設の利用料返還額の計算方法 ・入居者より契約の解除申し出があった場合 返還金=前払金-(前払金÷20ヶ月÷30)×居室明渡しまでの日数 ※千円未満切り捨て	
返還期限	契約終了日から 90日以内	
保全措置	あり 保全先：みずほ信託銀行株式会社	
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	当月分を翌月20日までに口座振替にて支払う
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、または3割)を負担する。

(30日換算・自己負担1割の場合) 単位：円

介護度	介護報酬	自己負担額
要支援1	67,503	6,751
要支援2	115,452	11,546
要介護1	199,916	19,992
要介護2	224,638	22,464
要介護3	250,449	25,045
要介護4	274,429	27,443
要介護5	299,880	29,988

※上記金額は、介護職員等処遇改善加算給付額が含まれております。その他加算給付額は含まれておりません。

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(I)	要介護のみ
看取り介護加算	あり(II)	対象者のみ
協力医療機関連携加算	あり	対象者のみ
認知症専門ケア加算	なし	
サービス提供体制強化加算	あり(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	あり	対象者のみ
ADL維持等加算	なし	
科学的介護推進体制加算	あり	
高齢者施設等感染対策向上加算	なし	
生産性向上推進体制加算	あり(II)	
口腔・栄養スクリーニング加算	なし	対象者のみ
退院・退所時連携加算	あり	対象者のみ
退居時情報提供加算	あり	対象者のみ
介護職員等処遇改善加算	あり(I)	

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	
租税公課・人件費・諸物価等の変動に基づく。運営懇談会または個別に入居者に説明を行います。詳細は入居契約書、管理規定参照。	

【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	Aタイプ（13.75～15.75㎡）個室		
	単位：円		
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	7,500,000	188,826

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	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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用入居者名 _____ 印

身元引受人兼連帯保証人又は
契約立合人等の第三者 _____ 印

説明年月日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者職・氏名

職 _____

氏名 _____ 印

施設名：しまナーシングホーム中野

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	しまナーシングホーム中野の土地建物に設定されています根抵当権につきましては、当該ホームの設置・運営を目的に設定したものに相違ありません。
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	○ 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	○ 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	○ 非該当 保全先：みずほ信託銀行株式会社
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 初期償却率：0%
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。

- この一覧表は、当施設にてサービスが提供可能かどうかを示す目的で作成されております。サービスを受けるには、別途特定施設入居者生活介護利用契約書を結んでいただく必要があります。
- 下記サービスは、それぞれの入居者様の状態に応じて、当ホームにて医師等の意見を聞くとともに、入居者様の意思を確認した上でサービスを取捨選択し、必要なものを提供します。

介護を行なう場所	自立		要支援 1~2		要介護 1~2		要介護 3~5	
	一時金及び月額 利用料 に含むサービス	その都度徴収 するサービス	一時金及び月額 利用料 に含むサービス	その都度徴収 するサービス	一時金及び月額 利用料 に含むサービス	その都度徴収 するサービス	一時金及び月額 利用料 に含むサービス	その都度徴収 するサービス
介護サービス								
○巡回								
・昼間	9~10回	—	9~10回	—	9~10回	—	9~10回	—
・夜間	5回	—	5回	—	5回	—	5回	—
○食事介助	見守り	—	見守り	—	見守り一部介助	—	全面介助	—
○排泄								
・排泄介助	見守り	—	見守り	—	一部介助	—	全面介助	—
・おむつ交換	—	—	必要なとき	—	必要なとき	—	必要なとき	—
・おむつ代	—	—	—	実費	—	実費	—	実費
○入浴等								
・清拭	—	—	一部介助	—	一部介助	—	一部又は全面介助	—
・一般浴介助	見守り	—	見守り	—	入浴時介助 (週2回以上)	—	入浴時介助 (週2回以上)	—
・特浴介助	—	—	—	—	—	—	全面介助(週2回以上)	—
○身辺介助								
・体位交換	—	—	見守り	—	一部介助	—	全面介助	—
・居室からの移動	見守り	—	見守り	—	一部、又は車椅子	—	車椅子、ストレッチャー	—
・衣類の着脱	見守り	—	見守り	—	一部介助	—	全面介助	—
・身だしなみ介助	見守り	—	見守り	—	一部介助	—	全面介助	—
○機能訓練	歩行訓練等	—	歩行訓練等	—	歩行訓練等	—	離床訓練等	—
○通院の介助	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	—	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	—	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	—	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	—
○緊急時対応								
・ナースコール	呼出に応じて	—	呼出に応じて	—	呼出に応じて	—	呼出に応じて	—
生活サービス								
○家事								
・清掃	週1回	—	週1回	—	週1回	—	週1回	—
・洗濯	週2~3回	—	週2~3回	—	週2~3回	—	週2~3回	—
・寝具	週1回	汚れた場合は その都度交換	週1回	汚れた場合は その都度交換	週1回	汚れた場合は その都度交換	週1回	汚れた場合は その都度交換
○居室配膳・下膳	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—
○理美容	—	理容事業者へ実費負担	—	理容事業者へ実費負担	—	理容事業者へ実費負担	—	理容事業者へ実費負担
○代行								
・買物	週1回程度	—	週1回程度	—	週1回程度	—	週1回程度	—
・役所手続	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—	必要に応じ対応	—
健康管理サービス								
・健康診断	—	健康診断を受ける 機会あり(定期的に 年1回)	—	健康診断を受ける 機会あり(定期的に 年1回)	—	健康診断を受ける 機会あり(定期的に 年1回)	—	健康診断を受ける 機会あり(定期的に 年1回)
・健康相談	必要に応じ随時	医療機関より請求	必要に応じ随時	医療機関より請求	必要に応じ随時	医療機関より請求	必要に応じ随時	医療機関より請求
・生活指導	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—
・医師の往診	—	医療保険適応 必要に応じ随時	—	医療保険適応 必要に応じ随時	—	医療保険適応 必要に応じ随時	—	医療保険適応 必要に応じ随時
入退院時								
入院中のサービス								
・医療費	—	医療保険の適応 医療機関より請求	—	医療保険の適応 医療機関より請求	—	医療保険の適応 医療機関より請求	—	医療保険の適応 医療機関より請求
・移送サービス	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	協力医療機関以外は 交通費実費	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	協力医療機関以外は 交通費実費	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	協力医療機関以外は 交通費実費	協力医療機関への 付添い介助。 他は家族対応	協力医療機関以外は 交通費実費
その他のサービス								
レクリエーション	季節毎の行事 お誕生日会	—	季節毎の行事 お誕生日会	—	季節毎の行事 お誕生日会	—	季節毎の行事 お誕生日会	—