

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	武蔵村山ジョイフルホームそよ風
定員・室数	23 人 ・ 22 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	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	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 名 称	カブシキガイシャソヨカゼ 株式会社SOYOKAZE	
主たる事務所の所在地	〒 107-0061	東京都港区北青山2-7-13 プラセオ青山ビル	
	電 話 番 号	03-5413-8228	
連 絡 先	フ ァ ッ ク ス 番 号	03-5413-8227	
	ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.syzk.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	1975年6月2日		
主 な 事 業 等	デイサービス、グループホーム、ショートステイ、訪問介護、居宅介護支援事業 介護予防サービス、有料老人ホーム 高齢者住宅の運営など高齢者複合介護事業を「そよ風」のブランドで全国展開		

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	昭島ケアパークそよ風	昭島市中神町1381-1
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	22	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	14	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	10	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	16	そよ風定期巡回かめいど	江東区亀戸4-44-14ミカビル
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	八王子市小宮町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	西東京ケアコミュニティそよ風	西東京市東町3-1-13
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	10	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	八王子市小宮町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	フリカナ ムサムラヤマジ ヨイフルホームそよ風	名称 武蔵村山ジョイフルホームそよ風
所在地	〒 208-0022	武蔵村山市榎2-30-4
連絡先	電話番号 042-561-7650	ファックス番号 042-846-1328
ホームページ	http://www.sykz.co.jp	
介護保険事業所番号	第1374901013号	
管理者職氏名	役職名 管理者	氏名 木村 尚仁
事業開始年月日	2012年7月1日	
届出年月日	2012年6月11日	
届出上の開設年月日	2012年7月1日	
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	2012年7月1日
	指定の有効期間	2024年6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)	2012年7月1日
	指定の有効期間	2024年6月30日 まで
事業所へのアクセス	JR中央線「立川駅」北口バスプール1番乗車 「新海道」停留所下車 徒歩5分	
施設・設備等の状況		
敷地	権利形態	— 抵当権 あり
	面積	1,066 m ²
建物	権利形態	賃貸借 抵当権 あり
	延床面積	824.58 m ² うち有料老人ホーム分 824.58 m ²
	竣工日	平成16年9月1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 寄宿舍
併設施設等	なし ()	
賃貸借契約の概要	建物	契約期間 平成20年7月1日 ~ 令和10年6月30日
		自動更新 あり

居室	階	定員	室数	面積		
	1階	1人	10	14.98 m ²	～	14.98 m ²
	2階	1人	11	14.98 m ²	～	14.98 m ²
	2階	2人	1	29.16 m ²	～	29.16 m ²
				m ²	～	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		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		()	
共同便所	3 箇所		(男女共用)			
共同浴室	個浴： 1		大浴槽： 0		機械浴： 1	
	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： あり	
緊急呼出装置	居室： あり		便所： あり		浴室： 一部あり 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	0.1	生活相談員・介護職員
生活相談員			3			3人	1.3	介護職員・管理者
看護職員：直接雇用	1				1	2人	1.3	機能訓練指導員
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用	2	3	8	1	14人	8.5	管理者・生活相談員	
介護職員：派遣					0人			
機能訓練指導員				1	1人	0.1	看護職員	
計画作成担当者			1		1人	0.3	介護職員	
栄養士					0人			
調理員					0人			
事務員					0人			
その他従業者			1	1	2人	0.3	介護職員	

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		合計	常勤換算 人数	兼務状況
		専従	非専従	専従	非専従			
介護福祉士		1	1	6				
実務者研修			1					
介護職員初任者研修		1	1	2				
介護支援専門員					1			
たん吸引等研修（不特定）								
たん吸引等研修（特定）								
資格なし					1			
③-2 機能訓練指導員の資格								
資格	延べ 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			
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				社会福祉主事任用				
④ 夜勤・宿直体制								
配置職員数が最も少ない時間帯				18 時 0 分～ 9 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		合計	常勤換算 人数	兼務状況
		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						0.3	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		1			1						1
1年以上3年未満											
3年以上5年未満			1	1	4	1			1		
5年以上10年未満				1	3	2					
10年以上				3	1						
合計		1	1	5	9	3	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、夜間は3回に分けて定期巡回で安否確認。各居室にナースコールの設置。巡回などに関しては入居者本人の意向や入居時の身元引受人への意向を尊重し、随時行われる運営懇談会（家族懇談会）等の機会を通じ意見の交換を行い入居者のプライバシーの保護に努めます。	
施設で対応できる医療的ケアの内容	施設の看護師による：在宅酸素の管理、胃ろう（但しご自分で抜去されない方） 経管栄養対応（但しご自分で抜去されない方） 人工肛門の管理、カテーテル管理、インスリン管理、痰の吸引（要相談）	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	
	所在地	東京都清瀬市野塩1-328
	協力の内容	診療科目（内科、整形外科、泌尿器科、皮膚科）、訪問診療月2回、緊急時往診（24時間体制サポート、連携医療機関による緊急入院体制）、健康相談、 ※申し込みが必要 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担。
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	協力の内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団オーラルコミュニケーション くにたち旭通り歯科
	所在地	東京都国立市東1-7-5 弥生ビル
	協力の内容	診療科目（歯科）、訪問診療毎週1回、入れ歯の作成（修理）、施設までの距離（約10キロ）※申し込みが必要 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担

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	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	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)
介護職員等ベースアップ等支援加算	あり
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	なし
ADL維持等加算	なし
科学的介護推進体制加算	なし
口腔衛生管理体制加算	なし
口腔・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)
	4
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	要支援 要介護 自立
	医療的ケア	施設で対応可能な医療もしくは、要相談
	認知症	自傷・他害等著しい精神症状でない者等
	その他	感染症でない者
身元引受人等の条件、義務等	契約書第6章第36条で規定する諸債務の連帯保証及び身上介護等。	
体験入居	利用期間	7泊8日まで
	利用料金	1泊 5,500円(税込)(宿泊費・介護サービス費込み)と食費
	その他	食費 朝食 486円 昼食 594円 夕食 770円 (税込)
入院時の契約の取扱い	入院が長期に渡った場合は、今後の状況等も含み身元引受人等と話し合いを致します。入院中も家賃、管理費は発生致します。他の費用については、入退院が月途中の場合は日割計算とします。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	①入居者本人又は他入居者の、生命又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看護、介護方法がない。③身体拘束その他の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)」「拘束の時間帯および時間」「特記すべき身体状況」「拘束開始日」を管理者及び計画作成担当者、介護職責任者において十分説明、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束し、確認書に署名、捺印をお願いさせていただきます。拘束開始より解除に向けて検討し、毎日記録します。①②③ひとつでも脱した時には拘束解除可能と判断し、直ちに拘束を解除致します。	
事業者からの契約解除	1、入居者が死亡したとき。2、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められて場合、90日間の予告期間をもって解除を行えます①入居契約書に虚偽の事項を記載している等の不正手段により入居した場合。②月額利用料、その他の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき。③建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破壊又は滅失した時。④事業者の承認を得ず第三者を同居させて時。⑤入居者の行動がほかの入居者の生命及び生活に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止できない時。	

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	医師等の判断により、居室の移動をお願いすることがあります。住み替えの前の居室の利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな居室利用権を設定します。	
	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SOYOKAZE 介護付き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30~1月3日を除く)	
窓口の名称2		武蔵村山ジョイフルホームそよ風	
	電話番号	042-561-7650	
	対応時間	9:00 ~ 18:00 (月火水木金土)	
窓口の名称3		武蔵村山市 健康福祉部 高齢福祉課	
	電話番号	042-590-1233	
	対応時間	9:00 ~ 17:00 (月火水木金)	
賠償責任保険の加入		あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損害保険会社 福祉事業者賠償責任保険	
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			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： 89.0 歳		入居者数合計： 20 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						1			
75歳以上85歳未満					1			1	
85歳以上					4	6	2	5	
合計		0	0	0	5	7	2	6	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	1	5	13	1			20		
男女別入居者数		男性： 6 人			女性： 14 人				
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				87 % （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	3	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	2	その他	
他の有料老人ホームへ転居	2	退去者数合計	12

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	397,500・516,750 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
お一人部屋プラン	なし	249,980円	132,500	25,740	0	58,740	33,000
特別室（お一人入居）	なし	300,290円	172,250	25,740	0	58,740	43,560
特別室（お二人入居）	なし	384,770円	172,250	51,480	0	117,480	43,560
		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） 前払い金なし （想定居住期間の説明）
	家賃	一人部屋 132,500円/月 特別室 172,250円/月
	管理費	共用部 維持管理費、事務管理、修理費として 一人部屋 25,740円/月（税込） 特別室 51,480円/月（税込）
	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 486 円・昼食 594 円・夕食 770 円 間食 108 円 1日当たり 1,958 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） 欠食する3日前までに申請があった場合は、食費はかからない。
	光熱水費	居室及び共有部のガス・電気・水道料として お一人様 33,000円/月 特別室 43,560円/月（税込）
	短期利用	1日当たり 円 利用料の算出方法

前払金の取扱い

支払日・支払方法	なし
償却開始日	なし

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	0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	月末締め。翌月中旬に請求書発行。 同月27日（休日の場合は翌営業日）口座引落を行います。
その他留意事項	入退居が月途中の場合は日割と致します。

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2～3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	62,195	6,220
要支援2	106,263	10,627
要介護1	183,822	18,383
要介護2	206,375	20,638
要介護3	230,294	23,030
要介護4	252,159	25,216
要介護5	275,739	27,574

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	なし	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	
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
ADL維持等加算	なし	
科学的介護推進体制加算	なし	
口腔衛生管理体制加算	なし	
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	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)	
介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	

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	
<p>家賃・管理費・食費及び提供するサービスの費用の額を改定する際は、当該施設が立地する地方公共団体である東京都の消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会（家族懇談会）のご意見を聴きます。</p>	

【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	お一人部屋プラン		
	単位：円		
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	397,500	0	249,980
※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 _____</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>署名 _____</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			随時	
巡回 夜間			2時間おき	
食事介助			■	
排泄介助			■	
おむつ交換			■	
おむつ代			-	実費
入浴（一般浴）介助			週2回	
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）			-	1時間1650円（税込）
緊急時対応			■	
オンコール対応			■	
<生活サービス>				
居室清掃			■	左記以外は1回880円（税込）
リネン交換			■	左記以外は1回880円（税込）
日常の洗濯			■	左記以外は1回880円（税込）
居室配膳・下膳			-	1回220円（税込、但し看護・介護において必要な
嗜好に応じた特別食			■	医師の指示食以外は実費
おやつ			■	-
理美容			-	実費負担
買物代行（通常の利用区域）			■週1回指定	左記以外は60分1650円（税込）
買物代行（上記以外の区域）			-	60分2420円（税込）
役所手続き代行			■月1回指定	左記以外は60分1650円（税込）
金銭管理サービス			-	1650円（税込） 入退去日により日割り換

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			-	年2回 実費負担
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			-	実費負担
医師の往診			-	実費負担
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス			未実施	-
入退院時の同行(協力医療機関)			■	-
入退院時の同行(上記以外)			-	1回2420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(協力医療機関の場合)	-
<その他サービス>				

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	各居室・各トイレ・一般浴脱衣室にナースコールの設置有り。(一般浴室・機械浴脱衣室・機械浴室には設置なし)
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：
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。