

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | |
|-------|---------|
| 施設名 | ラクシア |
| 定員・室数 | 14人・14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（自立除く） |
| 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 名 称 | ウケ`カ`イコ`ライト 有限会社コーラルライト | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 168-0061 | 東京都杉並区大宮2-9-3 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-3315-1990 | | |
| | ファックス番号 | 03-5305-7523 | | |
| ホームページ | なし | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 北川 真理子 |
| 設 立 年 月 日 | 平成4年8月12日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 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 | 楽しあきたがわ | 東京都足立区千住河原町22-6 |
| 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 | デイサービスきたがわ | 東京都足立区千住橋戸町34-1 |
| 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 | 1 | ケアプランきたがわ | 東京都足立区千住河原町22-6 |
| ＜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 | ラジツ |
| | 名 称 | ラジツ |
| 所 在 地 | 〒 116-0002 | 東京都荒川区荒川3-74-5メゾン荒川 I 2・3階 |
| | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-3801-8330 |
| | フ ァ ッ ク ス 番 号 | 03-6458-3168 |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設管理者 氏名 北川 真理子 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 24 年 5 月 1 日 | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 26 年 12 月 15 日 | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 26 年 12 月 26 日 | |
| 事 業 所 へ の ア ク セ ス | JR常磐線「三河島駅」徒歩5分 東京メトロ千代田線「町屋駅」徒歩10分 京成線「新三河島駅」徒歩5分 東京都電「荒川区役所前駅」徒歩10分 | |

| 施設・設備等の状況 | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------------|-------------|-----------------------|---------|--|--|
| 敷地 | 権利形態 | - | | 抵当権 | あり | | | | |
| | 面積 | 237.6 m ² | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | | 抵当権 | あり | | | | |
| | 延床面積 | 932.53 m ² | | うち有料老人ホーム分 237.224 m ² | | | | | |
| | 竣工日 | 昭和 57 年 1 月 16 日 | | | | | | | |
| | 階数 | | | 地上 6 階 | | 地下 0 階 | | | |
| | | | | うち有料老人ホーム分 地上 2階・3 階 | | 地下 0 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | | 建築物用途区分 | | 共同住宅・店舗・事務所 | | | |
| | 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 ~ 令和16年9月30日 | | | | | |
| | | 自動更新 | | あり | | | | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | |
| | 2階 | 1人 | 8 | 7.6 m ² | | ~ 9.8 m ² | | | |
| | 3階 | 1人 | 6 | 7.5 m ² | | ~ 10.1 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 | | | |
| 居室内の設備等 | 便所 | | なし | | | | | | |
| | 洗面 | | なし | | | | | | |
| | 浴室 | | なし | | | | | | |
| | 冷暖房設備 | | 一部あり | | | | | | |
| | 電話回線 | | なし () | | | | | | |
| | テレビアンテナ端子 | | 全室あり (設置各自) | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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： 0 | | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | | | | | |
| 食堂 | 兼用 | | あり (談話室) | | | | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | | | | | |
| その他の共用施設 | あり (キッチン・洗面所・洗濯室 (ランドリースペース) 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： なし | | 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 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------|-----|-----|-----|-------|--------|--------|
| 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 | | | |
| | | ① 有料老人ホームの職員の数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 管理者 (施設長) | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | 0.5 | 相談員と兼務 | |
| 生活相談員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | 0.5 | 相談員と兼務 | |
| 看護職員：直接雇用 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | 4.0 | | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 1 | 0 | 4 | 0 | 5人 | | | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 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 | 1 | 0 | | | | | | | | | | |
| 実務者研修 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 1 | 0 | 3 | 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 | | | | 社会福祉施設長資格認定 | | | | | | | | | | | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | | 17時30分～8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 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 4 | | | | | | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 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 | 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） | 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 | 定期巡回（3時間毎）による確認 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 介護職は医療的ケアは行わない。 なお、医療的ケアが必要な場合、訪問診療や訪問看護を利用。 |

| 医療機関との連携・協力 | | |
|-----------------------------|---|--|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団泰仁会 北川医院 |
| | 所在地 | 東京都足立区千住河原町22-6 |
| | 協力の内容 | 往診、外来診療、健康相談、指導の必要な医療サービスの提供、入院を要する場合の紹介 |
| 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 | |
| | 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 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歳以上の方、又は40～64歳で要介護認定のある方 |
| | 要介護度 | 入居時、要支援・要介護認定を受けている方 |
| | 医療的ケア | 不可 |
| | 認知症 | 可 |
| | その他 | なし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 原則として身元引受人を定めること。 詳細は入居契約書第6章（第35条から第38条まで）を参照 | |
| 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 | 契約書第3条及び30条記載のとおり。 入居等の外泊期間中も家賃相当額、共益費相当額、支援費は必要です。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件に該当した場合に限り、ご家族に書面による同意を得たうえで実施することとし、その記録を保管します。さらに身体拘束解除に向け、身体拘束廃止検討委員会で協議する。 | |
| 事業者からの契約解除 | 入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、遅延するとき 三 入居契約書第19条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等では、これを防止することができないとき 五 医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、施設において適切な介護サービスの提供が困難となったとき なお、入居者が1か月以上所在不明になったときは、本契約は終了するものとし、ます。 | |
| 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 | 身体状況の変化に応じ移動する場合には覚書を取り交わす |
| 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 | 専有面積等の変更あり |
| 提携ホーム等への転居 | あり アゼリアコート |
| 判断基準・手続 | ご本人様希望により移動する場合には覚書を取り交わす |
| 利用料金の変更 | あり |
| 前払金の調整 | なし |
| 従前居室との仕様の変更 | 専有面積等の変更あり |
| 苦情対応窓口 | |
| 窓口の名称1 | ラクシア苦情受付窓口（担当者 北川 真理子） |
| 電話番号 | 03^3315-1990 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00（月～金曜日、祝日を除く） |
| 窓口の名称2 | 有限会社コーラルライト 相談窓口 |
| 電話番号 | 03-3315-1990 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00（月～金曜日、祝日を除く） |
| 窓口の名称3 | 荒川区役所 事業者指導係 |
| 電話番号 | 03-3802-3111 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00（月～金曜日、祝日を除く） |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：東京海上日動火災保険 |
| 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組 | 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： 74.6 歳 | 入居者数合計： 14 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| 85歳以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 5 | 5 | 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 | 0 | 9 | 4 | 1 | 0 | 14 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 6 人 | | | 女性： 8 人 | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 100 %（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 | 0 | 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 | 0 |
| 介護療養型医療施設へ転居 | 0 | その他 | 0 |
| 他の有料老人ホームへ転居 | 0 | 退去者数合計 | 0 |

6 利用料金

| | | | | | | | |
|-------------|--|---|--------|--------|--------|-----------|------|
| 入居準備費用 | あり | 100,000 円 | | | | | |
| 明内 細訳 | 入居調査及び事務関連費用として（入居調査費：面談の際の件費、交通費、通信費、弁護士への相談料 事務関連費：契約書等作成費用、事務諸経費） | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | 入居日までに銀行振込又は現金払い | | | | | | |
| 解約時の返還 | 契約書参照 | | | | | | |
| 敷金 | あり | | | | | | |
| 金額 | 賃料2か月分 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 |
| プランA | 0円 | 96,500円 | 55,000 | 25,000 | 16,500 | 実費 共益費に含む | |
| プランB | 0円 | 99,500円 | 58,000 | 25,000 | 16,500 | 実費 共益費に含む | |
| | | 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 | 55,000円、58,000円（近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定） | | | | | |
| | 管理費 | 25,000円（水道光熱費・保守管理費・共有スペース清掃費等） | | | | | |
| | 介護費用 | 生活支援サービス費用 16,500円（定期巡回、緊急時対応、居室配膳・下膳、健康相談等のための件費） ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 0 円・昼食 0 円・夕食 0 円 間食 0 円 1日当たり 0 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） 配膳サービスを利用 | | | | | |
| | 光熱水費 | 共益費25,000円に含む | | | | | |

| | |
|--|--------------------------------|
| 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 | 当月の月払い利用料については前日末日までにお支払いください。 |
| その他留意事項 | 無し |
| 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 | |
| 施設が所在する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、家賃、共益費等の料金を改定することがある（契約書第28条）利用料金改定にあたっては運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。 | |

【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 | プランA | | |
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 100,000 | 110,000 | 0 | 96,500 |
| ※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 | 入居希望者に交付 | 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 | 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: 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 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 | | | ○（3時間毎） | |
| 巡回 夜間 | | | ○（3時間毎） | |
| 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 | | | | ▲ |
| 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 | | | ○（緊急時） | |
| <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 | | | ○（必要時） | |

| 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に含む)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に含むサービスに○ | 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▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | | | 年2回実施 |
| 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 | | | | 診療実費 |
| 医師の往診 | | | | 診療実費 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | | | 実費 |
| 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:ラクシア

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 | 土地建物の抵当権は、土地建物取得のための抵当権であり、土地建物所有者のその他の事業等のためのものではない |
| 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 | 建物賃貸契約(20年) |
| 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 | 検査済証は共同住宅・店舗・事務所 |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 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 | 希望者には緊急通報装置貸出し |
| 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 | |
| 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 | 275㎡以下の物件だが、消防検査済みスプリンクラー設置 |
| 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 | |
| 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 | 各居室7.6㎡から10.1㎡の間 |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | 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 | 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 | |

※ 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。